Vragenlijsten over frequent voorkomende klachten, vooraf in te vullen door de patiënt. Een plaats in de huisartsenpraktijk?

Dr. Nicolas Busschaert, Universiteit Gent

Promotor: Prof Dr. An De Sutter, Universiteit Gent

Co-Promotor: Dr. Frans-Jozef Buyse

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Vragenlijsten over frequent voorkomende klachten, vooraf in te vullen door de patiënt. Een plaats in de huisartsenpraktijk?

Huisarts-in-opleiding: Dr. Nicolas Busschaert, Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, Universiteit Gent
Co-promotor: Dr. Frans-Jozef Buyse
Praktijkopleider: Dr. Frans-Jozef Buyse

Context: Mijn praktijkopleider Dr. Frans-Jozef Buyse zet zich al jaren in om toekomstige huisartsen op te leiden. Hierbij ondervindt hij dat cruciale elementen of vragen soms worden vergeten tijdens de anamnese. Hierdoor is het idee ontstaan een praktijk verbeterend project op te starten rond het invullen van vragenlijsten door de patiënt alvorens de arts te consulteren. De vragenlijsten zijn zo opgesteld dat ook die cruciale, vergeten elementen aan bod komen. De in te vullen vragenlijsten gaan over de vaak voorkomende symptomen in de huisartsenpraktijk nl. hoofdpijn, buikpijn en hoesten.

Onderzoeksvraag: In dit onderzoek wordt nagaan welke effecten de vragenlijsten hebben op de kwaliteit van consultvoering, de organisatie van de praktijk en de tevredenheid van de patiënt.

Methode: Deze masterproef omvat een beperkte literatuurstudie over het gebruik van vragenlijsten in de 1ste lijn. Daarnaast wordt er in de literatuur gezocht naar het diagnostisch landschap van hoofdpijn, buikpijn en hoesten om de lijsten zo volledig mogelijk te kunnen opstellen. Nadien is Dr. Nicolas Busschaert een eigen onderzoek gestart gedurende 5 maanden waarbij de vooraf opgestelde vragenlijsten worden geïntroduceerd in de praktijk. Hierbij komt de patiënt op consult bij de arts met zijn vooraf ingevulde vragenlijst over zijn klacht. Deze vragenlijsten worden nadien geëvalueerd a.d.h.v. een evaluatieformulier bij zowel de patiënt als bij de 3 artsen van de huisartsenpraktijk.

Resultaten: De vragenlijsten zijn positief onthaald door de meerderheid van de patiënten. In totaal namen 38 patiënten deel. Voor iedereen zijn de vragenlijsten verstaanbaar en duidelijk opgesteld. 32 patiënten vind de vragenlijsten nuttig. Voor 26 patiënten verloopt de consultatie vlotter. 22 patiënten denken dat de diagnose beter gesteld is a.d.h.v. de vragenlijsten. 34 patiënten vinden het invullen van deze vragenlijst geen overbodige last en 29 patiënten die hebben deelgenomen aan het onderzoek, zouden in de toekomst verder gebruik maken van de lijsten. Voor de artsen zijn de vragenlijsten een tool om de consultatie vlotter te laten verlopen en betere diagnoses te stellen omdat deze het “kokerdenken” of “freezen” tegengaan.

Conclusies: Algemeen kunnen we besluiten dat uit het onderzoek blijkt dat het gebruik van de vragenlijsten een meerwaarde heeft voor de artsen. Zij komen in kortere tijd meer te weten over de klachten van hun patiënt en kunnen de lijsten gebruiken als checklist om het kokerdenken of freezen te vermijden. Daar tegenover staat dat de vragenlijsten voor de patiënt zowel positieve als negatieve effecten kan teweeg brengen. Ons onderzoek belicht vooral de positieve effecten van de vragenlijsten op de patiënt zodat het voorbarig zou zijn definitieve besluiten te trekken over het effect van vragenlijsten op de patiënt. Extra onderzoek is dus zeker nodig. Toch zullen we lijsten implementeren in de praktijk met als doel de arts te helpen in zijn differentieel diagnostisch denken en dus de lijst te beschouwen als hulpmiddel. Aangezien de vragenlijsten facultatief zijn, is het mogelijk voor de patiënt er van af te zien.

Contact: busschaert.nicolas@hotmail.com

Inhoudstafel

Inleiding……...4
Epidemiologie en etiologie……4
Hoesten……...5
Buikpijn……..5
Hoofdpijn……6
Literatuuronderzoek……...7
Samenstellen van de vragenlijsten……..7
Gebruik van vragenlijsten in eerste lijn……..7
Voordelen van vragenlijsten……...9
Nadelen van vragenlijsten……..9
Onderzoeksmethode……9
Resultaten……..11
Resultaten patiënten……..12
Resultaten artsen……...14
Discussie……14
Vanuit het standpunt van de patiënten……..14
Vanuit het standpunt van de artsen……...15
Bedenkingen bij het onderzoek……16
Bedenkingen bij de vragenlijsten……17
Besluit……18
Referenties……19
Bijlagen……..20
Bijlage 1: Vragenlijst hoesten……..20
Bijlage 2: Vragenlijst buikpijn……23
Bijlage 3: Vragenlijst hoofdpijn……...26
Bijlage 4: Enquête voor de patiënt……...30
Bijlage 5: Enquête voor de arts……31
Bijlage 6: Informatie en toestemmingsformulier voor de patiënt……32

Inleiding

Elke huisarts herkent het jaarlijks fenomeen waarbij de wachtzaal vol zit met hoestende patiënten tijdens de wintermaanden of patiënten met buikpijn tijdens de buikgriepepidemie. Het blijft in die periode als arts enorm belangrijk om niet iedereen over dezelfde kam te scheren en dus alert te zijn. Vandaar dat de anamnese en het klinisch onderzoek heel belangrijk zijn om de juiste diagnose en differentieel diagnose te stellen. Het valt mijn praktijkopleider op dat de anamnese bij hemzelf, bij zijn jongere collegae en huisartsen in opleiding (HAIO'S) soms niet uitgebreid genoeg verloopt waardoor er vaak meerdere consultmomenten nodig zijn alvorens de juiste diagnose wordt gesteld. De reden daarvoor wijten we vooral aan het tijdsgebrek bij een overvolle wachtzaal alsook het "koker denken" of "freezen".

Vandaar het idee een praktijk verbeterend project op te starten waarbij patiënten een door ons opgestelde vragenlijst invullen over hun klacht alvorens de arts te consulteren. Eens bij de arts, wordt de vragenlijst samen met de patiënt overlopen en waar nodig bijkomende vragen gesteld. Deze vragenlijsten lijken ons een interessante tool om cruciale elementen niet meer over het hoofd te zien en aldus betere diagnosen te stellen, alsook systematisch te werkt te gaan.

De thema's van de vragenlijsten handelen over de vaak voorkomende klachten in de huisartsenpraktijk en klachten die vaak gepaard gaan met heel wat differentieel diagnosen. Hoesten, hoofdpijn en buikpijn zijn symptomen die vele oorzaken kunnen hebben. Het kan een op zichzelf staande aandoening zijn, het kan deel uitmaken van een symptomencomplex of het kan een symptoom zijn van een progressief toenemende (ernstige) pathologie. We kiezen voor de thema's "hoesten", "buikpijn" en "hoofdpijn"[1].

Epidemiologie en etiologie

Uit een analyse van de Intego-gegevens over de meest voorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen blijkt er weinig verschuiving te zitten anno 2012 t.o.v. 2008. Nummer één blijft de acute infectie van de bovenste luchtwegen, op twee de gastro-enteritis en drie de influenza bij de mannen of acute bronchitis / bronchiolitis bij de vrouwen [2].

Hoesten

Hoesten is de meest voorkomende klacht in de huisartsenpraktijk. Ongeveer 1 op 10 patiënten consulteert met de klacht hoest. In 3 op 4 gevallen worden luchtweginfecties gediagnosticeerd. Nochtans is het in de huisartsen praktijk niet eenvoudig een infectieuze van een niet infectieuze etiologie te onderscheiden [3].

Hoesten kent veel verschillende oorzaken waardoor het diagnostisch landschap van hoesten er als volgt kan uitzien. In de binnencirkel weerhouden we longembolie, pneumothorax, pneumonie, congestief hartfalen met longoedeem, toxische stoffen, aspiratie vreemd materiaal. In de buitencirkel weerhouden we luchtweginfecties, kinkhoest, exacerbatie COPD, sinusitis, otitis, tonsillitis, faryngitis, astma, allergie, gastro-oesofageale reflux, COPD, postinfectieuze hoest, medicatie-geïnduceerde hoest, psychogene of habituele hoest, hyperreactiviteit, neoplasie en chronisch interstitiële longziekte (fig.1) [3,4,13,17].

