Iridocyclitis:

Adaptatie van Duodecim richtlijn naar Belgische context

Alexander Rosseels, Katholieke Universiteit Leuven

Brecht Schutyser, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Professor Catharina Matheï, MD, PhD

Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Achtergrond: Evidence-based richtlijnen omtrent de aanpak van de patiënt met (vermoeden van) (anterieure) uveïtis in de Belgische context bestaan momenteel nog niet. Dankzij de samenwerking tussen EBM*Practice*Net en de Finse huisartsenorganisatie *Duodecim* kregen we de kans om binnen ons masterproefproject de Finse richtlijn omtrent Iridocyclitis en iritis te adapteren naar de Belgische context. Op die manier beschikken de Belgische huisartsen over een wetenschappelijk onderbouwde richtlijn omtrent de aanpak van de patiënt met (anterieure) uveïtis. **Methode**: Vooreerst werden 3 klinische vragen geselecteerd waarop de nieuwe richtlijn een duidelijk antwoord dient te bieden. Vervolgens werd een uitvoerige zoektocht uitgevoerd in de literatuur, op zoek naar wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor de eerste lijn omtrent dit onderwerp. Daaropvolgend werden de gevonden richtlijnen verder geselecteerd op basis van taal en publicatiedatum. Hierna werden de overgebleven richtlijnen gescreend, waarbij enkel die richtlijnen, die een duidelijk antwoord formuleerden op minstens één van de drie klinische vragen, overbleven. De overblijvende richtlijnen werden vervolgens door beide auteurs, onafhankelijk van elkaar, geëvalueerd door middel van het AGREE II instrument. Hierna werd in de nieuwe (geadapteerde) richtlijn een antwoord geboden op de 3 klinische vragen met behulp van de overgebleven richtlijnen. Het adaptatieproces bevat hiernaast ook een implementatiefase. Enerzijds werd door middel van een enquête gekeken of er behoefte was aan een richtlijn. Deze enquête richtte zich tot zowel huisartsen als oftalmologen. Daarnaast werd de nieuwe richtlijn ook voorgelegd aan het doelpubliek (toekomstige huisartsen) en werden hun belangrijkste bedenkingen in rekening gebracht. **Resultaten**: Er werden meerdere databanken doorzocht, waarbij de eerste zoektocht meer dan 5000 publicaties opleverde. Na een uitvoerige selectie bleven 5 richtlijnen over. Deze werden geëvalueerd werden met behulp vnan AGREE II. Vervolgens werd, aan de hand van de geselecteerde richtlijnen, de Duodecim richtlijn geadapteerd tot een nieuwe richtlijn die bruikbaar is in de Belgische context. In het kader van de implementatiefase namen 49 oftalmologen en 51 huisartsen deel aan de vragenlijst. De nieuwe richtlijn werd voorgelegd aan 20 toekomstige huisartsen, waarna gevraagd werd naar hun bedenkingen. **Besluit**: Er is nood aan een wetenschappelijk onderbouwde richtlijn die de aanpak van de patiënt met (anterieure) uveïtis behandelt. De adaptatie van de Finse Duodecim richtlijn naar de Belgische context biedt een antwoord op deze nood. De rondvraag bij huisartsen en oftalmologen toont aan dat er momenteel nog geen eenduidig beleid gehanteerd wordt bij de patiënt met anterieure uveïtis. **Sleuteltermen**: (Anterieure) uveïtis, iritis, iridocyclitis, oog.

Inleiding

Iritis en iridocyclitis zijn potentieel verblindende aandoeningen, die naar schatting bij zo'n 10% van de mensen met een visusprobleem in de Westerse wereld aan de basis liggen van hun slechtziendheid[1]. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen iritis en iridocyclitis naargelang de structuren van het inwendige oog die betrokken zijn bij het ontstekingsproces. Waar het in geval van iritis gaat om een inflammatie van de iris, gaat het in geval van iridocyclitis om een inflammatie van zowel de iris als het corpus ciliare. Om verwarring te voorkomen, zal er vanaf nu niet meer gesproken worden van iritis en iridocyclitis, maar wel van anterieure uveïtis, dat zowel iritis als iridocyclitis omvat[2]. (Acute) anterieure uveïtis heeft een incidentie van 12/100000/jaar[1] en komt vooral voor bij (jong)volwassenen. Het tijdstip van diagnose is een belangrijke factor in het verloop van de aandoening. Hoe vroeger er kan gestart worden met de correcte behandeling, hoe gunstiger het verloop van de aandoening zal zijn. Daarom is een vroege diagnose en een juiste therapie van anterieure uveïtis van groot belang.

Deze studie vond plaats in opdracht van EBM*Practice*Net, een corsortium van Belgische organisatie die Evidence Based Medicine hoog in het vaandel dragen. EBM*Practice*Net omvat enerzijds in België ontwikkelde richtlijnen, en wordt daarnaast ook aangevuld met buitenlandse, internationaal geaccrediteerde richtlijnen ('EBM guidelines') die door een daartoe aangewezen comité worden gescreend en zo nodig aangepast ('geadapteerd') worden aan de Belgische context. Een van die buitenlandse partners waarmee EBM*Practice*Net samenwerkt is de Finse huisartsenorganisatie *Duodecim*. Huisartsen in opleiding (haio's) kregen dankzij deze samenwerking de kans om mee te werken aan het adaptatieproces waarbij Finse richtlijnen gescreend en zo nodig geadapteerd worden zodat ze bruikbaar zijn binnen de Belgische context. Gezien het gebrek aan een duidelijke en wetenschappelijk onderbouwde richtlijn omtrent de aanpak van een patiënt met (vermoedde) (anterieure) uveïtis binnen de Belgische context, besloten we om de Duodecim richtlijn omtrent 'Iridocyclitis' te selecteren voor ons masterproefproject. Het doel van ons project is het adapteren van deze Duodecim richtlijn tot een praktische en bruikbare richtlijn voor de eerste lijn binnen de Belgische gezondheidszorg.

Fase 1: Screeningfase

METHODE

Duodecim Guidelines

Het Finse Medical Publications Ltd. werd opgericht in 1885. Het voornaamste doel van deze vereniging was om medische boeken in het Fins te vertalen. Heden bestaat Duodecim uit ongeveer 19.000 artsen en medische studenten. In 2005 bracht Duodecim de eerste editie uit van "EBM Guidelines"(http://www.duodecimpublications.com/kotisivut/sivut.nayta?p_sivu=60742).

De Duodecim EBM Guidelines vormen de meest uitgebreide verzameling richtlijnen voor eerstelijnszorg met een 1.000-tal rubrieken. De verschillende richtlijnen zijn, ondanks het scala aandoeningen die ze beslaan, bondig en praktisch opgebouwd om ze gemakkelijk te kunnen raadplegen. In vele gevallen zijn deze aanbevelingen inhoudelijk juist en in overeenstemming met de

Belgische praktijk of context. In sommige gevallen zijn de aanbevelingen onjuist en is een herziening van de richtlijn noodzakelijk (https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Onze-methodes.aspx).

Huisartsen in opleiding kunnen kiezen uit een lijst van geselecteerde topics waarvan de Duodecim richtlijnen ontoereikend zijn. Deze richtlijnen werden bij een screening door EBM*Practice*Net weerhouden op basis van inhoudelijke of contextuele afwijkingen met gelijkaardige relevante richtlijnen. Het doel van deze eerste fase is het opstellen van praktische en wetenschappelijk correcte aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering toepasbaar in de Belgische zorgcontext.

Deze fase wordt onderverdeeld in 5 stappen: 1) definiëren van klinische vragen, 2) ondernemen van een systematische zoektocht naar de relevante internationale richtlijnen en Belgische EBM-informatie, 3) screenen van de gevonden informatie, 4) waarderen van gevonden richtlijnen, 5) beslissen of de aanbeveling dient te worden geadapteerd.

Deze stappen en hun resultaten werden schematisch in een excelbestand ("matrices") opgeslagen.

Stap 1: Definiëren van klinische vragen

EBM*Practice*Net voorzag een lijst aan geselecteerde richtlijnen of onderwerpen waar een herziening noodzakelijk is. Per 2 konden de huisartsen in opleiding een onderwerp kiezen. Deze masterthesis handelt over de richtlijn "Iridocyclitis". Vervolgens dienden er per Haio 1 à 2 klinische vragen binnen dit onderwerp te worden geformuleerd als PICO.
Hierbij werden volgende klinische vragen geselecteerd:

Klinische vraag 1: "Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met een pijnlijk rood oog verwijzen?"
met als PICO:
P: Patiënt met pijnlijk rood oog
I: Onmiddellijk verwijzen naar tweede lijn
C: Niet onmiddellijk verwijzen, de huisarts start eventueel zelf een behandeling op
O: Outcome patiënt

Klinische vraag 2: "Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met gekende recidiverende uveïtis en een nieuwe opstoot verwijzen?"
Met als PICO:
P: Patiënt met gekende recidiverende uveïtis met nieuwe opstoot van uveïtis
I: Onmiddellijk verwijzen naar tweede lijn
C: Niet onmiddellijk verwijzen, huisarts start eventueel zelf behandeling op
O: Outcome patiënt

Klinische vraag 3: "Welke supplementaire technische onderzoeken bij bevestigde diagnose van acute anterieure uveitis (AAU) dienen uitgevoerd te worden om achterliggende aandoeningen op te sporen?"
Met als PICO:
P: Patiënten met bevestigde AAU door oftalmoloog
I: Technische onderzoeken (bijvoorbeeld laboratoriumtests, beeldvorming,..)
C: Geen technische onderzoeken

O: Diagnose van achterliggende aandoeningen

Stap 2: Zoeken naar relevante richtlijnen

Samen werd er een systematische zoektocht uitgevoerd naar bestaande richtlijnen omtrent deze klinische vragen. Vanaf deze stap volgde een onderverdeling: klinische vragen 1 en 2 werden door de ene auteur behandeld (Brecht Schutyser), en klinische vraag 3 werd door de andere auteur behandeld (Alexander Rosseels).

Stap 3: Screening van de gevonden richtlijnen

Een eerste screening van de gevonden richtlijnen dient te gebeuren alvorens een doorgedreven beoordeling start. Het doel van deze screening was om maximaal 5-7 richtlijnen over te houden. Allereerst wordt nagegaan of de gevonden richtlijnen een antwoord bieden op de klinische vragen die geformuleerd werden. Vervolgens kan men bijvoorbeeld voor de eerste selectie opteren om richtlijnen van organisaties met een gekende hoge kwaliteit laten primeren. Indien nodig kunnen er nog extra inclusiecriteria aan toegevoegd worden.

STAP 4: Waardeer geselecteerde richtlijnen

STAP 4.1: Evalueer richtlijnen met AGREE II

Hierna volgde een waardering voor de gevonden richtlijnen op basis van het AGREE II instrument. Elk item werd door beide auteurs beoordeeld, volledig onafhankelijk van elkaar, met behulp van een score van 1 (zeer oneens) tot 7 (zeer eens). Vervolgens werden de scores voor elk domein berekend door de scores van alle afzonderlijke items op te tellen. Uiteindelijk werd de totale score van elke richtlijn berekend door de scores van alle domeinen op te tellen. Daarbij werd ook voor elke richtlijn een algemeen oordeel of advies tot gebruik geformuleerd (1. Sterk aangeraden; 2. Aangeraden met eventuele aanpassingen; 3. Niet aangeraden; 4. Onzeker).

Deze beoordeling werd volledig uitgewerkt in de matrix. Bij afwijkende scores kon de score door consensus tussen de twee auteurs aangepast worden. Dit was in dit geval echter niet nodig gezien voor elke richtlijn de beoordeling van beide auteurs goed overeenkwam. Op basis van deze evaluatie was het mogelijk om geselecteerde richtlijnen alsnog uit te sluiten; ook dit was niet nodig in dit geval. Voor verdere beschrijving van het AGREE II instrument verwijzen we naar de appendix.

STAP 4.2 tot 4.5: Inventarisering en waardering van de aanbevelingen

Voor elke klinische vraag werden de aanbevelingen uit de verschillende geselecteerde richtlijnen geïnventariseerd in een matrix. Deze matrix gaf voor elke klinische vraag de aanbevelingen, de onderliggende evidentie en de gegeven graad van aanbeveling weer. Zo konden eventuele verschillen of gelijkenissen sneller geïdentificeerd worden. Vervolgens konden de sterke en zwakke aanbevelingen en niveaus van bewijskracht vlotter geïdentificeerd worden. Tenslotte konden de verschillende verwoordingen van de aanbevelingen beter vergeleken worden. Alzo werd een basis gevormd voor een eventuele discussie rond de klinische relevantie van elke aanbeveling.

In de daaropvolgende stappen werden de aanbevelingen gewaardeerd op courantheid (4.3), samenhang (4.4) en toepasbaarheid (4.5).

De courantheid (4.3) van de richtlijnen is belangrijk. Daarom diende geëvalueerd te worden of de geselecteerde richtlijnen recent genoeg waren. Indien de publicatiedatum van de richtlijnen gedateerd werden bevonden, was het vereist om recentere informatie op te zoeken. Als drempelwaarde maakten wij gebruikt van de publicatiedatum 2005. Mogelijke bronnen: een update rapport van de publicerende organisatie, systematic reviews gevonden via zoekopdrachten volgens een watervalprocedure.

Daarna diende nog een waardering van de aanbevelingen op samenhang (4.4) te gebeuren. De beoordeling van de samenhang van een aanbeveling omvat 3 stappen: Nazicht van de zoekstrategie en de focus van de klinische vraag, evaluatie van de samenhang tussen de geselecteerde evidentie en de wijze waarop de auteurs dit hebben samengevat en geïnterpreteerd en evaluatie van de samenhang tussen de interpretatie van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling.

Tenslotte moest de toepasbaarheid (4.5) van de aanbevelingen beoordeeld worden. Dit omvat een nazicht van de doelgroep en patiëntengroep, beoordeling van de wijze waarop de richtlijn tegemoet komt aan de verwachtingen en voorkeuren van patiënten, beoordeling of de richtlijn toepasbaar is in de Belgische praktijk en beoordeling of er geen culturele conflicten zijn die implementatie van de aanbeveling bemoeilijken.

STAP 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie.

In deze stap worden de verschillende evaluaties overlopen om te bepalen of de aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn al dan niet moeten geadapteerd worden. Indien adaptatie vereist is, dan kan tijdens deze stap ook bepaald worden welke richtlijnen en/of aanbeveling verder gebruikt kan worden in het adaptatieproces.

STAP 6: Nazicht door de leescommissie

Na verwerking en noteren van stap 1-5, diende de matrix verstuurd te worden naar de leescommissie van EBMPracticeNet. Deze leescommissie evalueerde onze vorderingen in het proces van deze literatuurstudie en stuurde vervolgens feedback. Op basis van deze feedback konden we aanpassingen aanbrengen in onze matrix.

STAP 7: Eerste versie van de nieuwe richtlijn opmaken

Voor het ontwikkelen van de (nieuwe) richtlijn werd vertrokken vanuit de oorspronkelijke Duodecim richtlijn. De aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn werden vergeleken met de weerhouden aanbevelingen uit de matrix. Indien de aanbevelingen uit de bronrichtlijn overeenkwamen met deze uit de matrix konden deze ongewijzigd overgenomen worden. Indien er wel belangrijke afwijkingen waren dan diende de bronrichtlijn herschreven te worden.