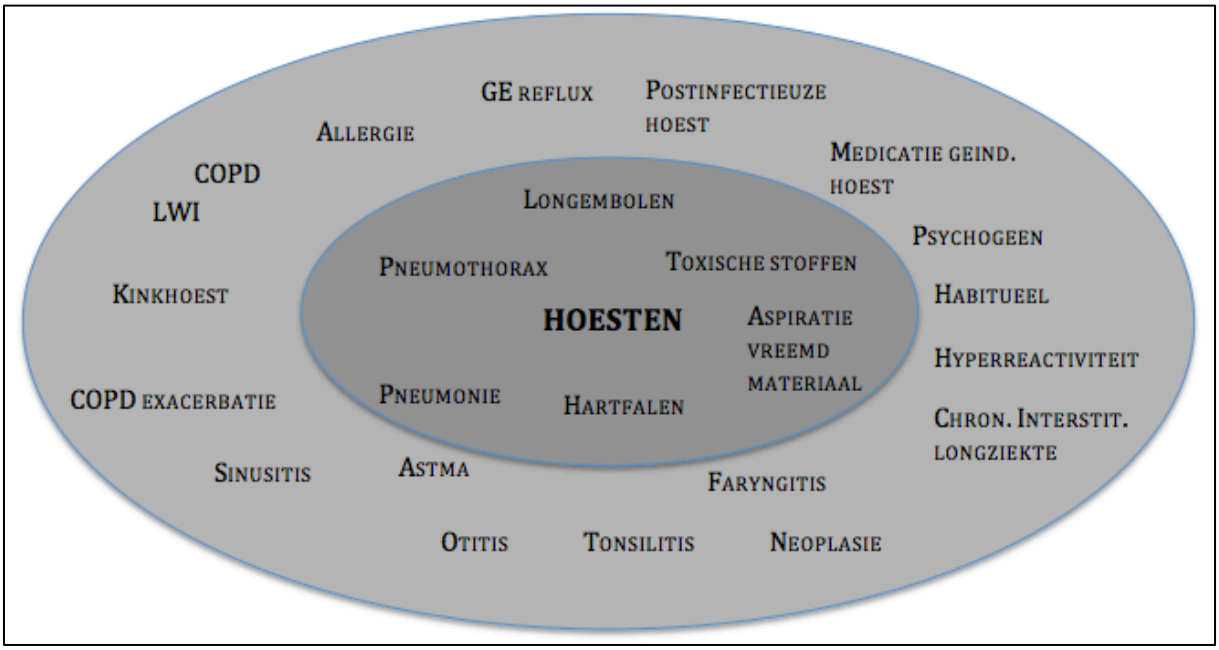


Fig. 1: Diagnostisch landschap van hoesten

Buikpijn

Gemiddeld ziet de huisarts 3-4 patiënten per week met een nieuwe episode van buikpijnklachten [7]. De incidentie is 56 per 1000 patiënten per jaar, bij vrouwen wat hoger dan bij mannen [6]. Uit een Nederlands bevolkingsonderzoek blijkt dat 15-20% wel enkele episoden van buikpijn in een jaar heeft. Slechts 1 op de 3-4 mensen gaat met die klacht naar de huisarts. Vrouwen hebben vaker langdurige buikpijnklachten dan mannen en zijn ook meer geneigd die

te melden aan de arts. Bij schoolgaande kinderen heeft naar schatting 20-30% last van recidiverende buikpijn [7].

In bijna een derde van de gevallen die zich bij de huisarts aanmeldt met de klacht buikpijn wordt geen nadere diagnose gesteld. Nog eens een derde betreft het minder ernstige oorzaken. Verschillende ernstige aandoeningen en bijwerkingen van geneesmiddelen worden elk in 1-2% vastgesteld [6].

De differentieel diagnose bij buikpijn omvat verschillende orgaansystemen en kan mede daardoor heel uitgebreid zijn (fig. 2) [5,6,7].

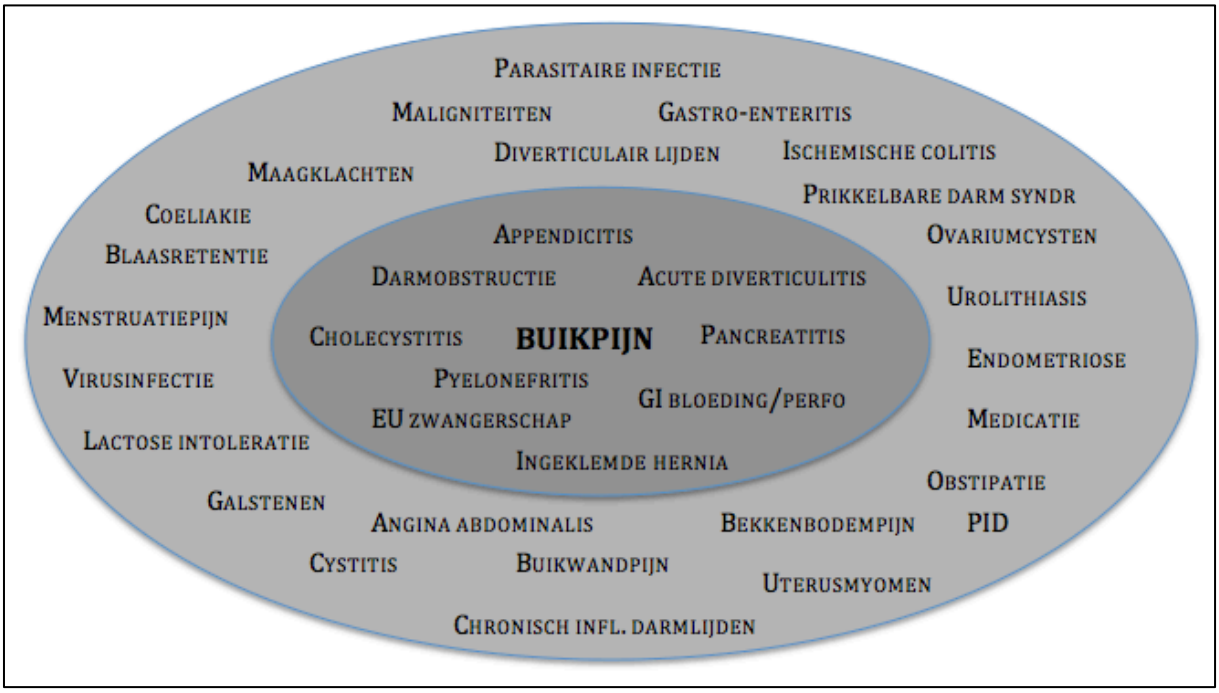


Fig. 2: Diagnostisch landschap van buikpijn

Hoofdpijn

Hoofdpijn komt zeer frequent voor, bijna iedereen heeft wel eens hoofdpijn. De totale prevalentie van de chronische vormen van diverse soorten hoofdpijn in de bevolking bedraagt 2 – 4% [13]. In de meeste gevallen is het een onschuldige klacht. Slechts zelden is hoofdpijn een alarmsymptoom [13]. In meer dan 95% van de gevallen gaat iemand die hoofdpijn heeft niet naar de huisarts. Zelfs chronisch recidiverende hoofdpijn is in een meerderheid van de gevallen geen reden om de huisarts te raadplegen. Bij ongeveer 2% van alle contacten bij de huisarts is hoofdpijn de contactreden. Bij ongeveer de helft is ongerustheid en angst voor een ernstige aandoening de belangrijkste contactreden [10,13]. Bij 20-30 % van de mensen die de arts raadplegen omwille van hoofdpijn is de vraag naar medicatie de belangrijkste reden. Dit

betreft vooral mensen waarbij de zelfmedicatie onvoldoende is [13]. Onderstaande tabel toont het diagnostisch landschap van hoofdpijn (Fig. 3) [9,10].