RESULTATEN

Stap 1: Definiëren van klinische vragen

Zoals vermeld in de methodebeschrijving werden de drie onderstaande vragen geselecteerd:
Klinische vraag 1: “Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met een pijnlijk rood oog verwijzen?” (Cfr. Methode stap 1)

Klinische vraag 2: “Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met gekende recidiverende uveïtis en een nieuwe opstoot verwijzen?”
(Cfr. Methode stap 1)

Klinische vraag 3: “Welke supplementaire technische onderzoeken bij bevestigde diagnose van acute anterieure uveitis (AAU) dienen uitgevoerd te worden om achterliggende aandoeningen op te sporen?”
(Cfr. Methode stap 1)

Stap 2: Zoeken naar relevante richtlijnen

Allereerst werd de zoekstrategie bepaald op basis van de klinische vragen. Voor klinische vragen 1 en 2 werden volgende Mesh-termen gebruikt:
Engelstalig: ‘Uveitis’, ‘iritis’, ‘iridocyclitis’, ‘eye’, ‘painful eye’, ‘pain eye’ en ‘red eye’.
Nederlandstalig: ‘Uveïtis’, ‘iritis’, ‘iridocyclitis’, ‘oog’, ‘pijnlijk oog’, ‘pijn oog’ en ‘rood oog’.

Voor klinische vraag 3 werden volgende Mesh-termen gebruikt:
Engelstalig: ‘Anterior uveitis’, ‘Painful eye’, ‘Red eye’, ‘Eye inflammation’.
Nederlandstalig: ‘Anterieure uveïtis’, ‘Uveïtis’, ‘Pijn oog’, ‘Oog inflammatie’.

Deze zoekopdrachten werden gebruikt in het doorzoeken van de databanken van GIN (Guidelines International Network), NGC (National Guideline Clearinghouse), NHS (National Health Service) guideline finder, TRIP database, KCE (KennisCentrum voor de Gezondheidszorg), HGR (Hoge gezondheidsraad), Minerva, Farmaka, RIZIV, BCFI (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) en FOD (Federale OverheidsDienst) gezondheidszorg. De zoektocht in deze databases met bovenstaande zoektermen leverde een groot aantal hits op (>5000), waarvan na selectie op basis van de titel 118 publicaties potentieel interessant leken voor ons opzet. De volgende stap was het analyseren van alle gevonden resultaten om zo een selectie te kunnen maken van de richtlijnen die gescreend zouden worden in stap 3. Na selectie op basis van taal (enkel Nederlandstalige, Engelstalige en Duitstalige publicaties werden weerhouden) en publicatiedatum (met een voorkeur voor publicaties recenter dan het jaar 2000) bleven respectievelijk 8 (klinische vraag 1 en 2) en 10 (klinische vraag 3) richtlijnen over. Vijf richtlijnen hiervan werden door elk van ons beiden geselecteerd, waardoor er uiteindelijk 13 verschillende richtlijnen overbleven.

Stap 3: Screening van de gevonden richtlijnen

In deze stap werden de 13 geselecteerde richtlijnen gescreend om na te gaan of zij werkelijk bruikbaar waren voor de eventuele adaptatie van onze richtlijn. De voorwaarde hiervoor was dat elke richtlijn een duidelijk antwoord bood op (minstens één) van onze klinische vragen.
Na deze screening werden volgende 5 richtlijnen weerhouden die zouden gebruikt worden voor het antwoorden op onze klinische vragen:

1. “Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met een pijnlijk rood oog verwijzen?”

Richtlijntitel	Organisatie	Land	Laatste update
Red eye	NICE	United Kingdom	2012
Het rode oog	NHG	Nederland	2006

(NICE: National Institute for Health and Care Excellence; NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap)

2. “Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met gekende recidiverende uveïtis en een nieuwe opstoot verwijzen?”

Richtlijntitel	Organisatie	Land	Laatste update
Uveitis	NICE	United Kingdom	2009

(NICE: National Institute for Health and Care Excellence)

3. “Welke supplementaire technische onderzoeken bij bevestigde diagnose van acute anterieure uveitis (AAU) om achterliggende aandoeningen op te sporen?”

Richtlijntitel	Organisatie	Land	Laatste update
Care of the patient with anterior uveitis	National Guideline Clearinghouse	Verenigde Staten	2009
Clinical Review: Investigation and management of uveitis	BMJ	Verenigd Koninkrijk	2010

(NGC: National Guideline Clearinghouse; BMJ: British Medical Journal)

STAP 4: Waardeer geselecteerde richtlijnen

Stap 4.1: Evalueer richtlijnen met AGREE II

Om de kwaliteit en de methodologie van de geselecteerde richtlijnen te beoordelen werd gebruik gemaakt van het AGREE II instrument. Hierbij werd een score van 1 tot 7 toegekend aan 23 afzonderlijke score-items, onderverdeeld in 6 domeinen. Voor de verdere uitleg omtrent de AGREE II evaluatie verwijzen we naar de methodologie en naar de appendix.

Hier volgen de respectievelijke scores van de 5 geselecteerde richtlijnen:

- “Uveitis” (Nice) werd door beide auteurs beoordeeld als ‘sterk aanbevolen’ met een score van 122/161 en 116/161.
- Ook “Red eye” (Nice) werd door beide auteurs beoordeeld als ‘sterk aanbevolen’ met een score van 120/161 en 118/161.
- “Het rode oog” (NHG) werd door beide auteurs beoordeeld als ‘aanbevolen’ met een score van 97/161 en 80/161.
- “Care of the patient with anterior uveitis” werd door beide auteurs beoordeeld als ‘aanbevolen’ met een score van 105/161 en 104/161.
- “Investigation and management of uveitis” werd door beide auteurs beoordeeld als ‘niet aanbevolen’ met een score van 84/161 en 72/161.

Voor de exacte AGREE scores verwijzen we naar het ingevulde AGREE document in de appendix.

STAP 4.2 tot 4.5: Inventarisering en waardering van de aanbevelingen

Vervolgens werden de geselecteerde richtlijnen gewaardeerd op courantheid (4.3), samenhang (4.4) en toepasbaarheid (4.5). Voor de volledige beschrijving en waardering verwijzen we naar de matrix in de appendix. Hieronder worden bondig de belangrijkste bemerkingen beschreven.

Klinische vragen 1 en 2:

In de bronrichtlijn (Duodecim) wordt geen graad van aanbeveling of evidentie vermeld. Aangezien de gebruikte evidentie niet vermeld wordt, zijn courantheid en samenhang niet beoordeelbaar. Deze richtlijn is wel toepasbaar in de Belgische context, met als aandachtspunt voor de (vaak lange) wachttijden bij oftalmologen.

Wat betreft de richtlijn "Uveitis" (NICE) wordt geen graad van aanbeveling vermeld, en de aanbeveling is voornamelijk gebaseerd op expert opinion. Zowel de courantheid, samenhang en toepasbaarheid van deze aanbeveling zijn in orde.

Ook wat betreft "Red Eye" (NICE) is er geen vermelding van graad van aanbeveling, ook deze aanbeveling is voornamelijk gebaseerd op expert opinion. Courantheid, samenhang en toepasbaarheid zijn ook hier in orde.

In de richtlijn "Het rode oog" (NHG) ontbreekt vermelding van graad van aanbeveling en evidentie. Courantheid, samenhang en toepasbaarheid zijn in orde.

Klinische vraag 3:

Wat betreft de derde klinische vraag "Welke supplementaire technische onderzoeken bij bevestigde diagnose van acute anterieure uveitis (AAU) dienen uitgevoerd te worden om achterliggende aandoeningen op te sporen?" gelden dezelfde bedenkingen over de bronrichtlijn van Duodecim als voor de 2 eerste klinische vragen.

Betreffende de richtlijn "Care of the patient with anterior uveitis" ontbreekt enige vermelding van graad van aanbeveling en niveau van evidentie. Deze guideline steunt vooral op expert opinion. De courantheid is beperkt. De meest recent geciteerde evidentie is gedateerd (1994-2003). De samenhang is ondermaats. Geen informatie over de gebruikte zoekstrategie en verder ook geen beschrijving van interpretatie van de geselecteerde evidentie. De toepasbaarheid is ook bedenkelijk.

Inzake de richtlijn "Investigation and management of uveitis". Er wordt geen graad van aanbeveling en evidentie vermeldt. De courantheid van deze richtlijn is matig. Verder is de samenhang en toepasbaarheid onvoldoende.

STAP 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie.

Tijdens deze stap werd beslist of de aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn al dan niet geadapteerd dienden te worden.

Wat betreft de 1e en 2e klinische vraag was er wel degelijk nood aan adaptatie van de bronrichtlijn. Voor klinische vraag 1 werden richtlijnen 2 (Red eye; NICE) en 3 (Het rode oog; NHG) gebruikt. Voor klinische vraag 2 werd richtlijn 1 (Uveïtis; NICE) gebruikt.

Voor de 3e klinische vraag was er ook nood aan grondige adaptatie van de bronrichtlijn. De aanbeveling voor deze klinische vraag is vrij uitgebreid. Daarom werd de aanbeveling in verschillende fragmenten beoordeeld:

Labo-onderzoeken worden uitgevoerd volgens de anamnese; er zijn geen routine-tests:
Deze aanbeveling zou kunnen gebruikt worden zonder verdere adaptatie. Een belangrijke bemerking is dat deze aanbeveling geen concreet protocol aanreikt. De onderzoeken dienen te gebeuren op basis van de anamnese. Maar hoe deze anamnese dient uitgevoerd te worden, wordt niet beschreven.

RX Thorax bij vermoeden van sarcoïdose (bilaterale acute iridocyclitis):
Deze aanbeveling vereist adaptatie. Een van de guidelines (Investigation and management of uveitis) bevestigt de aanbeveling, maar bij de gebruikte guidelines ontbreekt enige referentie of evidentie.

Paranasale Rx bij symptomen van sinusitis:
Deze aanbeveling vereist adaptatie. De aanbeveling is onvoldoende specifiek. De gehanteerde guidelines maken geen vermelding omtrent deze aanbeveling.

Tests voor chlamydia en darminfecties:
Deze aanbeveling vereist adaptatie. De aanbeveling is onvoldoende specifiek. Een van de onderzochte guidelines (Investigation and management of uveitis) handelt over deze aanbeveling, maar er ontbreekt enige referentie of evidentie.

In geval van gewrichtssymptomen of rugpijn, verwijs de patiënt door naar een reumatoloog:
Deze aanbeveling vereist adaptatie. De aanbeveling is onvoldoende specifiek. Een van de onderzochte guidelines (Investigation and management of uveitis) handelt over deze aanbeveling, maar er ontbreekt enige referentie of evidentie.

STAP 6: Nazicht door de leescommissie

Voor de tussentijdse evaluatie door de leescommissie van EBMPracticeNet verwijzen we naar de appendix.

STAP 7: Eerste versie van de nieuwe richtlijn opmaken

In deze stap werden de aanbevelingen, die geselecteerd werden voor adaptatie, aangepast op basis van de aanbevelingen uit de matrix. Voor de uitleg, met betrekking tot het toekennen van een GRADE-score, verwijzen we naar de appendix.

Klinische vraag 1
De oorspronkelijke aanbeveling uit de Duodecim-richtlijn op de eerste klinische vraag luidt als volgt: “Elk van de drie symptomen (pijn, fotofobie of pericorneale vaatinjectie) rechtvaardigt het vermoeden van iridocyclitis. De patiënt moet binnen 24 uur naar een oogarts worden doorverwezen.”
Dit blijkt correct na vergelijking met de twee geselecteerde richtlijnen (“Red eye” (NICE) en “Het rode oog” (NHG)). Om echter een volledig antwoord te bieden op de eerste klinische vraag (“Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met een pijnlijk rood oog verwijzen?”) dienen er echter enkele toevoegingen te gebeuren.
Het volgende wordt aan deze stelling toegevoegd: “We bevelen aan dat de patiënt binnen 24 uur naar een oogarts wordt verwezen in de volgende situaties: Matig- tot ernstige pijn, fotofobie,

roodheid of visusafname van een oog of beide ogen. Ook zo bij een ernstig (penetrerend) oogtrauma, chemische conjunctivitis, neonatale conjunctivitis voor de 10de levensdag en in geval van vermoeden van acuut glaucoom, keratitis, iritis of scleritis."
Gezien de gebruikte richtlijnen grotendeels gebaseerd zijn op expert opinion (cfr. stap 4), wordt de kracht van het onderliggend bewijs van deze nieuwe aanbeveling beschouwd als graad C. Gezien echter de potentieel ernstige gevolgen van inadequaat doorverwijsgedrag is er een duidelijke overtreffing van de voordelen ten opzichte van de nadelen die het gevolg (kunnen) zijn van het correct navolgen van deze richtlijn. Daarbij gaat het ook om een kosteneffectieve interventie en is deze toepasbaar in de Belgische context. Als gevolg wordt de graad van aanbeveling van deze nieuwe richtlijn gescoord als 1. Bijgevolg wordt deze nieuwe aanbeveling een GRADE 1C toegekend.

Klinische vraag 2

De oorspronkelijke aanbeveling uit de Duodecim-richtlijn op de tweede klinische vraag luidt als volgt: "Patiënten met recidiverende iridocyclitis, die hun ziekte goed kennen, mogen zelfstandig met mydriatische therapie beginnen, maar ze worden geadviseerd om binnen de 24 uur een oogarts te bezoeken. Aangezien snelle mydriatische, en ook steroïdentherapie, gunstig is en de duur van de ziekte kan verkorten, heeft de patiënt altijd mydriatische druppels ter beschikking. In bijzondere gevallen (bv. lange afstand naar een oogarts) kan een huisarts de behandeling starten bij een patiënt met terugkerende iridocyclitis als de patiënt vindt dat de symptomen vergelijkbaar zijn. Het is raadzaam om telefonisch een oogarts te raadplegen over de start van de behandeling. Het hoornvlies moet noodzakelijkerwijs onderzocht worden met een loep en fluoresceïne om een corneaulcus uit te sluiten (zie keratitis dendritica). Een onderzoek door een oogarts, inclusief onderzoek met een oogmicroscoop, moet geregeld worden."
Op basis van de geselecteerde NICE richtlijn ("Uveitis") dient hier slechts een discrete aanpassing te gebeuren, waardoor de nieuwe aanbeveling klinkt als volgt: "We raden aan dat patiënten, gekend met recidiverende uveïtis, waarbij vermoed wordt dat ze een uveïtis-opstoot doormaken, zo snel mogelijk gezien worden door een oftalmoloog ter bevestiging van deze diagnose aan de hand van een spleetlamponderzoek. Er wordt aangeraden nog geen therapie te starten alvorens het bezoek aan de oftalmoloog. Indien een bezoek aan de oftalmoloog niet tijdig kan plaatsvinden wordt aanbevolen eerst telefonisch overleg te plegen met een oogarts (bij voorkeur de behandelende oftalmoloog) alvorens een behandeling te starten. Alvorens behandeling met cortisone-druppels dient altijd eerst een fluoresceïne-onderzoek uitgevoerd te worden ter uitsluiting van keratitis dendritica".

Klinische vraag 3:

Er werd besloten dat deze aanbeveling aangepast dient te worden. Een van de twee onderzochte richtlijnen ("Investigation and management of uveitis" (NGC)) kon enkele aanbevelingen geven. Omwille van het doelpubliek van deze guidelines (optometristen in de Verenigde Staten van Amerika), het ontbreken van referenties van recente evidentie en het feit dat deze aanbevelingen grotendeels steunen op expert opinion, werd er besloten dat aanpassen van de oorspronkelijke aanbeveling niet mogelijk is met behulp van de geselecteerde guidelines.
Naar onze mening is er nood aan een bijkomende literatuurstudie om voldoende evidentie te verzamelen om deze aanbeveling te onderbouwen. Deze bijkomende literatuurstudie ligt echter buiten de doelstellingen van deze huidige studie.