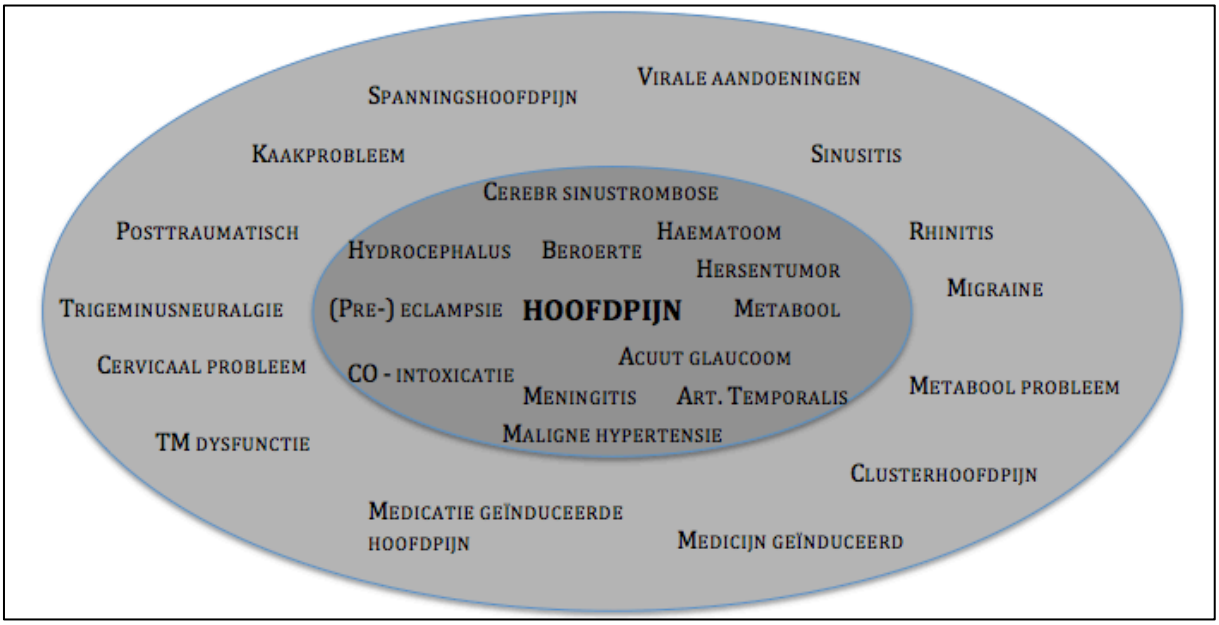


Fig. 3: Diagnostisch landschap van hoofdpijn

Literatuuronderzoek

Samenstellen van de vragenlijsten

De vragenlijsten zijn samengesteld volgens de NHG standaarden en Domus Medica richtlijnen. In die richtlijnen zoeken we naar de differentieel diagnosen, alarmsymptomen en belangrijke anamnestische elementen van hoesten, buikpijn en hoofdpijn. Op basis van die gegevens worden de vragenlijsten opgesteld. Er wordt ook rekening gehouden met de eigen inbreng op basis van ervaring van de drie artsen in de praktijk. De vragenlijsten bestaan uit ja/neen – vragen. Deze zijn terug te vinden in bijlage 1 (hoesten), bijlage 2 (buikpijn) en bijlage 3 (hoofdpijn).

Gebruik van vragenlijsten in de eerste lijn

Het gebruik van vooropgestelde (vragen)lijsten in de eerste lijn wordt al eens gebruikt. Meestal gaat het over lijsten of vragen met betrekking op het inschatten van een bepaald risico. Denk maar aan het cardiovasculair algoritme waarbij de zes klinische risicofactoren

worden nagevraagd t.t.z. A (Age), B (Bloeddruk), C (Cigaret), D (Diabetes mellitus), E (Persoonlijk ischemisch event), F (Familiaal ischemisch event) [15]. Zo ook berekent de CHADS2 score de kans op een beroerte (TIA of herseninfarct) a.d.h.v. vijf vragen bij patiënten met voorkamerfibrillatie. Deze vragen handelen over de voorgeschiedenis van hartfalen, aanwezigheid van een verhoogde bloeddruk, aanwezigheid van diabetes mellitus, leeftijd boven de 75jaar en een hartinfarct of TIA in de voorgeschiedenis [16].

Over het gebruik van diagnostische vragenlijsten over specifieke klachten is weinig terug te vinden. In de literatuur worden enkele vragenlijsten besproken met betrekking tot het diagnosticeren van een psychologische problematiek zoals angst en depressie. Hierbij worden de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), DASS (Depressie Angst Stress Schaal) besproken en vergeleken. De HADS is een vragenlijst bestaande uit een depressie- en een angstschaal van beide zeven items die binnen 5 min af te nemen of zelf in te vullen zijn. De items worden beantwoord met een score tussen nul en drie. Opsomming van de scores resulteert in een score range van nul tot eenentwintig voor depressie en angstschaal. Een score tussen 0 en 7 sluit depressie/angststoornis uit. Een score van 8 – 10 wijst op een mogelijke depressie/angststoornis. Een score van 11 – 21 is indicatief voor een vermoedelijke depressie/angststoornis. De DASS werkt op een gelijkaardige manier zoals de HADS maar omvat 14 items per schaal. Hoe hoger de eindscore hoe meer klachten en dus hoe meer kans op depressie of angststoornis. De conclusie van het gebruik van deze vragenlijsten is dat ze geschikt zijn om een angststoornis of depressie uit te sluiten, maar ongeschikt om deze aandoeningen vast te stellen [14].

Er zijn in de literatuur lijsten beschreven om de klacht “hoesten” te beoordelen. Weeral gaat het hier niet om diagnostische lijsten maar om lijsten om hoesten of de therapie van hoest te evalueren. Zo is er de visual analogue score (VAS) welke een idee weergeeft van de ernst van de hoest a.d.h.v. een subjectieve inschatting. Hierbij markeert de patiënt zijn subjectieve last van hoest op een 100mm schaal tussen “geen hoest” en “de hevigste hoest”. Verder bestaat er de Leicester cough questionnaire (LCQ) en de cough-specific quality of life questionnaire (CQLQ). Deze vragenlijsten geven een inschatting weer van de impact van de hoest op het dagelijks leven van de patiënt zowel op fysiek, psychologisch als op sociaal vlak (vb. syncope, pijn op de borst, urine-incontinentie, braken, hoofdpijn, slaapstoornis, frustratie, plezier…). Uiteraard is een combinatie van zowel de subjectieve als de objectieve gegevens nodig om een inschatting te maken van de hoest of therapie van de hoest [12].

Als besluit kunnen we stellen dat er in de literatuur heel weinig terug te vinden is over het gebruik van vragenlijsten in eerste lijn voor het diagnosticeren of differentieel diagnosticeren van een bepaalde aandoening.

Voordelen van vragenlijsten

Vragenlijsten zijn betrouwbaar, objectief, reproduceerbaar en efficiënt. Ze helpen de huisarts en de patiënt bij het kiezen van de meest geschikte behandeling. Op grond van feedback of rapportage van de onderzoeksresultaten kan de uiteindelijke keuze voor behandeling samen worden gemaakt. Ook constateert men dat de patiënt neiging heeft eerlijker te antwoorden als hij zelf de vragenlijsten invult dan als deze wordt afgenomen door een arts of in het bijzijn van een arts. Het gebruik van vragenlijsten leidt tot een hoge mate van patiënten tevredenheid en daarmee mogelijks ook aan therapietrouw. In vergelijking met ongestructureerde methoden van onderzoek kunnen vragenlijsten de kwaliteit van informatieverzameling verbeteren, het categoriseren en het rapporteren van informatie vergemakkelijken. Tot slot concludeert men dat het gebruik van vragenlijsten de arts helpt diagnostische fouten te voorkomen.[8,11,14]

Nadelen van vragenlijsten

Bij het gebruik van vragenlijsten is er een risico van onjuiste interpretatie indien deze vragenlijsten niet worden gekoppeld aan de gegevens van andere diagnostische onderzoeksmethoden zoals gesprek/interview, observatie, klinisch onderzoek. Het blijft dus belangrijk vragenlijsten te beschouwen als een unieke bijdrage in het diagnostisch denken van de arts [11,12]. Verder kan de kost voor extra personeel voor de afname van de vragenlijst en voor papier bij de “paper en pencil” of de kost voor programmatie van gecomputeriseerde vragenlijsten als een nadeel beschouwd worden.[11]

Onderzoeksmethode

De praktijk waar het onderzoek plaatsvond is een groepspraktijk met drie artsen, Dr. Frans Jozef Buyse, Dr. Mattijs Christiaens, Dr. Nicolas Busschaert, en een secretariaat. De raadplegingen zijn op afspraak en kunnen zowel telefonisch als online via de site van de praktijk vastgelegd worden. Het onderzoek vond plaats van oktober 2014 tot februari 2015.

Gedurende die 5 maand werden de patiënten warm gemaakt deel te nemen aan het onderzoek. Hierbij werd er op de display in de wachtzaal vriendelijk gevraagd deel te nemen aan het onderzoek met volgende boodschap: " Beste patiënt(e), indien U een van de volgende klachten heeft: hoesten, buikpijn of hoofdpijn, gelieve een vragenlijst in te vullen a.u.b. Deze zijn beschikbaar op onze site www.dokterbuyse.be. Met dank, Dr. N Busschaert". Alsook werd er in de drie consultatieruimten een blad opgehangen met diezelfde boodschap. De vragenlijsten over hoesten, buikpijn en hoofdpijn waren uitsluitend online beschikbaar op de site van de huisartsenpraktijk. Omwille van ethische redenen was het niet toegestaan de vragenlijsten in de wachtzaal in te vullen. Zodus was het de bedoeling dat de patiënten de vragen thuis invulden. Op die manier reflecteerden de patiënten over hun klacht alvorens de arts te consulteren met de ingevulde vragenlijst. De vragen waren voor iedereen bestemd ongeacht geslacht of leeftijd.

Aan het begin van het consult werd, na akkoord van de patiënt, de goedkeuring tot medewerking (toestemmingsformulier) ondertekend en werd dit genoteerd in het elektronisch medisch dossier. Bij het afronden van het consult werd gevraagd een evaluatieformulier in te vullen aan het secretariaat (bijlage 4). Het evaluatieformulier polste naar het verloop van het consult met de vragenlijst, het nut voor de patiënt van de vragenlijst, het inschatten van de juiste diagnose, de eenduidigheid van de vragen en of het concept goed was om in de toekomst verder te zetten. We wilden m.a.w. nagaan of de patiënten tevreden waren over het gebruik van vragenlijsten in onze praktijk en of zij dit een goed hulpmiddel zouden vinden om toe te voegen aan het consultmoment. Na het 5 maand durend onderzoek werd gevraagd aan de artsen om een evaluatieformulier in te vullen en hun bijkomende bedenkingen neer te pennen (bijlage 5). Hierbij werd gepolst naar de samenstelling van de vragenlijsten, het verloop van het consult, het effect op de duur van het consult, het nut en de diagnostische meerwaarde van de vragenlijsten. M.a.w. zouden de lijsten een meerwaarde betekenen voor de kwaliteit van consultvoering en de kwaliteit van het geneeskundig denken en handelen.

Voor de analyse en de statistische verwerking van de data werd gebruik gemaakt van Microsoft Excel.

Resultaten

Tijdens het 5 maand durend onderzoek namen 38 patiënten deel. Hiervan waren er 24 (63,2%) vrouwen en 14 (36,8%) mannen (fig. 4). Het totaal aantal consulten gepland via de online site bedroeg 810. Dus 4,69% van het totaal aantal patiënten die zich online inschreef gedurende die 5 maanden nam deel aan het onderzoek met de vragenlijsten. Er werden 2 (5,3%) vragenlijsten over buikpijn, 16 (42,1%) over hoesten en 20 (52,6%) over hoofdpijn ingevuld (fig. 5). Figuur 6 toont de deelname volgens leeftijdscategorie. Hierbij zien we de meeste deelname in de leeftijdscategorie 31-50 jaar (42,1%).

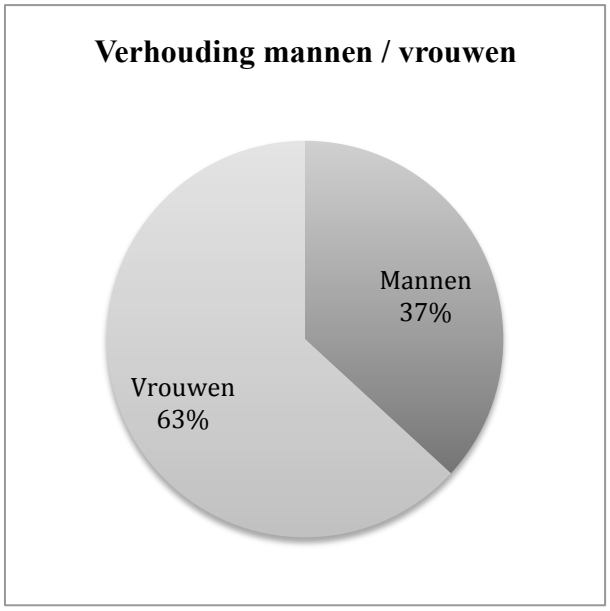


Fig. 4: Verhouding mannen/vrouwen

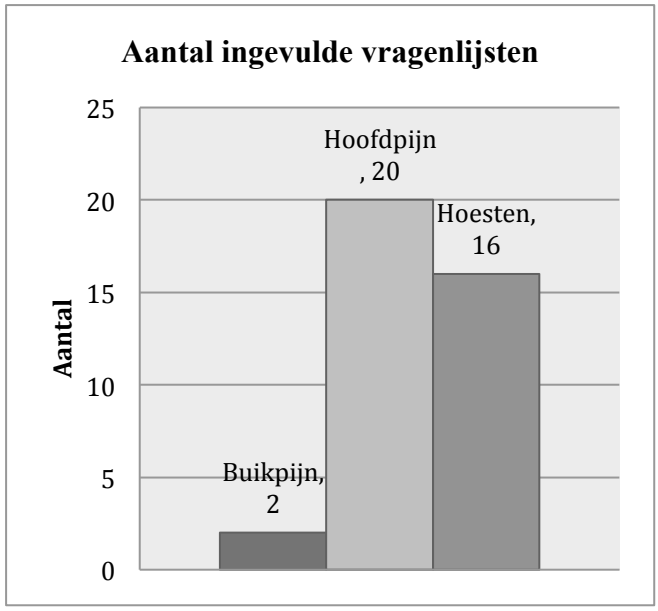


Fig. 5: Aantal ingevulde vragenlijsten

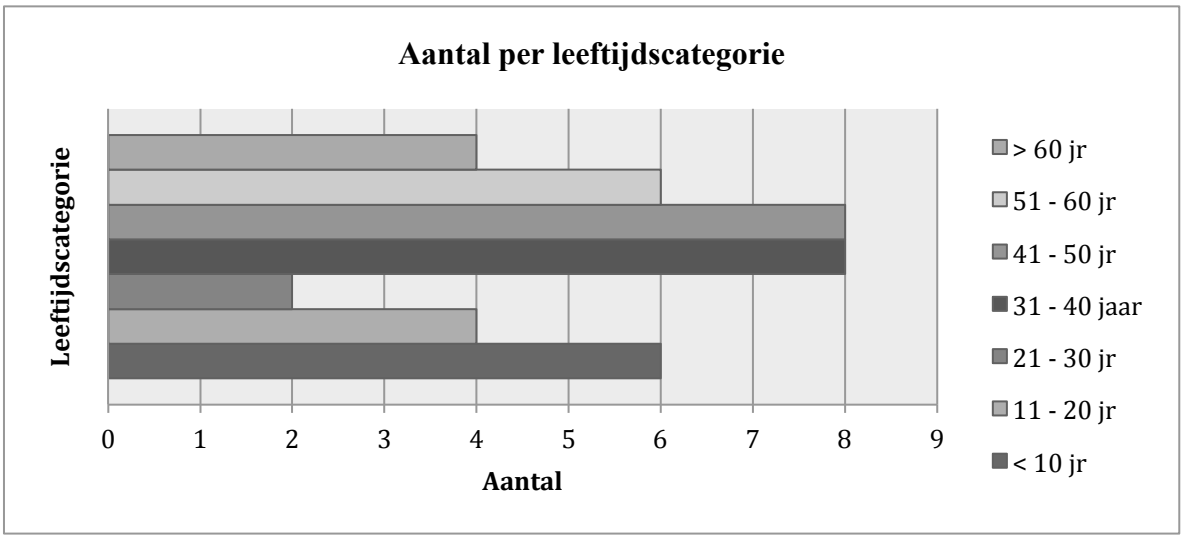


Fig. 6 : de deelname aan het onderzoek per leeftijdscategorie

Resultaten patiënten

Uit de enquête afgenomen bij de 38 patiënten bleek dat voor 38 (100%) patiënten de vragen verstaanbaar opgemaakt waren. Op de vraag of ze het gebruik van vragenlijsten al dan niet nuttig vonden antwoordden 32 (84,2%) patiënten positief (Fig. 7). Als reden werd vooral de opgedane kennis m.b.t. de mogelijke oorzaken over hun klacht naar voor geschoven. 6 (15,8%) antwoordde negatief. Als reden bij het niet nuttig vinden antwoorden 5 patiënten dat er overbodige vragen bijzaten en 1 patiënt was van mening dat hij zijn diagnose al kende en zodus deze vragenlijst overbodig vond.

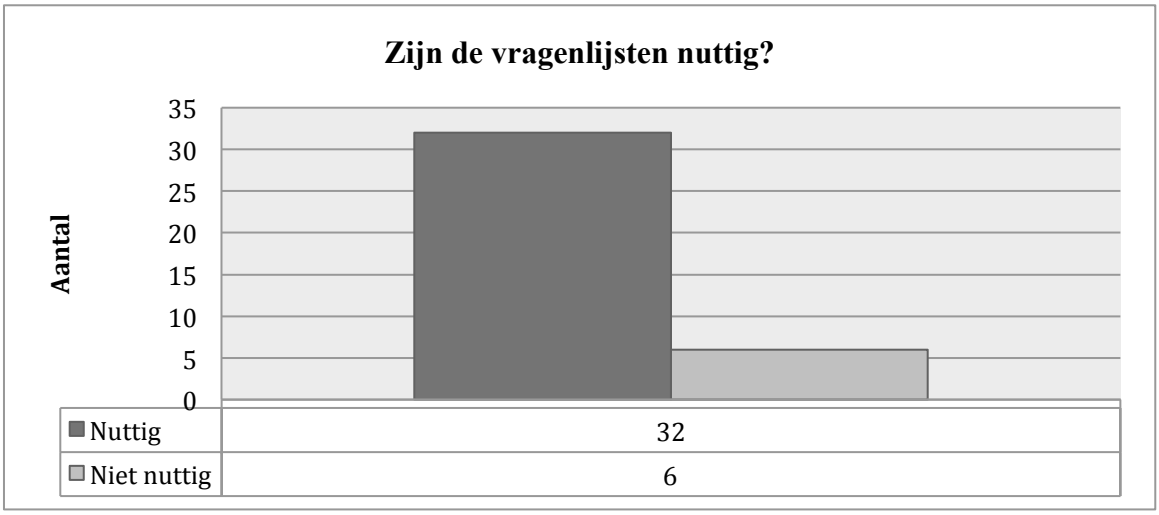


Fig. 7: aantal patiënten die de vragenlijsten wel of niet nuttig vonden

De raadpleging verliep volgens 26 (68,4%) patiënten vlotter a.d.h.v. de vragenlijst. 12 (31,6%) patiënten vonden het geen meerwaarde hebben voor het verloop van de raadpleging (Fig. 8).