CONCLUSIE FASE I

Er wordt besloten dat klinische vraag 1 en 2 adaptatie dienen te ondergaan. Klinische vraag 3 dient echter verder geïnvestigeerd te worden. Naar aanleiding van deze literatuurstudie werden nog enkele belangrijke bemerkingen gemaakt:

- Ten eerste was er het beperkt aantal geschikte richtlijnen en gehanteerde evidentie.
- Ten tweede is er de wereldwijde jaarlijkse incidentie van uveïtis 12/100.000. Finland, het land waar de Duodecim guidelines opgericht zijn, heeft een incidentie van 23/100.000 per jaar. Vermoedelijk is de hoge aanwezigheid van het HLA-B27 allel in deze populatie een mogelijke verklaring hiervoor[3].
- Ten derde is er het feit dat de huisarts niet in staat is om zelfstandig de diagnose van uveïtis te stellen. Enkel de oftalmoloog kan de diagnose stellen aan de hand van spleetlamponderzoek.
- En ten vierde was er de persoonlijke indruk van de onderzoekers dat de aanbeveling van klinische vraag 3 overbodig is voor de huisarts. De vraag werd opgeworpen of het wel zinvol is om een uitgebreide guideline voor de eerste lijn te schrijven over een zeldzame pathologie waar weinig evidence-based aanbevelingen over bestaan.

Fase 2: Implementatiefase

INLEIDING

Dit adaptatieproces omvat tevens een luik implementatie. Dit naar aanleiding van de bovenstaande opmerkingen (zie “conclusie fase I”). Naar aanleiding hiervan werd besloten een vragenlijst te verspreiden onder artsen met als doel te informeren naar de kennis omtrent alarmsymptomen, het verwijzingsgedrag en de beoogde rol van de huisarts binnen de zorg voor de patiënt met deze pathologie. Om de antwoorden gepast te kunnen kaderen, leek het ons interessant om zowel een vragenlijst te sturen naar huisartsen als naar oftalmologen.
Daarnaast hadden we de nieuwe richtlijn ook voorgelegd aan toekomstige gebruikers, namelijk aan huisartsen in opleiding binnen onze seminariegroepen. Hen werd gevraagd naar de belangrijkste bedenkingen bij de richtlijn en eventuele hindernissen bij het toepassen ervan.

METHODE

Er werd geopteerd om te peilen naar wat de algemene opinie was omtrent de rol van de huisarts in de zorg voor de patiënt met uveïtis. Dit gebeurde door middel van een online vragenlijst (met behulp van www.enquetemaken.be). De vragenlijst bestond uit 15 vragen (zie appendix), waarbij de deelnemers de vragen dienden te scoren met een score van 1 (= volledig niet akkoord) tot en met 7 (= volledig akkoord). Zowel huisartsen als oftalmologen werden opgeroepen om deel te nemen aan de enquête. Elke discipline kreeg zijn eigen specifieke vragenlijst. De vragen waren vergelijkbaar, maar verschilden in aanspreking en in verwijzing naar de andere specialiteit. Alle deelnemers werden via email opgeroepen tot het invullen van de vragenlijst.

De selectie van de oftalmologen, die opgeroepen werden tot deelname, gebeurde door een email te sturen naar alle Vlaamse algemene ziekenhuizen volgens de site van zorg-en-gezondheid (http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite_v2/Rapporten/p_v_i_im_020_e007_overzicht%20algemene%20ziekenhuizen%20met%20vermelding%20van%20uitbatingsplaatsen.pdf).

De selectie van de huisartsen, die opgeroepen werden tot deelname, gebeurde door een email te sturen naar de voorzitters van alle huisartsenkringen in Limburg (http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Doctors/GPs/Professionalorganisations/CirclesofGeneralpractitioners/index.htm?fodnlang=nl#lijsten), (http://www.lhp.be/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=27). De voorzitters werden opgeroepen om deel te nemen aan de vragenlijst, alsook om de oproep te verspreiden in hun respectievelijke kring.

Seminariegroepen

Het voorleggen van de nieuwe richtlijn aan huisartsen in opleiding gebeurde in onze respectievelijke seminariegroepen (Hasselt (10 haio's) en Houthalen (10 haio's)). Vooreerst werd geïllustreerd hoe we te werk zijn gegaan en hoe we tot de nieuwe richtlijn gekomen zijn. Na de volledige uiteenzetting vroegen we aan onze collega's wat volgens hen de mogelijke struikelblokken en valkuilen zijn bij het toepassen van de nieuwe richtlijn in de praktijk. Hieruit volgden enkele interessante bedenkingen.

RESULTATEN

Aantal deelnemers van de vragenlijst

In het totaal werden 281 oftalmologen gecontacteerd. Van deze 281 oftalmologen namen 49 oftalmologen deel aan de enquête. Van deze 49 dokters waren er minstens 4 actief in een academisch ziekenhuis. In het totaal werden 766 huisartsen uitgenodigd om deel te nemen aan de enquête. Van deze 766 huisartsen namen 51 deel aan de vragenlijst. De response rate in de groepen oftalmologen en huisartsen was respectievelijk 17,4% en 6,7%.

Antwoorden van de enquête

De presentatie van de data van de vragenlijst gebeurde zo schematisch mogelijk.

- Tabel X.1: Weergave van het aantal keer dat een bepaalde score gegeven werd, de gemiddelde score en de mediaan.
- Fig X.1: Grafische voorstelling van de verdeling van de score op de vraag.
- Tabel X.2: Letterlijke weergave van de meest relevante commentaren van de deelnemers.

Antwoorden van de oftalmologen

Vraag 1 : Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: A. Uitgesproken pijn thv een oog

# score 1	2
# score 2	0
# score 3	1
# score 4	4
# score 5	4
# score 6	12
# score 7	26
Gemiddelde	6,02
Mediaan	7

Tabel 1.1

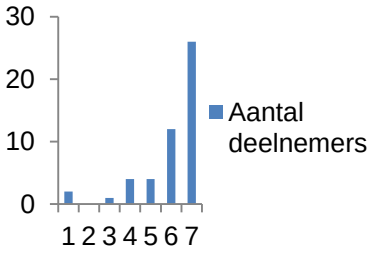

Fig 1.1

Hangt af van de klinische context, voorgeschiedenis, en anamnese.	Wat betekent pijn voor de patiënt?
Kan herpes, oogdrukstijging of uveïtis zijn. Deze aandoeningen vereisen een directe juiste behandeling.	Niet 1 symptoom op zich, maar de combinatie met de andere symptomen is alarmerend.

Tabel 1.2

Vraag 2 : Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: B. Fotofobie.

# score 1	3
# score 2	0
# score 3	3
# score 4	13
# score 5	8
# score 6	8
# score 7	14
Gemiddelde	5,1
Mediaan	5

Tabel 2.1

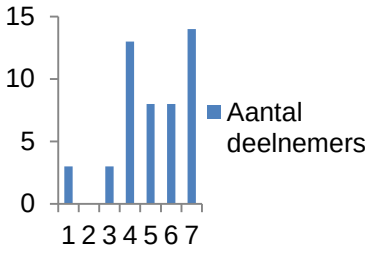

Fig 2.1

Klinisch beeld ook belangrijk: fotofobe patiënt heeft moeite/pijn bij openhouden van de ogen. Hij zal niet gewoon rustig zitten kijken.	In associatie met pijn (want anders is de fotofobie vaak ten gevolge van cataract).
In combinatie met andere klachten wordt het dringender.	Als het gaat om een recent ontstane fotofobie.

Tabel 2.2

Vraag 3 : Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: C. Uitgesproken roodheid van het oog.

# score 1	6
# score 2	0
# score 3	7
# score 4	15
# score 5	Ç
# score 6	6
# score 7	6
Gemiddelde	4,29
Mediaan	4

Tabel 3.1

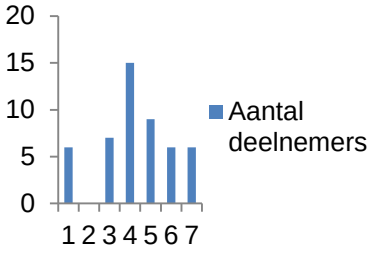

Fig 3.1

In combinatie met pijn: dringend. Pijnloos: niet dringend.	Afhankelijk van patroon van roodheid en begeleidende klachten.
Onderscheid kunnen maken tussen subconjunctivale bloeding (niet ernstig) en ciliaire roodheid (ernstig).	Niet alle roodheid is hetzelfde. Een subconjunctivale bloeding is onschuldig.

Tabel 3.2

Vraag 4 : Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog. D. Visusvermindering.

# score 1	1
# score 2	2
# score 3	2
# score 4	9
# score 5	6
# score 6	13
# score 7	16
Gemiddelde	5,45
Mediaan	6

Tabel 4.1

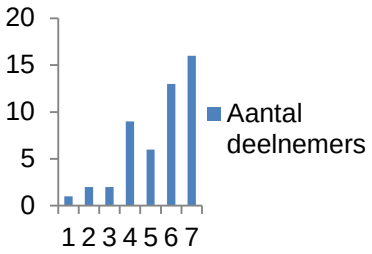

Fig 4.1

Afhankelijk van de ernst en de snelheid van optreden en andere klachten	Unilaterale visusvermindering is niet hetzelfde als bilateraal.
Visusvermindering dient geobjectiveerd te worden. Snellenkaart voor huisarts kan hiervoor interessant zijn.	

Tabel 4.2

Vraag 5: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: E. (Pericorneale) vaatinjectie.

# score 1	1
# score 2	2
# score 3	5
# score 4	8
# score 5	13
# score 6	9
# score 7	11
Gemiddelde	5,06
Mediaan	6

Tabel 5.1

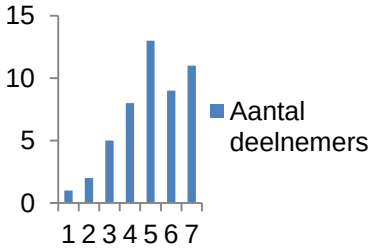

Fig 5.1

Bij contactlensdragers: lenzen eerst 24 uur uitlaten en dan beoordelen.	Vaak aanwezig. Zelfs bij banale infectie of vermoeidheid
Kan wijzen op uveïtis, hoewel dan meestal het volledige oog erg rood is.	Moeilijk te zien.

Tabel 5.2

Vraag 6: U zoekt zelf naar de achterliggende oorzaak in geval van een diagnosticering van uveïtis.

# score 1	5
# score 2	1
# score 3	8
# score 4	8
# score 5	9
# score 6	9
# score 7	9
Gemiddelde	4,59
Mediaan	5

Tabel 6.1

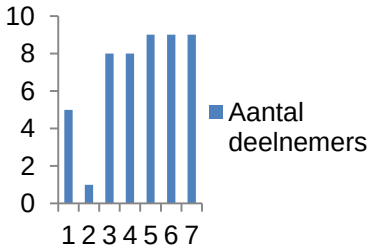

Fig 6.1

Bij recidieven verwijzen we naar een internist of reumatoloog.	Afhankelijk van het klinisch beeld: labo CT-mediastinum/thorax.
Bij recidief uveïtis unilateraal en bij bilaterale uveïtis: doorverwijzing naar reumatoloog/internist	

Tabel 6.2

Vraag 7: U verwijst een nieuwe casus van uveïtis naar de huisarts voor verdere diagnosticering van de achterliggende oorzaak.

# score 1	7
# score 2	11
# score 3	7
# score 4	6
# score 5	4
# score 6	4
# score 7	10
Gemiddelde	3,84
Mediaan	3

Tabel 7.1

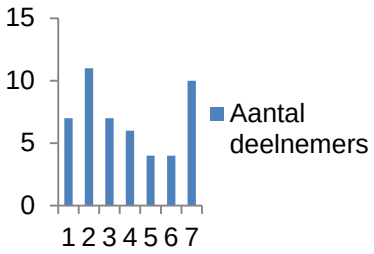

Fig 7.1

Eerder niet akkoord omdat de zoektocht naar een onderliggende oorzaak vaak lang is en soms vrij gespecialiseerde onderzoeken vereist.	Ik denk dat voor oogartsen met een privepraktijk er wel een keuze is voor verwijzing naar de huisarts immunoloog of een oogarts die zich specifiek met uveitis bezig houdt.
Indien ik weet dat de HA geïnteresseerd is dan wel onderzoeken in overleg. Anders neem ik zelf het initiatief omdat veel HA weinig inzicht hebben in uveïtis.	Meestal naar huisarts die kan dan ev naar internist doorsturen afhankelijk van ernst of recidieven.

Tabel 7.2

Vraag 8: U verwijst een nieuwe casus van uveïtis naar een andere arts of medisch centrum voor verdere diagnose van de achterliggende oorzaak.

# score 1	6
# score 2	6
# score 3	4
# score 4	11
# score 5	9
# score 6	6
# score 7	7
Gemiddelde	4,16
Mediaan	4

Tabel 8.1

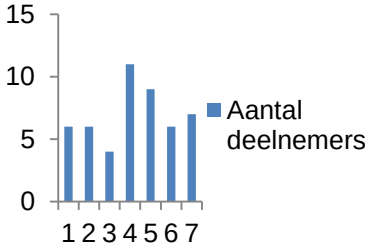

Fig 8.1

Enkel bij een recidief opstoot van uveïtis verwijzing naar reumatologie infectioloog.	Afhankelijk van de vermoedelijke pathologie maar meestal naar reumatoloog.
In samenspraak met HA naar internist.	

Tabel 8.2

Vraag 9: De huisarts heeft naar uw mening, als oftalmoloog, een rol in het uitwerken van de achterliggende oorzaak van uveïtis.

# score 1	2
# score 2	4
# score 3	7
# score 4	9
# score 5	4
# score 6	11
# score 7	12
Gemiddelde	4,84
Mediaan	5

Tabel 9.1

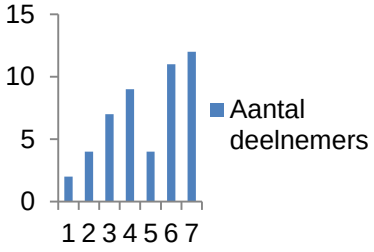

Fig 9.1

In theorie kent de huisarts de voorgeschiedenis en voorbeschiktheid van de patiënt. Soms kunnen zo dubbele onderzoeken vermeden worden.	De diagnose gebeurt eerder via investigatie in ziekenhuisverband Opvolging van gekende pathologie perfect mogelijk via huisarts.
In veel gevallen lijkt de rheumatoloog mij beter geschikt om verder onderzoek uit te voeren.	Centraliseren van de gegevens. Lage drempel voor de patiënt vertrouwensrelatie.

Tabel 9.2

Vraag 10: Bij een patiënt met gekende recidiverende uveïtis (bijvoorbeeld i.k.v een systeemaandoening) waarbij de huisarts een nieuwe opstoot van uveïtis vermoedt kan de huisarts (na fluoresceïne-onderzoek ter uitsluiting van keratitis dendritica) alvorens de patiënt terecht kan bij de oftalmoloog reeds starten met A. Cortisone druppels (vb. Dexamethasone).

# score 1	3
# score 2	2
# score 3	2
# score 4	8
# score 5	11
# score 6	10
# score 7	13
Gemiddelde	5,12
Mediaan	5

Tabel 10.1

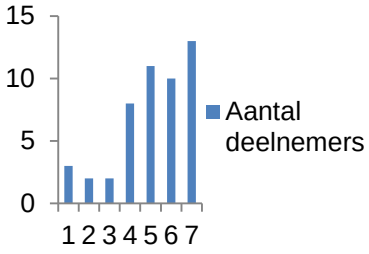

Fig 10.1

Ja, maar liefst toch binnen de 2 dagen nadien bij de oftalmoloog (oogdrukmeting ed.).	Beter niet ikv camouflage van symptomen en ernst.
Als het ziektebeeld gelijkaardig is aan vorige opstoten en een controle bij de oogarts gepland wordt.	Deze patiënten weten vaak vooraleer wij iets zien of er een probleem is. Ze hebben nagenoeg altijd gelijk .

Tabel 10.2

Vraag 11: Bij een patiënt met gekende recidiverende uveïtis waarbij de huisarts een nieuwe opstoot van uveïtis vermoedt kan de huisarts reeds starten met B. Mydriatische therapie (vb Atropine of Scopolamine).

# score 1	3
# score 2	2
# score 3	3
# score 4	8
# score 5	8
# score 6	11
# score 7	14
Gemiddelde	5,15
Mediaan	6

Tabel 11.1

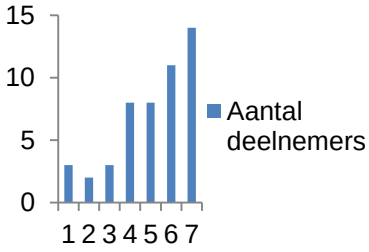

Fig 11.1

Kortwerkende mydriatica zoals cyclopentol of tropicamide lijken me in dit geval meer aangewezen dan atropine.	Zeker indien de patiënt reeds deze behandeling gehad heeft vroeger zonder complicaties.
Wel opletten bij patiënten die gekend zijn met een gesloten hoek glaucoom.	Liever een korter werkend middel. De druppels hierboven kunnen soms tot 14 dagen werken.

Tabel 11.2

Vraag 12: Indien deze patiënt binnen de 24u gezien kan worden door een oftalmoloog is het beter om als huisarts geen therapie te starten.

# score 1	10
# score 2	2
# score 3	1
# score 4	10
# score 5	2
# score 6	13
# score 7	11
Gemiddelde	4,53
Mediaan	5

Tabel 12.1

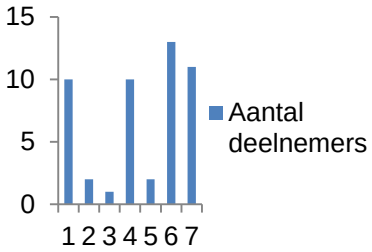

Fig 12.1

Indien de patiënt niet zeker is dat het hetzelfde is als altijd, kan de HA best niets opstarten.	Indien niet gestart werd met therapie, weten we zeker dat het over een heropstoot gaat of een andere pathologie.
Als de patiënt nog dezelfde dag kan gezien worden door een oogarts lijkt het mij weinig zinvol dat de huisarts al een therapie opstart.	Als de huisarts zeker is over de diagnose. De patiënt voelt meestal ook zelf dat het weer een dergelijke opstoot is.

Tabel 12.2

Antwoorden van de huisartsen

Vraag 1: U bent vertrouwd met de pathologie anterieure uveïtis.

# score 1	6
# score 2	12
# score 3	8
# score 4	17
# score 5	8
# score 6	0
# score 7	0
Gemiddelde	3,18
Mediaan	3

Tabel 13.1

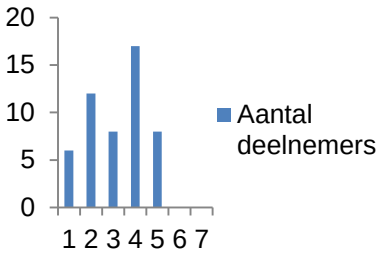

Fig 13.1

Komt te weinig voor in de huisartsenpraktijk.	Niet of zelden gezien.
Gezien de lage incidentie zit de pathologie niet vers in het geheugen.	Wegens zelden voorkomend niet zo vertrouwd met de materie.

Tabel 13.2

Vraag 2: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: A. Uitgesproken pijn t.h.v een oog.

# score 1	0
# score 2	5
# score 3	4
# score 4	2
# score 5	3
# score 6	11
# score 7	26
Gemiddelde	5,75
Mediaan	7

Tabel 14.1

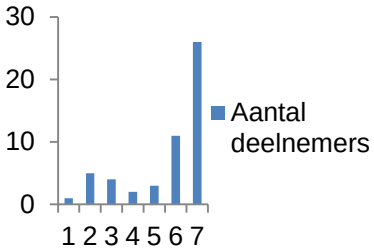

Fig 14.1

Kaderend in anamnese met andere symptomen of werkzaamheden die verricht zijn(vb lasogen)perfect door een huisarts te behandelen.	Enkel bij onverklaarbare pijn als evidente pathologie uitgesloten is lasogen vreemd voorwerp.
Op voorwaarde dat de huisarts over fluoresceïne beschikt om een herpes uit te sluiten.	Indien er geen aanwijsbare oorzaak voor de pijn is, zou ik onmiddellijk doorverwijzen.

Tabel 14.2

Vraag 3: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: B. Fotofobie.

# score 1	1
# score 2	4
# score 3	8
# score 4	9
# score 5	9
# score 6	12
# score 7	8
Gemiddelde	4,75
Mediaan	5

Tabel 15.1

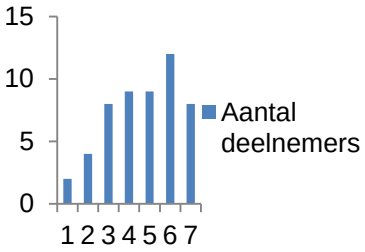

Fig 15.1

Afhankelijk van begeleidende symptomen.	Bij acuut ontstaan en uitgesproken bv ook pijnlijke fotofobie bij onderzoek met lamp.
Eerst anamnese: indien bv. commotio of migraine dan niet.	Zeker in combinatie met pijn.

Tabel 15.2

Vraag 4: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: C. Uitgesproken roodheid van een oog

# score 1	2
# score 2	11
# score 3	10
# score 4	11
# score 5	5
# score 6	7
# score 7	5
Gemiddelde	3,92
Mediaan	4

Tabel 16.1

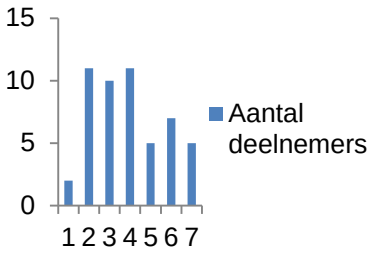

Fig 16.1

Na uitsluiting andere meer banale oorzaken..	Afhankelijk van begeleidende symptomen.
Bij acuut ontstaan.	Combinatie van pijn en roodheid is alarmerend .

Tabel 16.2

Vraag 5: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: D. Visusvermindering

# score 1	0
# score 2	0
# score 3	2
# score 4	5
# score 5	6
# score 6	17
# score 7	21
Gemiddelde	5,98
Mediaan	6

Tabel 17.1

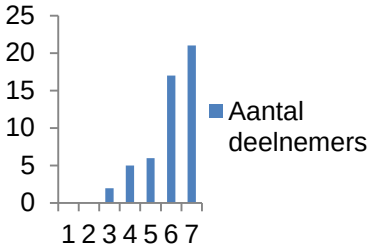

Fig 17.1

Plots optredende visusvermindering vereist volgens mij een verwijzing.	Afhankelijk van begeleidende symptomen.
Bij acuut ontstaan.	Als de visusvermindering acuut is.

Tabel 17.2

Vraag 6: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: E. (Pericorneale) vaatinjectie

# score 1	5
# score 2	6
# score 3	6
# score 4	10
# score 5	8
# score 6	10
# score 7	6
Gemiddelde	4,25
Mediaan	4

Tabel 18.1

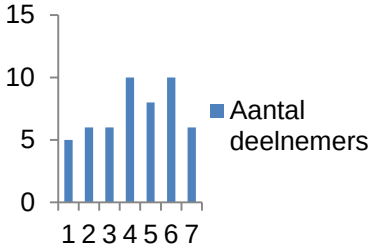

Fig 18.1

Indien geen duidelijk verklaarbare en door de huisart te behandelen oorzaak wordt gevonden.	Afhankelijk van begeleidende symptomen.
Bij acuut ontstaan.	

Tabel 18.2

Vraag 7: U zoekt zelfstandig naar de achterliggende oorzaak in geval van een diagnosticering van uveïtis.

# score 1	12
# score 2	15
# score 3	9
# score 4	6
# score 5	5
# score 6	4
# score 7	0
Gemiddelde	2,78
Mediaan	2

Tabel 19.1

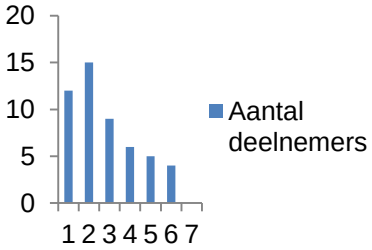

Fig 19.1

Verdere anamnese naar systeemziekten RA darmlijden...	Verwijzing en starten met bloedafname en ooglampinspectie.
Fluoresceïne met UV-licht - spleetlamp - binoculair vergrootglas.	

Tabel 19.2

Vraag 8: U verwijst een nieuwe casus van uveïtis naar een arts-specialist of medisch centrum voor verdere diagnose van de achterliggende oorzaak.

# score 1	0
# score 2	0
# score 3	2
# score 4	3
# score 5	8
# score 6	17
# score 7	21
Gemiddelde	5,96
Mediaan	6

Tabel 20.1

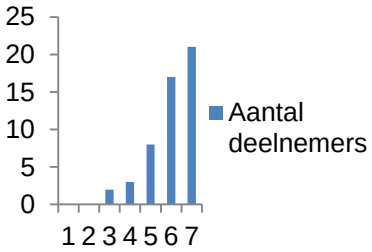

Fig 20.1

Oftalmoloog .	Rheumatoloog
Afhankelijk van de vermoedelijke oorzaak.	Pneumoloog

Tabel 20.2

Vraag 9: De huisarts heeft naar uw mening als huisarts een rol in het uitwerken van de achterliggende oorzaak van uveïtis.

# score 1	6
# score 2	3
# score 3	4
# score 4	14
# score 5	9
# score 6	12
# score 7	3
Gemiddelde	4,2
Mediaan	4

Tabel 21.1

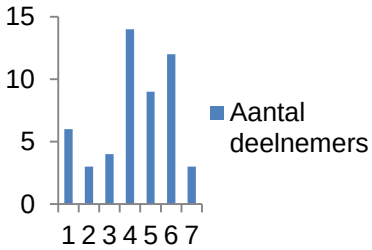

Fig 21.1

Afhankelijk van zijn interesse en achtergrondkennis moet dat zeker kunnen.	Onvoldoende theoretishe kennis en onvoldoende ervaring.
Beter zicht op persoonlijke en familiale voorgeschiedenis.	Als coördinator van de zorg en spilfiguur tussen verschillende specialisten en patiënt.

Tabel 21.2

Vraag 10: Bij een patiënt met gekende recidiverende uveïtis (bijvoorbeeld i.k.v een systeemaandoening) waarbij de huisarts een nieuwe opstoot van uveïtis vermoedt kan de huisarts (na fluoresceïne-onderzoek ter uitsluiting van keratitis dendritica) alvorens de patint terecht kan bij de oftalmoloog reeds starten met: A. Cortisone druppels (vb. Dexamethasone)

# score 1	3
# score 2	5
# score 3	5
# score 4	8
# score 5	10
# score 6	14
# score 7	6
Gemiddelde	4,55
Mediaan	5

Tabel 22.1

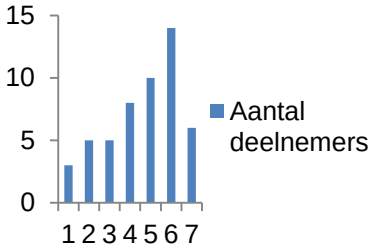

Fig 22.1

Best in overleg met de ofthalmoloog .	Ik zou oogarts opbellen.
Pas na adviesoverleg met oftalmoloog.	

Tabel 22.2

Vraag 11: Bij een patiënt met gekende recidiverende uveïtis (bijvoorbeeld i.k.v een systeemaandoening) waarbij de huisarts een nieuwe opstoot van uveïtis vermoedt kan de huisarts (na fluoresceïne-onderzoek ter uitsluiting van keratitis dendritica) alvorens de patint terecht kan bij de oftalmoloog reeds starten met: B. Mydriatische therapie (vb Atropine of Scopolamine).

# score 1	10
# score 2	8
# score 3	10
# score 4	10
# score 5	6
# score 6	5
# score 7	2
Gemiddelde	3,18
Mediaan	3

Tabel 23.1

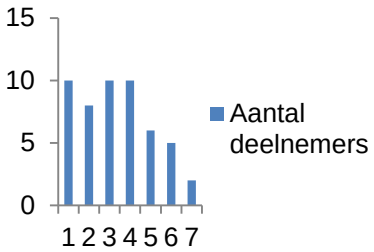

Fig 23.1

Niet vertrouwd mee.	Geen idee.Ik zou overleggen met oogarts.
Pas na adviesoverleg met oftalmoloog.	Geen idee.

Tabel 23.2

Vraag 12: Indien deze patiënt binnen de 24u gezien kan worden door een oftalmoloog zou ik geen therapie starten.

# score 1	4
# score 2	7
# score 3	5
# score 4	11
# score 5	3
# score 6	7
# score 7	14
Gemiddelde	4,47
Mediaan	4

Tabel 24.1

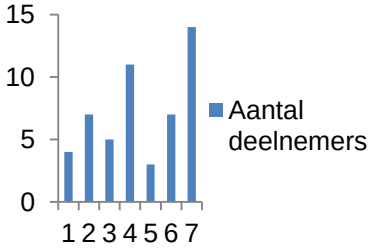

Fig 24.1

In overleg met oftalmoloog.	Ik zou overleggen met oogarts en zo medicatie opstarten
In overleg met oftalmoloog. Ik wil het beeld voor de specialist ook niet vervagen.	

Tabel 24.2

Seminariegroepen

Voor de resultaten van de rondvraag in de seminariegroepen verwijzen we naar de discussie.

DISCUSSIE

Aantal deelnemers

Met een totaal van 49 deelnemende oftalmologen en 51 deelnemende huisartsen was er tevredenheid over het aantal respondenten. De response rate van de oftalmologen was hoger dan op voorhand verwacht. Terwijl de response rate van de huisartsen eerder lager was dan verwacht. Vermoedelijk hebben enkele kringvoorzitters de vragenlijst niet verspreid. Hierdoor zou een groot aandeel van de huisartsengroep de uitnodiging voor de vragenlijst niet ontvangen hebben.

Antwoorden van de enquête

Antwoorden van de oftalmologen

Vraag 1 : Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: A. Uitgesproken pijn thv een oog

De deelnemende oftalmologengroep was het heel sterk eens met deze uitspraak. Aan de hand van de scores en de commentaren werden enkele bedenkingen geformuleerd.

1. Wat is uitgesproken pijn voor de patiënt?
2. De meeste oftalmologen zijn bereid patiënten met uitgesproken pijn te zien voor een dringende verwijzing.
3. Deze verwijzing is niet nodig indien de huisarts met een hoge zekerheidsgraad een benigne oorzaak (corpus alienum, erosie,...) kan bepalen.