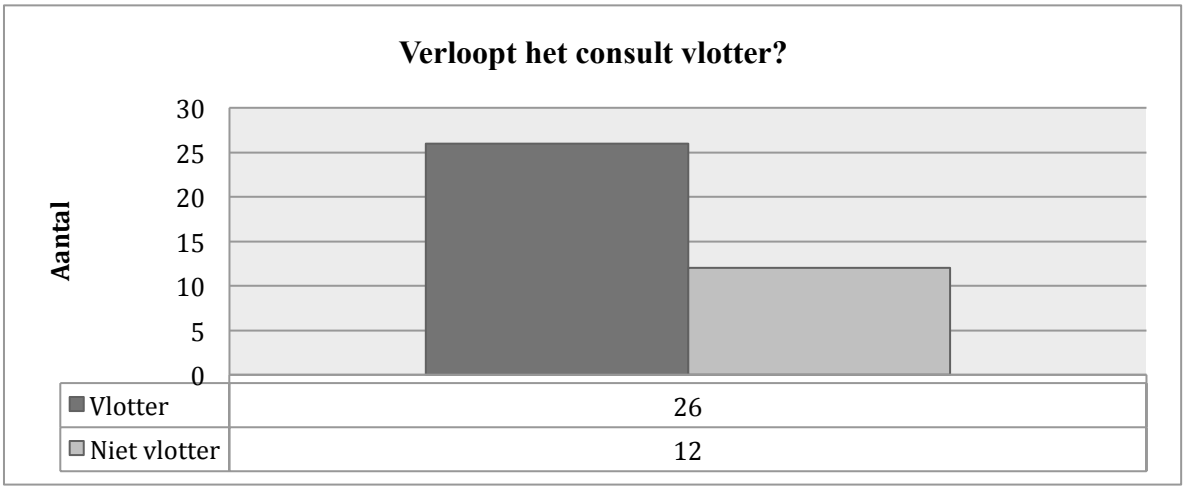


Fig. 8: Aantal patiënt die vond dat het consult wel of niet vlotter verliep a.d.h.v. de vragenlijsten

Bij de vraag of de patiënt denkt dat de diagnose beter gesteld is door de vragenlijst in te vullen antwoordden 22 (57,9%) patiënten positief, 6 (15,8%) patiënten negatief en 10 (26,3%) patiënten hadden daar geen mening over (Fig. 9). Voor 4 (10,5%) patiënten was het invullen van de vragenlijst een overbodige last. Ze hadden de lijst ingevuld om mee te werken aan het onderzoek maar zouden dit niet spontaan gedaan hebben omdat ze zich te ziek voelden. 34 (89,5%) patiënten vonden het geen overbodige last (Fig. 10).

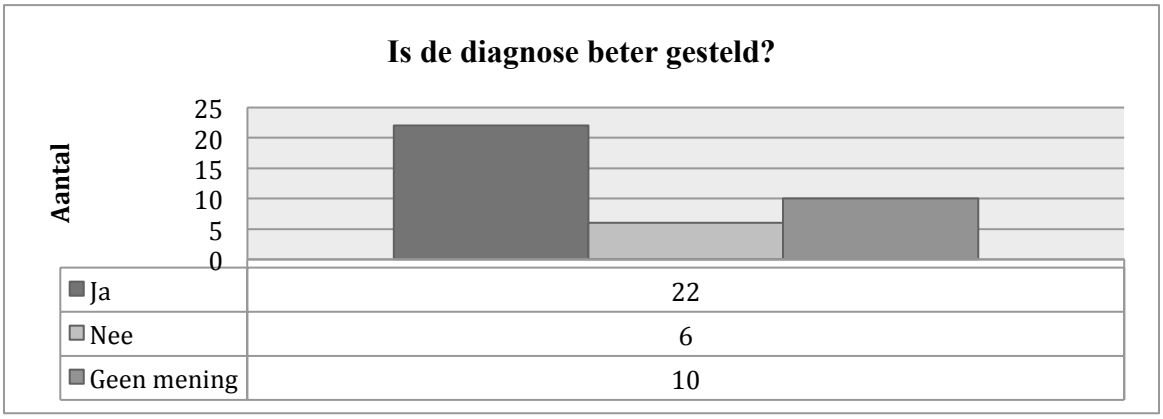


Fig. 9: Aantal patiënten die dachten dat de diagnose wel of niet beter gesteld was.

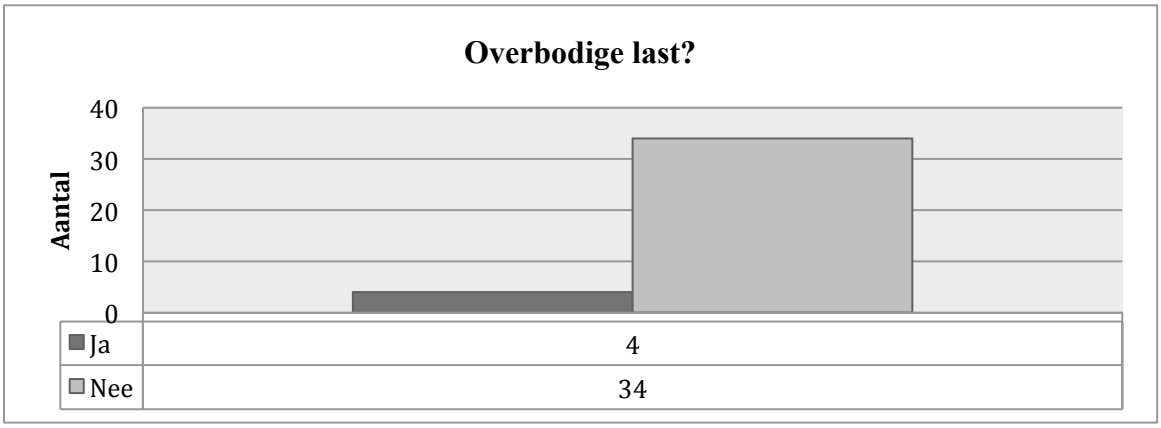


Fig. 10: Aantal patiënten die de vragenlijsten wel of niet als overbodige last ondervinden

Algemeen vonden 29 patiënten (76,3 %) het invoegen van vragenlijsten in de praktijk een goed concept en interessant om in de toekomst verder te zetten (Fig. 11).

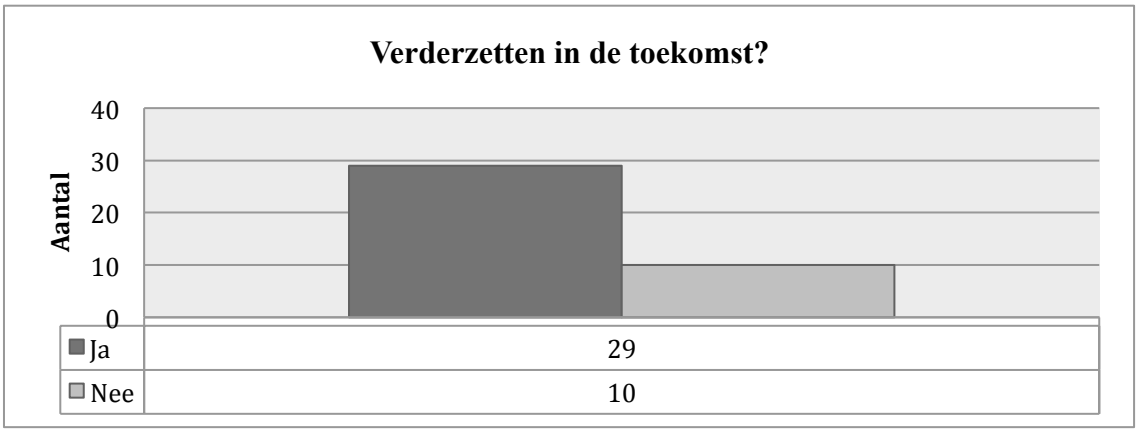


Fig. 11: Aantal patiënten die in toekomst wel of niet willen verder werken met de vragenlijsten

Resultaten artsen

Uit de enquête voor de artsen bleek dat de artsen de vragenlijsten een nuttige tool vonden. Dit omdat de lijsten er voor zorgen dat de arts niets vergeet na te vragen tijdens zijn anamnese alsook de patiënt niets vergeet mee te delen (hij is beter voorbereid op het consult) . Verder vonden ze dat het overlopen van de antwoorden een belangrijke tijdswinst oplevert. Bij de vraag of de lijsten niet te uitgebreid zijn werd matig positief geantwoord. Ze vonden de vragenlijsten iets te uitgebreid maar in het kader van differentieel diagnostisch denken wel aanvaardbaar. Verder ondervonden de artsen dat de patiënt de indruk heeft dat er met zijn klacht ernstig wordt omgesprongen.

Discussie

IS HET AL DAN NIET NUTTIG OM VRAGENLIJSTEN OVER HOESTEN, BUIKPIJN EN HOOFDPIJN TE LATEN INVULLEN DOOR DE PATIËNT ALVORENS DE ARTS TE CONSULTEREN?

Vanuit het standpunt van de patiënten

De vragenlijsten werden positief onthaald door de meerderheid van de patiënten die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Ze vonden het een interessante tool om zelf stil te staan bij hun aandoening en geeft hen een bredere kijk op de mogelijke oorzaken. Ook al vond de meerderheid het een interessante tool, toch moeten we de bedenking maken dat de

vragenlijsten de patiënt (nodeloos) zouden kunnen doen paniekeren. Dit doordat de vragenlijsten uitgebreid samengesteld zijn en polsen naar symptomen van soms ernstig onderliggende ziekten die vaak niet van toepassing zijn op de huidige aandoening van de patiënt. Alsook bestaat het gevaar dat patiënten verkeerde informatie kunnen verkrijgen door hun positieve antwoorden te gaan 'googelen' voor ze de arts raadplegen. Een minderheid vond de vragenlijsten te uitgebreid en overbodig voor hun aandoening uitgaande van het idee 'het is maar …een hoestje'. Het is net bij deze patiënten belangrijk breder te gaan bevragen om onderliggende ernstige oorzaken te kunnen uitsluiten en niet mee te gaan in het verhaal van een onschuldig banaal kwaaltje.

Ook vond de meerderheid van de patiënten dat de consultatie vlotter verliep met de vragenlijsten omdat ze de lijsten als een soort leidraad voor het consult beschouwden. Een enkele patiënt was van mening toegedaan dat de lijsten indruisen tegen het principe van "mijn huisarts" nl. dat de relatie tussen arts en patiënt in wezen is gebaseerd op praten, praten en praten met elkaar. Deze opmerking vond ik zeer zeker terecht. De arts – patiënt relatie is gebaseerd op verbale communicatie en het is zeker niet de bedoeling dat de vragenlijsten dit zouden vervangen. Juist daarom moeten we de vragenlijsten beschouwen als een extra hulpmiddel bij de anamnese en zeker niet als een vervangmiddel voor de anamnese 'face to face'.

Een kleine meerderheid dacht dat de diagnose beter gesteld werd juist doordat de vragenlijsten uitgebreid waren opgesteld. De lijsten gaven het vertrouwen en de geruststelling aan de patiënt dat er door hun arts niets over het hoofd werd gezien. Deze gedachte heeft misschien wel een positieve weerslag op de therapietrouw maar dit kunnen we niet met zekerheid concluderen gezien dit niet werd onderzocht.

Vanuit het standpunt van de artsen

Voor de artsen werden de vragenlijsten beschouwd als een interessante checklist waardoor belangrijke elementen niet over het hoofd werden gezien. Wederom is het belangrijk dat de lijsten worden gezien als een hulpmiddel en niet als een vervangmiddel voor de anamnese. Wat betreft het verloop van de consultatie vonden de artsen de vragenlijsten een meerwaarde hebben. Er werd in kortere tijd meer informatie over de klacht van de patiënt ingewonnen waardoor betere diagnoses werden gesteld. Gezien de lijsten bestaan uit ja/neen vragen, is het voor de arts interessant om de anamnese op te bouwen a.d.h.v. de vragen waarop positief werd geantwoord. Of de diagnosen effectief beter werden gesteld is niet nagegaan. Het ging

hier louter over het subjectieve gevoel van de artsen. Wel heeft iedere arts zijn eigen patroon van consultvoeren en de vragenlijstenlijsten gaven daar geen meerwaarde aan.

Bedenkingen bij het onderzoek

Vooreerst heeft er maar een heel klein percentage van onze totale patiëntenpopulatie deelgenomen aan het onderzoek t.t.z. 4,62% van de patiënten die zich online inschreef. Daarenboven is de patiëntenpopulatie dat online een consult vastlegt maar een fractie van de totale patiëntenpopulatie. Dit heeft als gevolg dat de resultaten van het onderzoek misschien niet veralgemeend kunnen worden. Hadden we dan niet beter een andere onderzoeksmethode gekozen waarbij de vragenlijsten voor iedereen vrij ter beschikking lagen in de praktijk? Zo zouden er meer patiënten de kans krijgen deel te nemen aan het onderzoek. Alsook zouden de patiënten niet zelf een lijst moeten afdrukken. Dit was misschien ook een reden om niet mee te werken aan het onderzoek. Aanvullend kunnen we de bedenking maken dat de patiënten die een huisbezoek aanvragen met als klacht buikpijn, hoofdpijn of hoesten een belangrijke patiëntenpopulatie zou kunnen zijn. Hierbij gaat het vaak over poly-gemediceerde ouderen met een multipathologie en een uitgebreide medische voorgeschiedenis waardoor het stellen van een diagnose complexer wordt en dus het differentieel diagnostisch denken belangrijker wordt. Dit zou van hen een interessante onderzoekspopulatie maken voor het gebruik van de vragenlijsten. Wel moet men rekening houden dat in die populatie meer mensen met dementie en visusstoornissen voorkomen wat dan weer de mogelijkheid om adequaat een vragenlijsten in te vullen bemoeilijkt.

Een tweede belangrijke bedenking die we moeten onder ogen zien is dat een belangrijk deel van de patiëntenpopulatie niet in het onderzoek werd opgenomen. Met name de patiëntenpopulatie die zich online inschreef voor een consult met als klacht hoesten, hoofdpijn of buikpijn maar geen lijst heeft ingevuld. Wat was hun reden hiervoor? Geen tijd? Geen interesse? Geen printer? Teveel inspanning vereist? Geen weet van het onderzoek? Te ziek? Het idee “toch niet weer een vragenlijst”? Door het niet bevragen van deze patiëntenpopulatie is het mijn inziens niet correct definitieve conclusies te trekken over het al dan niet nuttig zijn van de vragenlijsten voor de patiënt.

Een derde bedenking gaat over de evaluatie van het onderzoek. De opgestelde evaluatieformulieren voor de patiënten polsen vooral naar het gebruik van de lijsten maar niet zozeer naar het psychologische rond het invullen van vragenlijsten. We hadden er beter naar

gevraagd om het onderzoek completer te maken. Vragen zoals: Maakte u zich meer zorgen nadat u de vragenlijst had overlopen? Vind u dit soort vragenlijsten een plaats hebben in de huisartsgeneeskunde? Zou u liever hebben dat uw huisarts deze vragen stelt i.p.v. van de lijst zelf in te vullen? Vindt u deze manier van werken niet te onpersoonlijk omdat de vragen voor iedereen gelijk zijn?

Bedenkingen bij de vragenlijsten

Een eerste opmerking dat we hierbij kunnen maken is dat de vragenlijsten vooral bestaan uit, al dan niet teveel, vragen gericht op een onderliggende somatische oorzaak. Er werden misschien te weinig vragen gesteld in het kader van psychosomatiek t.t.z. psychische factoren en emoties rond een klacht en teveel over het somatische waardoor het daaruit vloeiend beleid zou kunnen tekortschieten in vergelijking met de noden van de patiënt. Uiteraard is het de taak als arts deze emotie rondom klachten te bevragen tijdens de anamnese maar het is niet de bedoeling dat deze vragenlijsten de anamnese volledig vervangen. Aanvullend kunnen we ons afvragen of de vragen naar medicatie en (familiale) medische voorgeschiedenis wel nodig waren. De antwoorden op deze vragen zouden we normaliter terug moeten vinden in het elektronisch medisch dossier.
M.a.w. werden de vragenlijsten toch niet te eenzijdig en te uitgebreid opgesteld? Zouden we de huidige vragenlijsten niet kunnen inkorten zodat we kunnen polsen naar de psychosomatiek alsook de belangrijkste somatische oorzaken en toch nog een meerwaarde bieden voor de arts in het kader van differentieel diagnostisch denken? Het is volgens mij een moeilijke evenwichtsoefening tussen enerzijds voldoende informatie vergaren voor de arts en anderzijds de patiënt niet teveel te belasten met het laten invullen van de vragenlijsten en de daaruit vloeiende ongemakken.

Achteraf kunnen we ons de heel kritische vraag stellen of het onderzoek in zijn geheel wel nuttig was. Wordt er niet van elke arts verwacht dat hij voldoende opgeleid is zodat dergelijke vragenlijsten dan overbodig worden? Zou elke arts niet geleerd moeten hebben niet te “freezen” ? Zou elke arts niet geleerd moeten hebben de alarmsymptomen te bevragen alsook differentieel diagnostisch te denken en te bevragen?