Vraag 2 : Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: B. fotofobie.

Het merendeel van de oftalmologen was eerder akkoord met de uitspraak, maar ongeveer veertig procent van de deelnemers was eerder niet akkoord of kon zich niet uitspreken over de stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werden enkele bedenkingen geformuleerd.

1. Niet alle oorzaken van fotofobie vereisen een dringende verwijzing (conjuncitivits, cataract,...)
2. De urgentiegraad is afhankelijk van de vergezellende symptomen. Voornamelijk sterke pijn zou deze graad verhogen. Nausea en hoofdpijn zou in richting van migraïne kunnen wijzen.

Vraag 3: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: C. Uitgesproken roodheid van het oog.

Over deze uitspraak waren de meningen van de deelnemers sterk verdeeld. Meerdere deelnemers konden zich niet uitspreken. Aan de hand van de scores en de commentaren werden enkele bedenkingen geformuleerd.

1. Zowel ernstige (cilaire bloeding) als minder ernstige (subconjunctivale bloeding) aandoeningen veroorzaken roodheid van het oog.
2. Inschatting over de urgentiegraad kan best gebeuren op basis van begeleidende symptomen en bloedingspatroon.

Vraag 4: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: D. Visusvermindering.

De oftalmologen gaven met een kleine meerderheid eerder akkoord te gaan met de stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werden enkele bedenkingen geformuleerd.

1. Essentieel is de mate van de visusvermindering en de snelheid van ontstaan.
2. Objectivering dient best te gebeuren van de subjectieve klachten. Hierbij kan men gebruik maken van de Snellen-kaart.

Vraag 5: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: E. (Pericorneale) vaatinjectie.

Bij deze stelling waren de meningen verdeeld, maar was er een minieme voorkeur om akkoord te gaan met de uitspraak. Aan de hand van de scores en de commentaren konden weinig conclusies getrokken worden. Met grote voorzichtigheid werden deze bedenkingen naar voren geschoven.

1. Vermoedelijk kan dit symptoom wel op ernstige pathologie wijzen. Mogelijks is dit klinisch teken zonder andere vergezellende symptomen minder acuut.

Vraag 6: U zoekt zelf naar de achterliggende oorzaak in geval van een diagnosticering van uveïtis.

Bij deze stelling was er verdeeldheid. Sommigen onthielden zich van de uitspraak maar een aanzienlijk aandeel sprak zich negatief of positief uit. Aan de hand van de scores en de commentaren werden enkele bedenkingen geformuleerd.

1. Verder investigatie gebeurt bij een deel van de oftalmologen pas wanneer er recidieven optreden of als er een atypische presentatie aanwezig is.
2. Sommige oftalmologen laten zelf de onderzoek uitvoeren. Andere oftalmologen verwijzen de patiënten door naar andere disciplines (rheumatoloog, pneumoloog, huisarts,...)
3. Er is ook variatie in gebruikte technische onderzoeken. Vermoedelijk op basis van anamnese
   - Uitgebreid labo: Cofo, CRP, HLA-B27, ...
   - Beeldvorming: Rx Thorax, CT thorax (mediastinum), CT schedel
   - Mantouxtest

Vraag 7: U verwijst een nieuwe casus van uveïtis naar de huisarts voor verdere diagnosticering van de achterliggende oorzaak.

De oftalmologen zijn bij deze stelling uitgesproken verdeeld. Sommigen onthouden zich van een uitspraak over deze stelling, maar zowel “sterk akkoord” als “sterk niet akkoord” scoort hoog bij deze stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werden enkele bedenkingen geformuleerd.

1. De huisarts wordt door de oftalmologen meestal gezien als de coördinator van het onderzoek:
   - De huisarts laat bepaalde onderzoeken uitvoeren, die de oftalmoloog adviseert.
   - De huisarts verwijst de patiënt verder naar een rheumatoloog.
   Een deelnemer beschouwde het onderzoek naar verdere diagnosticering te lang en verkoos de verwijzing binnen het ziekenhuiskader te houden.
2. Bij verwijzing naar de huisarts of niet, zouden er andere beïnvloedende factoren kunnen zijn:
   - De inschatting van de oftalmoloog over de behandelende huisarts.
   - De gezondheidstoestand van de patiënt.
   - Oftalmoloog in een privépraktijk of in een ziekenhuis

Vraag 8: U verwijst een nieuwe casus van uveïtis naar een andere arts of medisch centrum voor verdere diagnose van de achterliggende oorzaak.

Bij deze stelling is er eveneens uitgesproken verdeeldheid. Het grootste aantal van de deelnemer onthoudt zich van een sterk waarde oordeel over de stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werden enkele bedenkingen geformuleerd.

1. De disciplines waar de oftalmologen het meest naar doorverwijzen zijn de rheumatologen, infectiologen, pneumologen,...
2. Welke discipline ze verkiezen hangt vermoedelijk af van hun klinische vermoedens, hun persoonlijke voorkeur en professionele setting.

Vraag 9: De huisarts heeft naar uw mening, als oftalmoloog, een rol in het uitwerken van de achterliggende oorzaak van uveïtis.

De deelnemende groep oftalmologen gaf eerder een voorkeur om akkoord te gaan met de stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werden enkele bedenkingen geformuleerd.

1. Hoewel de meeste oftalmologen akkoord gingen met de stelling, is er duidelijk een verschil in mening over de definitie van de rol van de huisarts. Beschreven definities:
   - Diagnostische rol: Huisarts zou een beter zicht hebben op de voorgeschiedenis van de patiënt.
   - Uitvoerende rol: Aanvragen en uitvoeren van technische onderzoeken
   - Opvolgende rol: Verantwoordelijk voor follow-up van recidieven, complicaties en bijwerkingen van medicaties.

Vraag 10: Bij een patiënt met gekende recidiverende uveïtis (bijvoorbeeld i.k.v een systeemaandoening) waarbij de huisarts een nieuwe opstoot van uveïtis vermoedt, kan de huisarts (na fluoresceïne-onderzoek ter uitsluiting van keratitis dendritica) alvorens de patiënt terecht kan bij de oftalmoloog reeds starten met: A. Cortisone druppels (vb. Dexamethasone).

Bij deze stelling waren de deelnemers eerder geneigd om akkoord te zijn. Aan de hand van de scores en de commentaren werden enkele bedenkingen geformuleerd.

1. De inschatting van de patiënt zelf over de herkenbaarheid van zijn klachten heeft voor meerdere oftalmologen een belangrijke waarde om klinische te bepalen of de diagnose een recidief van uveïtis is.
2. Ondanks dat de behandeling gestart mag worden door de huisarts, voegden veel oftalmologen eraan toe dat de patiënt best binnen de 24-48u een oogarts bezoekt voor verder onderzoek.

Vraag 11: Bij een patiënt met gekende recidiverende uveïtis waarbij de huisarts een nieuwe opstoot van uveïtis vermoedt kan de huisarts reeds starten met: B. Mydriatische therapie (vb Atropine of Scopolamine).

Het grootste aandeel van de oftalmologen is akkoord met deze uitspraak. In vergelijking met de vorige vraag waren meer artsen geneigd akkoord te gaan met deze stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werden enkele bedenkingen geformuleerd.

1. Sommige oftalmologen opteren voor alternatieve of kortwerkende mydriatica (cyclopentol of tropicamide).
2. Het is belangrijk dat gesloten hoek glaucoom uitgesloten wordt alvorens men deze behandeling start.

Vraag 12: Indien deze patiënt binnen de 24u gezien kan worden door een oftalmoloog is het beter om als huisarts geen therapie te starten.

Bij deze stelling was er sterke verdeeldheid aanwezig. Zowel “sterk akkoord” als “sterk niet akkoord” scoorden hoog. Aan de hand van de scores en de commentaren werden enkele bedenkingen geformuleerd.

1. Indien de patiënt duidelijk aangeeft dat het om de zelfde symptomen gaat als bij een eerdere opstoot van uveïtis, is het geoorloofd om zonder technisch onderzoek te starten met behandeling.
2. Sommige oftalmologen wensen zo snel mogelijk behandeling, andere vinden het echter geoorloofd om te wachten als de patiënt binnen de 24u gezien kan worden.
3. Een aantal oftalmologen maken de opmerking dat een oftalmologische herpesinfectie dient uitgesloten te worden voor men start met behandeling met cortisone.

Antwoorden van de huisartsen

Vraag 1: U bent vertrouwd met de pathologie anterieure uveïtis.

Er is verdeeldheid zichtbaar binnen de antwoorden van de huisartsen, maar ze geven toch allen aan niet erg vertrouwd te zijn met deze pathologie. Aan de hand van de scores en de commentaren werd volgende bedenking geformuleerd.

1. Omwille van de zeldzaamheid van deze pathologie zijn de meeste huisartsen er niet of amper vertrouwd.

Vraag 2: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: A. Uitgesproken pijn t.h.v een oog.

Ook hier is een uitgesproken verdeeldheid merkbaar binnen het antwoordenpatroon, hoewel de meerderheid van deze huisartsen toch akkoord gaat met deze stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werd volgende bedenkingen geformuleerd.

1. De meerderheid van de huisartsen beschouwd uitgesproken oogpijn als een terechte indicatie tot doorverwijzing naar een oftalmoloog.
2. Indien de huisarts een benigne en/of voor de hand liggende oorzaak kan aantonen is doorverwijzing niet nodig. Uitgesproken oogpijn zonder duidelijke oorzaak echter dient wel steeds verwezen te worden.

Vraag 3: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: B. Fotofobie.

De antwoorden van de huisartsen zijn verdeeld, met toch een lichte voorkeur voor instemming met deze stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werd volgende bedenkingen geformuleerd.

1. Er dient een uitgebreide anamnese en klinisch onderzoek aan vooraf te gaan om de etiologie op te sporen.
2. Ook het verloop van de fotofobie is van belang. (Traag of snel opgekomen, beide ogen, combinatie met andere symptomen,..)

Vraag 4: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: C. Uitgesproken roodheid van een oog.

De antwoorden van de deelnemers zijn opnieuw heel verdeeld, zonder een overwicht naar akkoord of niet akkoord. Aan de hand van de scores en de commentaren werd volgende bedenkingen geformuleerd.

1. Hierbij zijn begeleidende symptomen van belang (hoofdpijn, braken,..)
2. Het ontstaan en verloop van de roodheid is van belang (plots of traag ontstaan, lokaal of gehele oog,..). Plots ontstane roodheid is volgens de meeste deelnemers een terechte verwijsindicatie.

Vraag 5: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: D. Visusvermindering.

Er is bij de meeste deelnemers een duidelijke voorkeur voor een akkoord met deze stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werd volgende bedenkingen geformuleerd.

1. Een klacht van visusvermindering dient steeds geobjectiveerd te worden (bijvoorbeeld met Snellen kaart).
2. Het al dan niet betrokken zijn van beide ogen wordt beschouwd als een belangrijke factor.
3. Bij een acuut verloop is een snelle verwijzing op zijn plaats. Bij een chronisch verloop kan eerst een consult plaatsvinden bij een opticien.

Vraag 6: Een patiënt met volgend (alarm)symptoom moet naar uw mening binnen de 24u gezien worden door een oftalmoloog: E. (Pericorneale) vaatinjectie.

Er is opnieuw verdeeldheid met toch een meerderheid die akkoord gaat met de stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werd volgende bedenkingen geformuleerd.

1. Eerst dient een benigne oorzaak uitgesloten te worden met behulp van anamnese en klinisch onderzoek.
2. Indien geen oorzaak gevonden wordt is doorverwijzing op zijn plaats.

Vraag 7: U zoekt zelfstandig naar de achterliggende oorzaak in geval van een diagnosticering van uvetis.

Er is verdeeldheid met een duidelijke meerderheid die zich niet kan vinden in deze stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werden volgende bedenkingen geformuleerd.

1. De meesten geven aan te starten met een uitgebreid klinisch onderzoek en anamnese op zoek naar achterliggende pathologieën. Hierbij kan ook een bloedname (inflammatietesten, reumatesten,..), RX thorax, fluoresceïne onderzoek horen.
2. De meesten verkiezen deze onderzoeken te doen in samenspraak met een specialist (oftalmoloog, reumatoloog, internist,..)
3. De minderheid van deze huisartsen geeft aan in staat te zijn een spleetlamponderzoek en/of oogboldrukmeting uit te voeren.

Vraag 8: U verwijst een nieuwe casus van uvetis naar een arts-specialist of medisch centrum voor verdere diagnose van de achterliggende oorzaak.

Hierbij is een duidelijke voorkeur voor een akkoord met deze stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werd de volgende bedenking geformuleerd.

1. De meesten geven aan in dit geval te verwijzen naar de tweede lijn (internist, oftalmoloog, reumatoloog).

Vraag 9: De huisarts heeft naar uw mening als huisarts een rol in het uitwerken van de achterliggende oorzaak van uvetis.

Er is verdeeldheid in de antwoorden met toch een meerderheid die akkoord gaat hiermee. Aan de hand van de scores en de commentaren werd volgende bedenkingen geformuleerd.

1. De huisarts kan, gezien zijn kennis van de voorgeschiedenis van de patiënt en zijn of haar familie, een belangrijke partner zijn in deze diagnostische zoektocht.
2. De huisarts is vaak (door beperkte kennis en gebrek aan tijd) niet in staat om dit onderzoek op zijn/haar eentje uit te voeren.
3. Opstarten van de initiële onderzoeken (labo, beeldvorming,..) kan perfect door de huisarts gebeuren alvorens de patiënt terecht kan bij de specialist.

Vraag 10: Bij een patiënt met gekende recidiverende uveïtis (bijvoorbeeld i.k.v een systeemaandoening) waarbij de huisarts een nieuwe opstoot van uveïtis vermoedt, kan de huisarts (na fluoresceïne-onderzoek ter uitsluiting van keratitis dendritica) alvorens de patiënt terecht kan bij de oftalmoloog reeds starten met: A. Cortisone druppels (vb. Dexamethasone).

De meerderheid van de huisartsen die deelnamen gaan akkoord met deze stelling. Aan de hand van de scores en de commentaren werd volgende bedenkingen geformuleerd.

1. De meesten geven aan dat ze dit enkel doen na (telefonisch) overleg met de oftalmoloog.
2. Ook geven de meesten aan dat enkel te doen na fluoresceïne onderzoek ter exclusie van een herpes infectie.

Vraag 11: Bij een patiënt met gekende recidiverende uveïtis (bijvoorbeeld i.k.v een systeemaandoening) waarbij de huisarts een nieuwe opstoot van uveïtis vermoedt, kan de huisarts (na fluoresceïne-onderzoek ter uitsluiting van keratitis dendritica) alvorens de patiënt terecht kan bij de oftalmoloog reeds starten met: B. Mydriatische therapie (vb Atropine of Scopolamine)

De antwoorden op deze vraag zijn verdeeld, met een meerderheid die niet akkoord gaat met deze aanpak. Aan de hand van de scores en de commentaren werd volgende bedenkingen geformuleerd.

1. De meesten geven aan weinig ervaring te hebben met mydriatica, waardoor ze niet snel geneigd zijn dit te gebruiken.
2. Na eventueel overleg met de oftalmoloog zijn de meesten wel bereid dit toe te passen.

Vraag 12: Indien deze patiënt binnen de 24u gezien kan worden door een oftalmoloog is het beter om als huisarts geen therapie te starten.