Besluit

Algemeen kunnen we uit het onderzoek besluiten dat het gebruik van de vragenlijsten een meerwaarde heeft voor de artsen. Zij komen in kortere tijd meer te weten over de klachten van hun patiënt en kunnen de lijsten gebruiken als checklist om het kokerdenken of freezen te vermijden. Daar tegenover staat dat de vragenlijsten voor de patiënt zowel positieve als negatieve effecten kunnen teweeg brengen. Enerzijds is er de vragenlijst als leidraad bij de anamnese en als verheldering voor de klacht van de patiënt. Alsook geeft het de patiënt vertrouwen dat hij uitvoerig bevraagd geweest is en dat de diagnose correct is. Anderzijds zou er bijvoorbeeld paniek kunnen gezaaid worden bij de patiënt juist omdat de lijsten te uitgebreid zijn opgesteld en niet persoonlijk zijn afgestemd op de patiënt. Ons onderzoek belicht vooral de positieve effecten van de vragenlijsten op de patiënt zodat het voorbarig zou zijn definitieve besluiten te trekken over het effect van vragenlijsten op de patiënt. Extra onderzoek naar het effect van vragenlijsten op de patiënt is dus zeker nodig. Toch zullen we de lijsten, mits aanpassingen, implementeren in de praktijk met als doel de arts te helpen in zijn differentieel diagnostisch denken en dus de lijst te beschouwen als hulpmiddel bij de anamnese. Aangezien de vragenlijsten facultatief zijn, is het mogelijk voor de patiënt er van af te zien.

Referenties

1. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ, Ferrari MD. Hoofdpijn in de klinische praktijk. Maarn: Prelum; 2006.
2. C Truyers, S Elli, F Buntinx. Meest voorkomende nieuwe diagnosen in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Internet site agentschap zorg en gezondheid. Beschikbaar via http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen/Meest-voorkomende-nieuwe-diagnosen-in-de-Vlaamse-huisartspraktijk/
3. S Coenen, P Van Royen, K Van Poeck, J Michels, P Dielemans, S Lemoyne, et al. Acute hoest. Huisarts Nu 2002, 31(8): 391-411.
4. S Leconte, D Paulus, J Degryse. Aanhoudende hoest bij kinderen. Huisarts Nu 2009, 38(3): 97-115.
5. Gieteling MJ, Van Dijk PA, De Jonge AH, Albeda FW, Berger MY, Burgers JS, et al. Buikpijn bij kinderen. Huisarts Wet 2012, 55(9): 404-9.
6. H de Vries, MK van Alphen, SA de Beer, D de Jong. Acute buikpijn. Huisarts Wet 2003, 46(10): 569-573.
7. HE van der Horst, IWM Muris, P Pop. Chronische buikpijn. Huisarts Wet 2003, 46(11): 627-632.
8. Maria LS Westergaard, Timothy J Steiner, E Anne MacGregor, Fabio Antonaci, Cristina Tassorelli, Dawn C Buse, et al. The Headache Under-Response to Treatment (HURT) Questionnaire: Assessment of utility in headache specialist car. Cephalalgia 2012, 33(4): 245-255.
9. E Van Leeuwen, K Paemeleire, P Van Royen, M Goossens, K Dirven. Aanpak van migraine in de huisartsenpraktijk. Huisarts Nu 2010, 39(2).
10. Dekker F, Van Duijn NP, Ongering JEP, Bartelink MEL, Boelman L, Burgers JS, et al. Hoofdpijn. Huisarts Wet 2014, 57(1): 20-31.
11. G.J. Kloens, M.A. de Boer-Sonnenschein, E. Labree, A.C. Huisman-van der Valk, G. van Duijn. Diagnostiek en indicatiestelling met behulp van vragenlijsten in de huisartsenpraktijk.
12. Arietta Spinou, Surinder S. Birring. An update on measurement and monitoring of cough: what are the important study endpoints? J Thorac Dis. 2014, 6(7): S728–S734.
13. TOH de Jongh, H de Vries, HGLM Grundmeijer. Diagnostiek van alledaagse klachten. 2de herziene druk. Houten: Springer; 2007.
14. EM de Croon, K Nieuwenhuijsen, NIR Hugenholtz, FJH van Dijk. Drie vragenlijsten voor diagnostiek van depressie en angststroornissen. TBV 2005, 13(4): 98-103.
15. B Boland, T Christiaens, G Goderis, F Govaerts, H Philips, F Smeets, et al. Globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu 2007, 36(7).
16. J Michels, A Demulder, K Dirven, M Goossens, A Janssen, K Jochmans, et al. Orale Anticoagulatietherapie. Huisarts Nu 2010, 39(1).
17. Verheij ThJM, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP, et al. Acuut hoesten. Huisarts Wet 2011, 54(2): 68-92.

Bijlagen

Bijlage 1: Hoesten

HOESTEN

NAAM:
……
……

LEEFTIJD: …….. jaar

(OMCIRKEL HET ANTWOORD)

DUUR VAN DE HOEST

- Minder dan 3 weken? **JA / NEE**
- Langer dan 3 weken? **JA / NEE**

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

- Bent U gekend met COPD? **JA / NEE**
- Bent U gekend met ASTMA? **JA / NEE**
- Bent U gekend met HARTFALEN? **JA / NEE**
- Bent U gekend met een ALLERGIE (huisstofmijt, hond, kat, grassen,..) ? **JA/NEE**

MEDICATIE

- Neemt u een van volgende medicijnen?
  - ACE-inhibitor (Renitec,Lisinopril, Zestril, Coversyl, Perindopril, Tritace,…)? **JA / NEE**
  - AT-II-inhibitor (Atacand, Aprovel, Cozaar, Loortan, Losartan, Belsar, Olmetec, Kinzalmono, Micardis, Diovane, Valsartan,…)? **JA / NEE**

FREQUENTIE VAN DE HOEST

- Is dit de eerste maal dat u een hoest heeft van die aard? **JA / NEE**
- Heeft u een hoest van die aard wel vaker? **JA / NEE**

AARD VAN HOESTEN

- Is het een droge hoest? **JA / NEE**
- Hoest u slijmen op? **JA / NEE**
- Hoest u bloed op? **JA / NEE**
- Moet u meer hoesten bij neerliggen? **JA / NEE**
- Heeft u hoestbuien met braken? **JA / NEE**
- Is het een blaffende hoest? **JA / NEE**

AARD VAN ADEMEN

- Bent u korter van adem? **JA / NEE**
  - Zijn de benen meer gezwollen? **JA / NEE**
  - Heeft u pijn in de benen? **JA / NEE**
  - Is uw gewicht toegenomen? **JA / NEE**
- Heeft u een piepende ademhaling? **JA / NEE**
- Heeft u pijn bij inademen? **JA / NEE**
  - Bent u recent gevallen? **JA / NEE**
  - Heeft u recent een slag op de borst/ribben gekregen? **JA / NEE**

MATE VAN ZIEKTE

- Heeft u koorts? **JA / NEE**
- Is uw eetlust normaal? **JA / NEE**
- Bent u meer vermoeid/verward? **JA / NEE**
- Bent u ongewild vermagerd de laatste maanden? **JA / NEE**
- Kan u nog uw dagelijkse activiteiten normaal uitvoeren? **JA / NEE**

BIJKOMENDE SYMPTOMEN

- Heeft u keelpijn? **JA / NEE**
- Heeft u een verstopte neus of neusloop? **JA / NEE**
- Heeft u slijmen achterin de keel? **JA / NEE**
- Heeft u pijn aan de kaken of rond de ogen? **JA / NEE**
- Heeft u hoofdpijn? **JA / NEE**
- Bent u hees? **JA / NEE**
- Heeft u spierpijnen? **JA / NEE**
- Heeft u soms rillingen? **JA / NEE**
- Heeft u last van maagpijn of zure oprispingen? **JA / NEE**
- Heeft u zich recent verslikt? **JA / NEE**
- Heeft u het gevoel dat er iets in de keel zit? **JA / NEE**

OMGEVINGSFACTOREN

- Rookt u of wordt er gerookt in uw omgeving? **JA / NEE**

- Bent u in contact geweest met toxische stoffen? **JA / NEE**
- Bent u in contact geweest met zieke vogels, geiten, schapen, koeien? **JA / NEE**
- Bent u op reis geweest ? **JA / NEE**

Bijlage 2: Buikpijn

BUIKPIJN

NAAM:
……
……

LEEFTIJD: …….. jaar

(OMCIRKEL HET ANTWOORD)

DUUR VAN DE BUIKPIJN

- Minder dan 1 week? **JA / NEE**
- Meer dan 1 week? **JA / NEE**

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

- Heeft u reeds een ingreep aan de buik ondergaan? **JA / NEE**
- Bent u gekend met een darmaandoening? **JA / NEE**
- Heeft u suikerziekte/diabetes? **JA / NEE**
- Zijn er familieleden met een darmziekte/darmkanker? **JA / NEE**

MEDICATIE

- Neemt u mediatie? **JA / NEE**
    - Pijnstillende medicatie? **JA / NEE**
    - Vitaminen of ijzersupplementen? **JA / NEE**

FREQUENTIE

- Is dit de eerste maal dat u buikpijn heeft van die aard? **JA / NEE**
- Heeft een buikpijn van die aard wel vaker? **JA / NEE**