Er is opnieuw verdeeldheid in de antwoorden met een meerderheid die akkoord gaat hiermee. Aan de hand van de scores en de commentaren werd volgende bedenkingen geformuleerd.

1. Opnieuw geven de meesten aan het (telefonisch) advies van de oftalmoloog te zullen volgen.
2. Een belangrijke bedenking is dat het niet toedienen van therapie het voordeel heeft dat dit het oogonderzoek van de oftalmoloog niet zal beïnvloeden.

Seminariegroep

Na het voorleggen van de nieuwe richtlijn binnen onze seminariegroepen werden volgende aandachtspunten geformuleerd waarmee rekening dient gehouden te worden bij het toepassen ervan:

- Niet elke praktijk beschikt over het materiaal om een fluoresceïne-onderzoek uit te voeren.
- Niet elke huisarts is voldoende ervaren in het uitoefenen van een fluoresceïne onderzoek.
- De wachttijden bij oftalmologen zijn vaak erg lang, en oftalmologen zijn soms moeilijk bereikbaar.
- Veel haio's geven aan nog niet voldoende ervaren te zijn in het behandelen met oogdruppels (welke druppels, welke dosage, ...)

CONCLUSIE

Op basis van de antwoorden op de vragenlijst waren we in staat enkele interessante algemene conclusies te trekken omtrent dit onderwerp. Zowel huisartsen als oftalmologen gingen met bepaalde stellingen over alarmsymptomen akkoord (uitgesproken pijn, fotofobie en visusvermindering) en waren bij bepaalde instellingen verdeeld (roodheid, pericorneale vaatinjectie). Beide groepen gaven frequent als commentaar dat de context van de symptomen belangrijk is.

De oftalmologen en huisartsen hebben ongeveer hetzelfde idee over de rol van de huisarts. De huisarts is verantwoordelijk voor het eventueel aanbrengen van extra informatie omtrent de persoonlijke en familiale voorgeschiedenis van de patiënt. Daarnaast heeft hij een coördinerende functie, waarbij hij bepaalde technische onderzoeken zelf uitvoert of aanvraagt en de patiënt naar de meest aangewezen specialist verwijst. Tenslotte speelt de huisarts een belangrijke rol in de follow-up van de patiënt.

Betreffende de stellingen, die handelen over de patiënt, die langskomt bij de huisarts met een recidiverende uveïtis, kunnen ook enkele interessante conclusies getrokken worden. De oftalmologen hebben over het algemeen eerder een voorkeur voor het gebruik van mydriatica en minder voor het gebruik van cortisonedruppels. Opmerkelijk is dat meerdere oftalmologen aangeven dat het verhaal van de patiënt een belangrijk bron van informatie is om te bepalen of het al dan niet om een recidief gaat. De meerderheid van de huisartsen geeft echter aan eerder cortisonedruppels te hanteren. De reden achter deze voorkeur van de huisartsen is vermoedelijk het gebrek aan ervaring met mydriatica. Verder werd ook opgemerkt dat de huisartsen er veel belang aan hechten dat ze overleg kunnen plegen met de oftalmoloog alvorens met de behandeling te starten.

Na het uitvoeren van de literatuurstudie en het uitvoeren van de vragenlijst maakten we volgende bedenkingen:

Omtrent klinische vraag 1:

Uit de navraag blijkt dat de meeste oftalmologen inderdaad akkoord gaan met de nieuwe aanbeveling waarin de beschreven (alarm)symptomen een mogelijke indicatie vormen voor doorverwijzing. Vooral pijn ter hoogte van het oog en visusafname bleken als belangrijkste spoedverwijsindicatie beschouwd te worden. Ook de huisartsen blijken deze mening te delen. Nogmaals dient het belang van de volledige kliniek van de patiënt benadrukt te worden. Afhankelijk van het totaal klinisch beeld zal de patiënt al dan niet doorverwezen worden.

Omtrent klinische vraag 2:

Hieromtrent zien we een opvallende verdeeldheid binnen de mening van de deelnemende oftalmologen. Enerzijds gaat een grote groep akkoord met de nieuwe richtlijn die stelt dat het beter is nog geen therapie te geven alvorens spleetlamponderzoek plaatsvindt. Anderzijds geeft een grote groep aan hier niet mee akkoord te zijn. Meermaals werd gesteld dat, indien de patiënt vindt dat de symptomen sterk overeenkomen met de symptomen van een vorige uveïtisopstoot, dit voor de oftalmoloog een voldoende sterk argument is om reeds met therapie te starten. Ook binnen de

huisartsengroep is hierover verdeeldheid. Huisartsen geven erg vaak aan telefonisch advies van een oftalmoloog in te winnen en dit te zullen volgen. Indien er toch geopteerd wordt reeds te starten met therapie, gaat de voorkeur bij de meerderheid van de oftalmologen uit naar mydriatica, terwijl de meerderheid van de huisartsen voor cortisonedruppels kiest.
Over het groot belang van fluoresceïne onderzoek alvorens cortisonedruppels te gebruiken heerst consensus, zowel bij oftalmologen als bij huisartsen.

Omtrent klinische vraag 3:
Op basis van de literatuurstudie werd geconcludeerd dat er geen concrete, onderbouwde guidelines bestaan om de huisarts te begeleiden omtrent wat er verder in het diagnostisch proces dient te gebeuren. Aan de hand van de implementatiefase kon geconcludeerd worden dat de huisarts zeker een rol heeft bij de verdere uitwerking van een achterliggende diagnose. Maar eerder een coördinerende rol. Algemeen wordt niet verwacht dat hij/zij de diagnostische zoektocht leidt.

Tot slot kan men stellen dat er nood is aan een wetenschappelijk onderbouwde richtlijn die de aanpak van de patiënt met (anterieure) uveïtis behandelt. De adaptatie van de Finse Duodecim richtlijn naar de Belgische context biedt een antwoord op deze nood. De rondvraag bij huisartsen en oftalmologen toont aan dat er momenteel nog geen eenduidig beleid gehanteerd wordt bij de patiënt met anterieure uveïtis.

[1] Wakefield D, Chang JH. Epidemiology of uveitis. International Ophthalmology Clinics 2005; 45(2): 1-13.
[2] Guly CM, Forrester JV. Investigation and management of uveitis. BMJ 2010; 34: 821-826.
[3] Islam N, Pavesio C. Uveitis (acute anterior). Clin Evid (Online) 2009; 04: 705.

Appendix

A. AGREE II

Het AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) Instrument is een instrument dat werd ontwikkeld om de kwaliteit van richtlijnen te bevorderen. Het is een hulpmiddel om de methodologie en transparantie van de richtlijnontwikkeling te beoordelen. Het oorspronkelijke AGREE instrument werd in 2003 ontworpen door een internationaal samenwerkingsverband van richtlijnontwikkelaars en onderzoekers, The AGREE Collaboration. De AGREE werd in 2010 aangepast, hetgeen resulteerde in een nieuwe versie: AGREE II. Hierbij worden 23 items beoordeeld, geselecteerd binnen zes domeinen die elk een specifiek aspect van de richtlijnkwaliteit nagaan:

1. *Onderwerp en doel (3 items):* Doel van de richtlijn (met eventuele klinische vragen) en het doelpubliek dienen duidelijk te worden besproken.
2. *Betrokkenheid van belanghebbenden (4 items):* Leden van de werkgroep enerzijds en anderzijds de beoogde gebruikers (en hun noden) dienen te worden vermeld.
3. *Methodologie (8 items):* De manier van verzamelen en interpreteren van de evidentie enerzijds en de manier waarop de richtlijn ontwikkeld werd anderzijds horen te worden beschreven.
4. *Helderheid en presentatie (3 items):* Correct taalgebruik, helderheid en overzichtelijkheid van de richtlijn zijn belangrijk.
5. *Toepasbaarheid (4 items):* Eventuele hulpmiddelen, mogelijke belemmeringen en kostenimplicaties dienen te worden besproken. Ook eventuele criteria om na te gaan of de richtlijn wordt gevolgd.
6. *Onafhankelijkheid van de opstellers (2 items):* Er mag in geen geval sprake zijn van mogelijke belangenvermenging van leden van de werkgroep of van financiërende instanties.

B. Klinische vraag 1 en 2: Matrices

Stap 1: Definieer klinische vragen

Geselecteerde klinische vraag 1 voor review: Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met een pijnlijk rood oog verwijzen?		
PICO criteria	**Inclusie criteria**	**Exclusie criteria**
Population	Patiënt met pijnlijk rood oog	
Intervention	Onmiddellijk verwijzen naar tweede lijn	
Comparison	Niet onmiddellijk verwijzen, huisarts start eventueel zelf behandeling op	
Outcome	Outcome patiënt	

Geselecteerde klinische vraag 2 voor review: Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met gekende recidiverende uveïtis en een nieuwe opstoot verwijzen?

PICO criteria	Inclusie criteria	Exclusie criteria
Population	Patiënt met gekende recidiverende uveïtis met nieuwe opstoot van uveïtis	
Intervention	Onmiddellijk verwijzen naar tweede lijn	
Comparison	Niet onmiddellijk verwijzen, huisarts start eventueel zelf behandeling op	
Outcome	Outcome patiënt	

Stap 2: Zoek naar relevante richtlijnen en Belgische EBM publicaties.

Geconsulteerde databank	Zoektermen	Aantal hits	Commentaar (korte toelichting bij ruwe selectie)
G-I-N	Uveitis	4	3 hits met interessante titel
	Iritis	0	
	Iridocyclitis	0	
	Eye	105	Te brede zoekterm
	Painful eye	0	
	Pain eye	0	
	Red eye	2	2 hits met interessante titel
Guideline.gov	Uveitis	19	3 hits met interessante titel
	Iritis	4	1 hit met interessante titel
	Iridocyclitis	3	2 hits met interessante titel
	Eye	289	Te brede zoekterm
	Painful eye	28	4 hits met interessante titel
	Pain eye	126	5 hits met interessante titel
	Red eye	39	2 hits met interessante titel
Evidence.nhs.uk	Uveitis	825 (waarvan 107 richtlijnen zijn)	4 hits met interessante titel
	Iritis	232 (waarvan 31 richtlijnen zijn)	4 hits met interessante titel
	Iridocyclitis	117 (waarvan 11 richtlijnen zijn)	4 hits met interessante titel
	Eye	26473 (waarvan 1545 guidelines zijn)	Te brede zoekterm
	Painful eye	2781 (waarvan 375 guidelines)	7 hits met interessante titel
	Pain eye	11281 (waarvan 757 richtlijnen)	8 hits met interessante titel
	Red eye	4987 (waarvan 477 richtlijnen)	7 hits met interessante titel
Trip Database	Uveitis	2516 (waarvan 93 guidelines zijn)	7 hits met interessante titel
	Iritis	384 (waarvan 29 guidelines)	3 hits met interessante titel
	Iridocyclitis	228 (waarvan 10 guidelindes)	3 hits met interessante titel
	Eye	50090 (waarvan 1476 richtlijnen zijn)	Te brede zoekterm
	Painful eye	1228 (waarvan 183 guidelines)	3 hits met interessante titel
	Pain eye	6187 (waarvan 712 richtlijnen)	Te brede zoekterm
	Red eye	3367 (waarvan 318 richtlijnen)	12 hits met interessante titel
KCE	Uveitis	0	

	Iritis	0	
	Iridocyclitis	0	
	Oog	10	0 hits met interessante titel
	Pijnlijk oog	2	0 hits met interessante titel
	Pijn oog	3	0 hits met interessante titel
	Rood oog	1	0 hits met interessante titel
HGR-CSS	Uveitis	1	0 hits met interessante titel
	Iritis	0	
	Iridocyclitis	0	
	Oog	138	1 hit met interessante titel
	Eye	7	0 hits met interessante titel
	Pijnlijk oog	0	
	Painful eye	0	
	Pijn oog	0	
	Pain eye	0	
	Rood oog	0	
	Red eye	0	
Minerva	Uveitis	0	
	Iritis	2	0 hits met interessante titel
	Iridocyclitis	0	
	Oog	51	0 hits met interessante titel
	Pijnlijk oog	0	
	Pijn oog	0	
	Rood oog	3	0 hits met interessante titel
Farmaka	Uveitis	0	
	Iritis	0	
	Iridocyclitis	0	
	Oog		Vooral hits ivm conjunctivitis, niet ivm onze topic
	Pijnlijk oog		Vooral hits ivm conjunctivitis, niet ivm onze topic
	Pijn oog		Vooral hits ivm conjunctivitis, niet ivm onze topic
	Rood oog		Vooral hits ivm conjunctivitis, niet ivm onze topic
Riziv	Uveitis	0	
	Iritis	0	
	Iridocyclitis	0	
	Oog	1420	Niet relevant voor onze search
	Pijnlijk oog	90	Niet relevant voor onze search
	Pijn oog	271	Niet relevant voor onze search
	Rood oog	132	Niet relevant voor onze search
Bcfi	Uveitis	2	
	Iritis	0	
	Iridocyclitis	0	
	Oog	20	0 hits met interessante titel
	Pijnlijk oog	0	
	Pijn oog	0	
	Rood oog	0	
FOD Volksgezondheid	Uveitis	1	0 hits met interessante titel
	Iritis	0	
	Iridocyclitis	0	
	Oog	138	1 hit met interessante titel
	Eye	7	0 hits met interessante titel

	Pijnlijk oog	0	
	Painful eye	0	
	Pijn oog	0	
	Pain eye	0	
	Rood oog	0	
	Red eye	0	

Stap 3: Screen gevonden richtlijnen

	Richtlijntitel	Organisatie	Land	Laatste update	Periode waarin naar literatuur werd gezocht	Evaluatie		
						Richtlijn geselecteerd	Richtlijn uitgesloten	Reden voor exclusie
Totaal:						**3**	**5**	
	Uveitis	NICE (National Institute for Health and Care Excellence)	United Kingdom	2009	January 1990 - August 2009	1	0	
	Care of the patient with anterior uveitis	NGC (National Guideline Clearinghouse)	United States	2009	Niet vermeld	0	1	Gericht aan optometristen, niet aan huisartsen
	Red eye	NICE (National Institute for Health and Care Excellence)	United Kingdom	2012	August 2007 - September 2012	1	0	
	Het rode oog	NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap)	Nederland	2006	Periode voorafgaand aan 1996 (eerste versie) en 2006 (herziening)	1	0	
	Uveitis (anterior, acute and recurrent)	The college of optometrists	United Kingdom	2012	Niet vermeld	0	1	Geen duidelijk antwoord op klinische vragen
	Diagnostik und antientzündliche Therapie der Uveitis bei juveniler idiopathischer Arthritis	AWMF (Association of Scientific Medical Societies)	Germany	2011	2009-2010	0	1	Geen antwoord op klinische vragen
	Eye	Work Loss Data Intitute	United States	2010	Niet vermeld	0	1	Geen duidelijk antwoord op klinische vragen
	Iritis and uveitis	Patient.co.uk	United Kingdom	2011	Februari en maart 2013	0	1	Het gaat om een website met patiënteninfo

Stap 4.1: Evalueer richtlijnen met AGREE II.

RICHTLIJN TITEL:	UVEITIS (Nice)			RED EYE (Nice)			HET RODE OOG (NHG)		
	Item	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**	**Item**	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**	**Item**	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**
Scope and purpose	1	7	7	1	7	6	1	5	4
	2	7	7	2	7	7	2	4	3
	3	7	7	3	7	7	3	4	3
TOTAAL /21		21	21		21	20		13	10
Stakeholder involvement	4	6	5	4	6	6	4	6	7
	5	6	6	5	6	6	5	1	3
	6	7	6	6	7	7	6	7	7
TOTAAL /21		19	17		19	19		14	17
Rigour of development	7	7	7	7	7	7	7	3	2
	8	4	3	8	4	3	8	4	3
	9	4	4	9	4	3	9	4	2
	10	5	5	10	5	5	10	4	2
	11	4	5	11	4	5	11	3	3
	12	4	4	12	4	4	12	4	2
	13	7	5	13	7	7	13	4	2
	14	6	6	14	6	5	14	4	1
TOTAAL /56		41	39		41	39		30	17
Clarity and presentation	15	7	7	15	7	7	15	6	5
	16	6	7	16	7	6	16	7	6
	17	7	5	17	7	7	17	7	5
TOTAAL /21		20	19		21	19		20	16
Applicability	18	3	3	18	3	3	18	4	4
	19	4	3	19	2	3	19	5	5
	20	3	3	20	2	3	20	3	5
	21	2	1	21	2	3	21	1	2
TOTAAL /28		12	10		9	12		13	16
Editorial independence	22	6	6	22	6	6	22	3	2
	23	3	4	23	3	3	23	4	2
TOTAAL /14		9	10		9	9		7	4
OVERALL ASSESSMENT		122	116		120	118		97	80
Strongly recommend		**X**	**x**		**x**	**X**			
Recommend (with provisos / alterations)								**x**	**X**
Would not recommend									
Unsure									

Stap 4.2-4.5: Waardeer geselecteerde richtlijnen.

	Titel van de geselecteerde guideline: Duodecim-richtlijn: Iridocyclitis (iritis)											
	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid		Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang			Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid			
	Aanbevelingen uit de bron-guideline	Grade of recommendation vermeld in de bron-guideline	Niveau van evidentie vermeld in de bron-guideline	Publicatiedatum van meest recent geciteerde evidence	Is alle belangrijke nieuwe evidence geciteerd in richtlijn?	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteur deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling	Vereiste deskundigheid aanwezig of bereikbaar?	Organisatorische randvoorwaarden (oa praktijkvoering) aanwezig? Aanbevolen interventies beschikbaar?	Economische of financiële randvoorwaarden aanwezig?	Extrapoleerbaar naar Vlaamse (Belgische) patiënten doelgroep?
Klinische vraag 1: Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met een pijnlijk rood oog verwijzen?	Elk van de drie symptomen (pijn, fotofobie of pericorneale vaatinjectie) rechtvaardigt het vermoeden van iridocyclitis. De patiënt moet binnen 24 uur naar een oogarts worden doorverwezen.	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Gebruikte evidence wordt niet vermeld in de richtlijn	Nvt	Nvt	Nvt	Ja, urgente verwijzing naar oftalmoloog is mogelijk	Ja, doch de vaak lange wachttijden bij de ophtalmoloog zijn een aandachtspunt.	Deze worden niet besproken, maar we gaan uit van wel	Op het eerste zicht wel, doch nood aan adaptatie na te gaan.
Klinische vraag 2: Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met gekende recidiverende uveïtis en een nieuwe opstoot verwijzen?	Patiënten met recidiverende iridocyclitis, die hun ziekte goed kennen, mogen zelfstandig met mydriatische therapie beginnen, maar ze worden geadviseerd om binnen de 24 uur een oogarts te bezoeken. Aangezien snelle mydriatische, en ook steroïden therapie, gunstig is en de duur van de ziekte kan verkorten, heeft de patiënt altijd mydriatische druppels ter beschikking.In bijzondere gevallen (bv. lange afstand naar een oogarts) kan een huisarts de behandeling starten bij een patiënt met terugkerende iridocyclitis als de patiënt vindt dat de symptomen vergelijkbaar zijn. Het is raadzaam om telefonisch een oogarts te raadplegen over de start van de behandeling. Het hoornvlies moet noodzakelijkerwijs onderzocht worden met een loep en fluoresceïne om een corneaulcus uit te sluiten (zie keratitis dendritica 3). Een onderzoek door een oogarts, inclusief onderzoek met een oogmicroscoop, moet geregeld worden.	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Gebruikte evidence wordt niet vermeld in de richtlijn	Nvt	Nvt	Nvt	Ja, urgente verwijzing naar oftalmoloog is mogelijk	Ja, doch de vaak lange wachttijden bij de ophtalmoloog zijn een aandachtspunt.	Deze worden niet besproken, maar we gaan uit van wel	Op het eerste zicht wel, doch nood aan adaptatie na te gaan.

	Titel van de geselecteerde guideline: Uveitis											
	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid		Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang			Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid			
	Aanbevelingen uit de bron-guideline	Grade of recommendation vermeld in de bron-guideline	Niveau van evidentie vermeld in de bron-guideline	Publicatiedatum van meest recent geciteerde evidence	Is alle belangrijke nieuwe evidence geciteerd in richtlijn?	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteur deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling	Vereiste deskundigheid aanwezig of bereikbaar ?	Organisatorische randvoorwaarden (oa praktijkvoering) aanwezig ? Aanbevolen interventies beschikbaar ?	Economische of financiële randvoorwaarden aanwezig ?	Extrapoleerbaar naar Vlaamse (Belgische) patiënten doelgroep?
Klinische vraag 1: Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met een pijnlijk rood oog	Deze klinische vraag wordt niet beantwoord in deze guideline.	*nvt*	*nvt*	*nvt*	*nvt*	*nvt*	*nvt*	*nvt*	*nvt*	*nvt*	*nvt*	*nvt*
Klinische vraag 2: Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met gekende recidiverende uveïtis en een nieuwe opstoot verwijzen?	Refer people with recurrent or chronic uveitis to an ophthalmologist for each episode, to confirm the diagnosis and treatment. Do not initiate treatment, unless asked to do so by an ophthalmologist	Niet vermeld	There is no supporting evidence section within this CKS topic because: The recommendations for when to suspect uveitis and how to manage suspected uveitis are based on published expert opinion rather than trial-based evidence.	2009; Tsai, J.H. and Rao, N.A. (2009) Idiopathic and other anterior uveitis syndromes. In: Yanoff, M. and Duker, J.S. (Eds.) Ophthalmology. 3rd edn. Edinburgh: Mosby Elsevier. Chapter 7.2. 864-867.	*The recommendations for when to suspect uveitis and how to manage suspected uveitis are based on published expert opinion rather than trial-based evidence.* *A literature search was conducted in September 2012: No changes to clinical recommendations have been made.*	*Ja; A literature search was conducted on the primary care management of uveitis*	*Ja*	*Ja*	*Ja, zowel de nodige deskundigheid in eerste als in tweede lijn is aanwezig in de Vlaamse (Belgische) context.*	*Ja ook deze zijn aanwezig. Wel zijn op het eerste zicht de vaak lange wachttijden bij de ophtalmoloog een aandachtspunt .*	*Deze worden niet exact benoemd maar dit lijkt wel het geval.*	*Ja*

	Titel van de geselecteerde guideline: Red eye											
	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op		Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang			Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid			
	Aanbevelingen uit de bron-guideline	Grade of recommendation vermeld in de bron-guideline	Niveau van evidentie vermeld in de bron-guideline	Publicatie datum van meest recent geciteerde evidence	Is alle belangrijke nieuwe evidence geciteerd in richtlijn?	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteur deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling	Vereiste deskundigheid aanwezig of bereikbaar ?	Organisatorische randvoorwaarden (oa praktijkvoering) aanwezig ? Aanbevolen interventies beschikbaar ?	Economische of financiële randvoorwaarden aanwezig ?	Extrapoleerbaar naar Vlaamse (Belgische) patiënten doelgroep ?
Klinische vraag 1: Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met een pijnlijk rood oog verwijzen?	Refer the person for same-day specialist assessment by an ophthalmologist if any redflag features are present (Moderate-to-severe eye pain or photophobia, marked redness of one eye; reduced visual acuity). Refer the person for same-day specialist assessment for: Suspected penetrating eye injury, irritant conjunctivitis, neonatal conjunctivitis, scleritis.	Niet vermeld	The recommendations in this CKS topic are based on published and reviewer expert opinion	2009; NICE (2009) When to suspect child maltreatment (NICE guideline)	The recommendations in this CKS topic are based on published and reviewer expert opinion	Ja; A literature search was conducted on primary care management of red eye.	Ja	Ja	Ja, zowel binnen de eerste lijn als tweede lijn zijn deze aanwezig.	Ja	Ja, op dit vlak zijn geen problemen te verwachten.	Ja
Klinische vraag 2: Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met gekende recidiverende uveïtis en een nieuwe opstoot verwijzen?	Deze klinische vraag wordt niet beantwoord in deze guideline.	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt

	Titel van de geselecteerde guideline: Het rode oog											
	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op		Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang			Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid			
	Aanbevelingen uit de bron-guideline	Grade of recommendation vermeld in de bron-guideline	Niveau van evidentie vermeld in de bron-guideline	Publicatie datum van meest recent geciteerde evidence	Is alle belangrijke nieuwe evidence geciteerd in richtlijn?	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteur deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling	Vereiste deskundigheid aanwezig of bereikbaar ?	Organisatorische randvoorwaarden (oa praktijkvoering) aanwezig ? Aanbevolen interventies beschikbaar ?	Economische of financiële randvoorwaarden aanwezig ?	Extrapoleerbaar naar Vlaamse (Belgische) patiënten doelgroep ?
Klinische vraag 1: Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met een pijnlijk rood oog verwijzen?	Situaties die spoedverwijzing vergen: 1. Aanwijzingen voor acuut glaucoom, 2. Chemisch oogtrauma, 3. Oogletsel dat gepaard gaat met ooglidruptuur, visusdaling, hyphaema, pupilveranderingen en/of verstoorde pupilreacties, gestoorde oogbewegingen, lichtflitsen, dubbelzien en bij aanwijzingen voor een orbitafractuur of een 'high velocity' trauma, 4. Aanwijzingen voor keratitis, met uitzondering van keratoconjunctivitis fotoelectrica, 5. Aanwijzingen voor iridocyclitis, ciliaire roodheid, 6. Pasgeborenen bij wie voor de tiende levensdag een hevig pussende conjunctivitis ontstaat.	Niet vermeld	Niet vermeld	2005	*Op het eerste zicht wel*	*Ja, voor de zoekstrategie zie https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/zoekstrategieen/rode_oog_het_m57.pdf*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*	*Ja*
Klinische vraag 2: Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met gekende recidiverende uveïtis en een nieuwe opstoot verwijzen?	Deze klinische vraag wordt niet beantwoord in deze guideline.	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld

Stap 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie.

Titel Duodecim richtlijn:	Iritis/iridocyclitis		
		BESLUIT	
	Aanbeveling uit de Duodecim guideline	Aanbeveling adapteren ? (kies ja / neen uit keuzelijst)	Richtlijn geselecteerd voor adaptatieproces
Klinische vraag 1: Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met een pijnlijk rood oog verwijzen?	Elk van de drie symptomen (pijn, fotofobie of pericorneale vaatinjectie) rechtvaardigt het vermoeden van iridocyclitis. De patiënt moet binnen 24 uur naar een oogarts worden doorverwezen.	Ja	Hiervoor zullen richtlijnen 3 en 4 gebruikt worden
Klinische vraag 2: Wanneer (en op welke termijn) een patiënt met gekende recidiverende uveïtis en een nieuwe opstoot verwijzen?	Patiënten met recidiverende iridocyclitis, die hun ziekte goed kennen, mogen zelfstandig met mydriatische therapie beginnen, maar ze worden geadviseerd om binnen de 24 uur een oogarts te bezoeken. Aangezien snelle mydriatische, en ook steroïden therapie, gunstig is en de duur van de ziekte kan verkorten, heeft de patiënt altijd mydriatische druppels ter beschikking.In bijzondere gevallen (bv. lange afstand naar een oogarts) kan een huisarts de behandeling starten bij een patiënt met terugkerende iridocyclitis als de patiënt vindt dat de symptomen vergelijkbaar zijn. Het is raadzaam om telefonisch een oogarts te raadplegen over de start van de behandeling. Het hoornvlies moet noodzakelijkerwijs onderzocht worden met een loep en fluoresceïne om een corneaulcus uit te sluiten (zie keratitis dendritica 3). Een onderzoek door een oogarts, inclusief onderzoek met een oogmicroscoop, moet geregeld worden.	Ja	Hiervoor zal richtlijn 2 gebruikt worden

C. *Klinische vraag 3: Matrices*

Stap 1: Definieer klinische vragen

Geselecteerde klinische vraag 1 voor review: Welke supplementaire technische onderzoeken bij bevestigde diagnose van acute anterieure uveitis (AAU) dienen uitgevoerd te worden om achterliggende aandoeningen op te sporen?		
PICO criteria	**Inclusie criteria**	**Exclusie criteria**
Population	Patiënten met bevestigde AAU door oftalmoloog	
Intervention	technische onderzoeken (vb. laboratoriumtests beeldvorming (rx),...)	
Comparison	geen technische onderzoeken	
Outcome	Diagnose van achterliggende aandoeningen	

Stap 2: Zoek naar relevante richtlijnen en Belgische EBM publicaties.

Geconsulteerde databank	**Zoektermen**	**Aantal hits**	**Eerste selectie (op basis van titel)**
GIN	anterior uveitis	1	1 hit met interessante titel
	Painful Eye	0	
	Eye Inflammation	0	
	Red Eye	2	2 hits met interessante titel
NHS	anterior uveitis	285	
	"anterior uveitis" + filter: therapy	43 (verder selectie op basis van titel)	4 hits met interessante titel
	"anterior uveitis" +filter: etiology	47	0 hits met interessante titel
	"anterior uveitis" +filter: prognosis	8	4 hits met interessante titel
	Uveitis	900	10 hits met interssante titel
	Painful eye	2781 (waarvan 375 guidelines)	2 hits met interessante titel
	Eye inflammation	4282 (waarvan 368 guidelines)	1 hit met interessante titel
WHO	Anterior uveitis	0	0 hits met interessante titel
	Uveitis	0	0 hits met interessante titel
	Eye inflammation	0	0 hits met interessante titel
	Painful Eye	0	0 hits met interessante titel
TRIPDATABASE	"Anterior uveitis" + Filter: guidelines	44	1 hit met interessante titel
	Uveitis	2516	3 hits met interessante titel
	Eye inflammation	4243	3 hits met interessante titel
	Painful Eye	1251	1 hit met interessante titel
www.kce.fgov.be	Anterieure Uveïtis	0	0 hits met interessante titel
	Uveïtis	0	0 hits met interessante titel
	Oog inflammatie	0	0 hits met interessante titel

_	Pijn Oog	6	0 hits met interessante titel
www.hgr-css.be	Anterieure Uveïtis	0	0 hits met interessante titel
	Uveïtis	0	0 hits met interessante titel
	Oog inflammatie	0	0 hits met interessante titel
	Pijn Oog	0	0 hits met interessante titel
www.minerva.be	Anterieure Uveïtis	0	0 hits met interessante titel
	Uveïtis	0	0 hits met interessante titel
	Oog inflammatie	0	0 hits met interessante titel
	Pijn Oog	0	0 hits met interessante titel
www.farmaka.be	Anterieure Uveïtis	0	0 hits met interessante titel
	Uveïtis	0	0 hits met interessante titel
	Oog inflammatie	0	0 hits met interessante titel
	Pijn Oog	0	0 hits met interessante titel
http://www.riziv.fgov.be	Anterieure Uveïtis	0	0 hits met interessante titel
	Uveïtis	0	0 hits met interessante titel
	Oog inflammatie	9	0 hits met interessante titel
	Pijn Oog	251	0 hits met interessante titel
www.bcfi.be	Anterieure Uveïtis	0	0 hits met interessante titel
	Uveïtis	0	0 hits met interessante titel
	Oog inflammatie	0	0 hits met interessante titel
	Pijn Oog	0	0 hits met interessante titel

Stap 3: Screen gevonden richtlijnen.

	Richtlijntitel	Organisatie	Land	Laatste update	Periode waarin naar literatuur werd gezocht	Evaluatie		
						Richtlijn geselecteerd	Richtlijn uitgesloten	Reden voor exclusie
Totaal:						**2**	**8**	
	Care of the patient with anterior uveitis	National Guideline Clearinghouse	Verenigde Staten	2009	Niet vemeld	1		
	Red Eye (Prodigy	Prodigy	Verenigd Koninkrijk	aug-08	Niet vemeld		1	Geen antwoord op klinische vraag
	Het Rode Oog (M57)	NHG	Nederland	jan-06	1996-2006		1	Geen antwoord op klinische vraag
	Uveitis	Clinical Knowledge summaries (NICE)	Verenigd Koninkrijk	nov-09	1990-2009		1	Geen antwoord op klinische vraag
	Clinical Review: Investigation and management of uveitis	BMJ	Verenigd Koninkrijk	2010	Niet vemeld	1		
	Uveitis	NHS Choices	Verenigd Koninkrijk	feb-13	Niet vemeld		1	Geen antwoord op klinische vraag
	Iritis & Uveitis	Patient.co.uk	Verenigd Koninkrijk	aug-11	2013		1	Site lijkt gemaakt voor patiënten

	Uveitis: A global perspective	Oculary Immunology Inflammation	Australia	dec-11	Niet vemeld		1	Geen Guideline
	Uveitis	RINB (Royal National Institute of Blind People)	Verenigd Koninkrijk	okt-12	Niet vemeld		1	Site lijkt gemaakt voor patiënten
	Uveitis (Acute anterior)	BMJ	Verenigd Koninkrijk		Niet vemeld		1	Geen antwoord op klinische vraag/ Eerder een systematic review

Stap 4.1: Evalueer richtlijnen met AGREE II.

RICHTLIJN TITEL:	OPTOMETRIC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE CARE OF THE PATIENT WITH ANTERIOR UVEITIS			**RICHTLIJN TITEL:**	INVESTIGATION AND MANAGEMENT OF UVEITIS		
	Item	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**		**Item**	**Evaluator 1**	**Evaluator 2**
Scope and purpose	1	7	5		1	3	4
	2	4	5		2	4	4
	3	7	6		3	4	4
		18	16			11	12
Stakeholder involvement	4	5	5		4	4	5
	5	1	2		5	5	5
	6	7	7		6	3	3
TOTAAL /21		13	14	TOTAAL /21		12	13
Rigour of development	7	7	6		7	7	7
	8	5	5		8	2	2
	9	3	2		9	1	2
	10	2	1		10	0	0
	11	5	4		11	2	2
	12	5	6		12	3	3
	13	7	7		13	2	2
	14	0	0		14	1	0
TOTAAL /56		34	31	TOTAAL /56		18	18
Clarity and presentation	15	6	5		15	3	3
	16	6	5		16	5	5
	17	6	5		17	6	3
TOTAAL /21		18	15	TOTAAL /21		14	11
Applicability	18	2	3		18	1	1
	19	7	6		19	2	1
	20	3	3		20	1	1
	21	3	4		21	1	1
TOTAAL /28		15	16	TOTAAL /28		5	4
Editorial independence	22	4	7		22	7	7
	23	3	5		23	7	7
TOTAAL /14		7	12	TOTAAL /14		14	14
OVERALL ASSESSMENT		105	104	**OVERALL ASSESSMENT**		84	72
Strongly recommend							
Recommend (with provisos / alterations)		X	x				
Would not recommend						**x**	**x**
Unsure							

Stap 4.2-4.5: Waardeer geselecteerde richtlijnen.

	Titel van de geselecteerde guideline: Duodecim-richtlijn: Iridocyclitis (iritis).											
	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid		Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang			Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid			
	Aanbevelingen uit de bron-guideline	Grade of recommendation vermeld in de bron-guideline	Niveau van evidentie vermeld in de bron-guideline	Publicatiedatum van meest recent geciteerde evidence	Is alle belangrijke nieuwe evidence geciteerd in richtlijn?	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteur deze interpreteren en samenvatte	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de	Vereiste deskundigheid aanwezig of bereikbaar ?	Organisatorische randvoorwaarden (oa praktijkvoering) aanwezig ? Aanbevolen interventies beschikbaar	Economische of financiële randvoorwaarden aanwez	Extrapoleerbaar naar Vlaamse (Belgische) patiënten doelgroep ?
klinische vraag 1	Laboratory investigations are performed according to the patient history; there are no routine tests	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Gebruikte evidence wordt niet vermeld in de richtlijn	Nvt	Nvt	Nvt	Ja	Ja	Niet vermeld	Op het eerste zicht wel
	Chest x-ray if sarcoidosis is suspected (bilateral acute iridocyclitis)	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Gebruikte evidence wordt niet vermeld in de richtlijn	Nvt	Nvt	Nvt	Ja	Ja	Niet vermeld	Op het eerste zicht wel
	Paranasal sinus x-ray if there are symptoms of sinusitis	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Gebruikte evidence wordt niet vermeld in de richtlijn	Nvt	Nvt	Nvt	Ja	Ja	Niet vermeld	Op het eerste zicht wel
	Tests for chlamydia and intestinal infections	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Gebruikte evidence wordt niet vermeld in de richtlijn	Nvt	Nvt	Nvt	Ja	Ja	Niet vermeld	Op het eerste zicht wel
	In case of joint symptoms or back pain refer the patient to a rheumatologist	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Gebruikte evidence wordt niet vermeld in de richtlijn	Nvt	Nvt	Nvt	Ja	Ja	Niet vermeld	Op het eerste zicht wel

	Titel van de geselecteerde guideline: Care of the Patient with Anterior Uveitis											
	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid		Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang			Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid			
	Aanbevelingen uit de bron-guideline	Grade of recommendation vermeld in de bron-guideline	Niveau van evidentie vermeld in de bron-guideline	Publicatiedatum van meest recent geciteerde evidence	Belangrijke nieuwe evidence geciteerd in richtlijn?	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteur deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling	Vereiste deskundigheid aanwezig of bereikbaar ?	Organisatorische randvoorwaarden aanwezig?	Economische of financiële randvoorwaarden aanwezig ?	Extrapoleerbaar naar Vlaamse (Belgische) patiënten doelgroep ?
klinische vraag 1	Patients with recurrent, chronic, or bilateral anterior uveitis and those whose signs or symptoms indicate a specific systemic etiology should undergo a disease-specific workup	Niet vermeld	Niet vermeld	1994	Nee, belgische richtlijnen geen extra info, pubmed search geen extra info	Geen informatie over de zoekstrategie	Nvt	Nvt	Prepared by the American Optometric Association Consensus Panel on Care of the Patient with Anterior Uveitis + Reviewed by the AOA Clinical Guidelines Coordinating Committee	neen	neen	ja
	Technical investigations to isolate Reiter syndrome: Laboratory tests (↑ ESR, (+)HLA-B27); Joint x-rays; Cultures; conjunctival, urethral, prostate	Niet vermeld	Niet vermeld	1994(geciteerde document niet terug te vinden, gebruikte evidentie niet te traceren)	Nee, belgische richtlijnen geen extra info, pubmed en cochrane search geen extra info (Reiter + uveitis; Reiter + eye)	Geen informatie over de zoekstrategie	Nvt	Nvt	Idem (zie supra)	neen	neen	ja
	Technical investigations to isolate Psoriasis: Laboratory tests ((+)HLA-B27); Behcet's skin puncture test	Niet vermeld	Niet vermeld	1996 (geciteerde document niet terug te vinden)	neen, belgische richtlijnen geen extra info	Geen informatie over de zoekstrategie	Nvt	Nvt	Idem (zie supra)	neen	neen	ja
	Technical investigations to isolate herpes: Diagnosed clinically	Niet vermeld	Niet vermeld	1997 (geciteerde document niet terug te vinden)	neen, belgische richtlijnen geen extra info	Geen informatie over de zoekstrategie	Nvt	Nvt	Idem (zie supra)	neen	neen	ja
	Technical investigations to isolate Behçet's disease: Laboratory tests ((+)HLA-B27); Behcet's skin puncture test	Niet vermeld	Niet vermeld	1998 (geciteerde document niet terug te vinden)	neen, belgische richtlijnen geen extra info	Geen informatie over de zoekstrategie	Nvt	Nvt	Idem (zie supra)	neen	neen	ja
	Technical investigations to isolate Lyme's disease: Laboratory tests (ELISA or Lyme immunofluorescent assay)	Niet vermeld	Niet vermeld	1999 (geciteerde document niet terug te vinden)	neen, belgische richtlijnen geen extra info	Geen informatie over de zoekstrategie	Nvt	Nvt	Idem (zie supra)	neen	neen	ja
	Technical investigations to isolate Juvenile rheumatoid arthritis: Laboratory tests (↑ ESR, (+)ANA, (-)Rheumatoid	Niet vermeld	Niet vermeld	2000 (geciteerde document niet terug te vinden)	neen, belgische richtlijnen geen extra info	Geen informatie over de zoekstrategie	Nvt	Nvt	Idem (zie supra)	neen	neen	ja
	Technical investigations to isolate Sarcoidosis: Laboratory tests (↑ Angiotensin converting enzyme (ACE)); Chest x-ray	Niet vermeld	Niet vermeld	2001 (geciteerde document niet terug te vinden)	neen, belgische richtlijnen geen extra info	Geen informatie over de zoekstrategie	Nvt	Nvt	Idem (zie supra)	neen	neen	ja
	Technical investigations to isolate syphilis: Laboratory investigations ((+)RPR or VDRL; FTA-ABS or MHATP)	Niet vermeld	Niet vermeld	2001 (geciteerde document niet terug te vinden)	neen, belgische richtlijnen geen extra info	Geen informatie over de zoekstrategie	Nvt	Nvt	Idem (zie supra)	neen	neen	ja
	Technical investigations to isolate tuberculosis: Chest x-ray; Purified protein derivative (PPD) skin test	Niet vermeld	Niet vermeld	2003 (geciteerde document niet terug te vinden)	neen, belgische richtlijnen geen extra info	Geen informatie over de zoekstrategie	Nvt	Nvt	Idem (zie supra)	neen	neen	ja

	Titel van de geselecteerde guideline:Investigation and management of uveitis											
	Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op		Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang			Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid			
	Aanbevelingen uit de bron-guideline	Grade of recommendation vermeld in de bron-guideline	Niveau van evidentie vermeld in de bron-guideline	Publicatie datum van meest recent geciteerde evidence	Is alle belangrijke nieuwe evidence geciteerd in richtlijn?	Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteur deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling	Vereiste deskundigheid aanwezig of bereikbaar ?	Organisatorische randvoorwaarden (oa praktijkvoering) aanwezig ? Aanbevolen interventies beschikbaar ?	Economische of financiële randvoorwaarden aanwezig ?	Extrapoleerbaar naar Vlaamse (Belgische) patiënten doelgroep?
klinische vraag 1	Bij vermoeden van onderliggende infectie of maligniteit als oorzaak van de uveïtis, is moleculair onderzoek van glasvocht gewettigd	-	-	2010	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

Stap 5: Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie.

Titel Duodecim richtlijn:	Iritis/iridocyclitis		
		BESLUIT	
	Aanbeveling uit de Duodecim guideline	Aanbeveling adapteren ? (ja / neen)	Richtlijn geselecteerd voor adaptatieproces
klinische vraag 1	Laboratory investigations are performed according to the patient history; there are no routine tests.	neen	Geen nood aan adaptatie
	Chest x-ray if sarcoidosis is suspected (bilateral acute iridocyclitis).	ja	Bevestiging door RL 2, maar onvoldoende evidentie bij beide guidelines
	Paranasal sinus x-ray if there are symptoms of sinusitis.	ja	Specificiteit duodecim onvoldoende, geen vermelding in andere guidelines --> staven met literatuur
	Tests for chlamydia and intestinal infections.	ja	Specificiteit duodecim onvoldoende, adaptatie met RL2 (onvoldoende evidentie) + staven met literatuur
	In case of joint symptoms or back pain refer the patient to a rheumatologist.	ja	Specificiteit duodecim onvoldoende, adaptatie met RL2 (onvoldoende evidentie) + staven met literatuur

D. GRADE uitleg

GRADE is een methode om op een overzichtelijke wijze met een uniforme codering een inzicht te krijgen over de sterkte van de aanbeveling alsook de kwaliteit van de achterliggende evidentie. GRADE omvat 2 onderdelen: enerzijds een beoordeling van de bewijskracht en anderzijds een beoordeling van de graad van aanbeveling. De bewijskracht wordt vertaald naar een lettercode, de graad van aanbeveling in een cijfer.

Niveau van bewijskracht

Hoog (letter A): Verder onderzoek zal ons vertrouwen in de schatting van het effect zeer waarschijnlijk niet veranderen.

Matig (letter B): Verder onderzoek zal waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zou deze schatting kunnen veranderen.

Laag en zeer laag (letter C): Verder onderzoek zal zeer waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zal waarschijnlijk deze schatting veranderen of eender welke schatting van het effect is onzeker.

Graad van aanbeveling

Sterke aanbeveling (cijfer 1):

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

<u>Zwakke aanbeveling (cijfer 2):</u>

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

E. <u>Tussentijdse beoordeling door de medewerkers van EBMPracticeNet</u>

Hierbij de beoordeling van jullie matrix door EBMPracticeNet (beoordeeld door dr. Nicolas Delvaux).

Inhoudelijk zijn er enkele zeer grote opmerkingen te maken:

1. Bij Agree worden 5 richtlijnen beoordeeld (waaronder 2 van NICE/CKS). 1 wordt als onvoldoende beoordeeld en een 2e heeft als doelgroep oogartsen. Toch komt de slecht beoordeelde richtlijn terug in de matrix van Alex. Alex gebruikt ook niet de richtlijn van CKS over uveitis terwijl deze een aantal duidelijke aanbevelingen doet over zijn klinische vragen.

2. De matrix is onvoldoende grondig ingevuld. Er wordt steevast met ja/neen geantwoord terwijl de informatie die hier moet in genoteerd staan vaak gemakkelijk te kopiëren is uit de geselecteerde richtlijnen (denk aan "basis for recomendation" van CKS).

3. Aanbevelingen zijn niet woordelijk gekopieerd uit de geselecteerde richtlijnen. Vaak vereenvoudigd of vertaald naar Nederlands.

Stap 4.2 tot en met 5 dient opnieuw te gebeuren en veel grondiger uitgewerkt. Het is een onderwerp dat vaak op consensus is gebaseerd. Dit dient dan als dusdanig genoteerd te worden. Alle relevante informatie dient overgenomen te worden (letterlijk, zonder aanpassingen). Reeds verworpen richtlijnen mogen niet verder gebruikt worden. Aanvullende searches via pubmed/cochrane zijn niet gebeurd hoewel gezien de leeftijd van de richtlijnen en gebrek aan geciteerde evidentie dit hier wel aan de orde is.