AARD VAN DE BUIKPIJN

- Is de buikpijn plots ontstaan? **JA / NEE**
- Is de buikpijn langzaam ontstaan? **JA / NEE**
- Is de buikpijn constant aanwezig? **JA / NEE**
- Komt de buikpijn op in aanvallen? **JA / NEE**
- Is er meer buikpijn bij bewegen? **JA / NEE**
- Heeft u een drang constant te moeten rondlopen? **JA / NEE**
- Is de pijn ontstaan na een val of stoot in de buik? **JA / NEE**

LOKALISATIE VAN DE BUIKPIJN

- Pijn in over heel de buik? **JA / NEE**
- Pijn in de bovenbuik? **JA / NEE**
- Pijn in de onderbuik? **JA / NEE**
- Pijn in de linker helft van de buik? **JA / NEE**
- Pijn in de rechter helft van de buik? **JA / NEE**
- Straalt de buikpijn uit naar de lies? **JA / NEE**

MATE VAN ZIEKTE

- Heeft u koorts? **JA / NEE**
- Is uw eetlust normaal? **JA / NEE**
- Kan u nog uw dagelijkse activiteiten normaal uitvoeren? **JA / NEE**

MAAG- en DARMSYMPTOMEN

- Bent u misselijk? **JA / NEE**
- Braakt u? **JA / NEE**
    - Is er gal aanwezig? **JA / NEE**
    - Is er bloed aanwezig? **JA / NEE**
    - Is er voeding aanwezig? **JA / NEE**
- Heeft u een opgeblazen gevoel? **JA / NEE**
- Heeft u een brandend gevoel in de bovenbuik/achter borstbeen? **JA / NEE**
- Is er bloed aanwezig in de stoelgang? **JA / NEE**
- Is de consistentie van de stoelgang veranderd? **JA / NEE**
    - Is er diarree? **JA / NEE**
    - Is er harde stoelgang? **JA / NEE**
- Is de frequentie van stoelgang maken veranderd? **JA / NEE**
    - Frequenter stoelgang maken? **JA / NEE**
    - Minder frequent stoelgang maken? **JA / NEE**

URINAIRE SYMPTOMEN

- Heeft u een pijnlijk of branderig gevoel bij plassen? **JA / NEE**
- Moet u frequenter plassen? **JA / NEE**
- Heeft u vaak het gevoel te moeten gaan plassen? **JA / NEE**
- Ziet u bloed in uw urine? **JA / NEE**
- Heeft u een nieuwe pijn in de rug? **JA / NEE**
- Heeft u rillingen? **JA / NEE**

SEXUELE SYMPTOMEN

- Heeft u onveilig gevreeën? **JA / NEE**
- Heeft u ongewild seksuele betrekkingen gehad? **JA / NEE**
- Heeft u zich misbruikt gevoeld? **JA / NEE**
- Heeft u pijn tijdens of na seksuele betrekkingen? **JA / NEE**
- Heeft u (bijna) uw menstruaties? **JA / NEE**
- Is er een kans dat u zwanger bent? **JA / NEE**

BIJKOMENDE SYMPTOMEN

- Heeft u momenteel een luchtweginfectie? **JA / NEE**
- Heeft u nieuwe huidafwijkingen? **JA / NEE**
- Heeft u pijn aan de gewrichten? **JA / NEE**
- Heeft u gewicht verloren de laatste maanden? **JA / NEE**

VOEDINGSGEWOONTEN

- Eet u gevarieerd (groenten, fruit, vezels,…)? **JA / NEE**
- Heeft u een vochtinname van minimum 1,5 liter per dag? **JA / NEE**
- Nuttigt u dagelijks alcohol? **JA / NEE**
- Nuttigt u dagelijks bruisende/koolzuurhoudende dranken? **JA / NEE**
- Drinkt u dagelijks koffie? **JA / NEE**
- Eet u vaak pikante gerechten? **JA / NEE**
- Neemt u drugs? **JA / NEE**
    - Dagelijks? **JA / NEE**
    - Wekelijks? **JA / NEE**

REIZEN

- Heeft u een reis gemaakt naar een middellands zeegebied? **JA / NEE**
- Heeft u een reis gemaakt naar het midden oosten? **JA / NEE**

OMGEVINGSFACTOREN

- Heeft u hoofdpijn? **JA / NEE**
- Heeft u stress op het werk, thuis of op school? **JA / NEE**
- Bent u angstig? **JA / NEE**
- Voelt u zich depressief? **JA / NEE**
- Wordt u gepest? **JA / NEE**

Bijlage 3: Hoofdpijn

HOOFDPIJN

NAAM:
……
……

LEEFTIJD: …….. jaar

(OMCIRKEL HET ANTWOORD)

DUUR VAN DE HOOFDPIJN

- Minuten? **JA / NEE**
- Uren? **JA / NEE**
- Dagen? **JA / NEE**
- Weken? **JA / NEE**

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

- Bent u gekend met migraine? **JA / NEE**
- Bent u gekend met cluster hoofdpijn? **JA / NEE**
- Heeft u recent een slag op het hoofd gekregen? **JA / NEE**
- Zijn er familieleden met hoofdpijn op regelmatige basis? **JA / NEE**
- Bent u gekend met artrose/hernia in de hals? **JA / NEE**
- Heeft u een ingreep ondergaan binnen het neus/keel/oor gebied? **JA / NEE**
    - Aan de hals? **JA / NEE**
    - Aan de neus? **JA / NEE**
    - Aan de keel? **JA / NEE**
    - Aan de oren? **JA / NEE**
    - Aan de sinussen? **JA / NEE**
    - Aan de tanden? **JA / NEE**
    - Aan de ogen? **JA / NEE**

MEDICATIE

- Neemt u pijnstillende medicatie? **JA / NEE**
- Neemt u een triptaan (Sumatriptan/Imitrex...? **JA / NEE**
- Neemt/heeft u een hormonaal anticonceptiva (de pil, spiraal,…)? **JA / NEE**
- Neemt u een antidepressiva? **JA / NEE**

- Neemt u medicatie voor uw hoge bloeddruk? **JA / NEE**
    - Nitraten (Cedocard,Minitran, Nitroderm…)? **JA / NEE**
    - Calcium antagonist (Amlodipine, Amlor, Amlogal, Vasexten, Zanidip, Adalat, Hypan, Nifedipine,..)? **JA / NEE**
- Neemt u Sint - Janskruid? **JA / NEE**

FREQUENTIE VAN DE HOOFDPIJN

- Ervaart u deze hoofdpijn voor de eerste maal? **JA / NEE**
- Komt de hoofdpijn op in aanvallen? **JA / NEE**
- Is de hoofdpijn continu aanwezig? **JA / NEE**

ONTSTAAN VAN DE HOOFDPIJN

- Is de hoofdpijn plots ontstaan? **JA / NEE**
- Is de hoofdpijn langzaam ontstaan en wordt deze progressief erger? **JA / NEE**

MATE VAN ZIEKTE

- Heeft u koorts? **JA / NEE**
- Is uw eetlust normaal? **JA / NEE**
- Bent u meer vermoeid/verward? **JA / NEE**
- Bent u ongewild vermagerd de laatste maanden? **JA / NEE**
- Kan u nog uw dagelijkse activiteiten normaal uitvoeren? **JA / NEE**
- Komt u ’s nachts wakker van de hoofdpijn? **JA / NEE**

LOCALISATIE VAN DE HOOFDPIJN

- Voorhoofd? **JA / NEE**
- Achterhoofd? **JA / NEE**
- Een zijkant van het hoofd? **JA / NEE**
- Beide zijkanten van het hoofd? **JA / NEE**
- Rond een of beide ogen? **JA / NEE**
- Rond het oor? **JA / NEE**
- Bandvormige pijn ronde het hoofd? **JA / NEE**

AARD VAN DE HOOFDPIJN

- Drukkende pijn? **JA / NEE**
- Knellende pijn? **JA / NEE**
- Bonzende pijn? **JA / NEE**
- Scherpe pijn? **JA / NEE**
- Brandende pijn? **JA / NEE**
- Variabel? **JA / NEE**

GEDRAG TIJDENS DE HOOFDPIJN

- Wilt u bewegen tijdens de hoofdpijn? **JA / NEE**
- Wilt u in een donkere stille kamer zijn tijdens de hoofdpijn? **JA / NEE**

UITLOKKENDE FACTOREN VAN DE HOOFDPIJN

- Heeft u (binnenkort) uw menstruaties? **JA / NEE**
- Drinkt u vaak alcohol? **JA / NEE**
- Neemt u drugs op regelmatige basis? **JA / NEE**
- Drinkt u vaak cola? **JA / NEE**
- Drinkt u vaak koffie? **JA / NEE**
- Drinkt u vaak thee/ice tea? **JA / NEE**
- Drinkt u vaak energydranken? **JA / NEE**
- Eet u vaak chocolade? **JA / NEE**
- Heeft u een opgejaagd gevoel (stress) door werk/school/thuis? **JA / NEE**
- Bent u vermoeid? **JA / NEE**

AFWIJKINGEN VAN HET OOG

- Is er een daling van uw zicht? **JA / NEE**
- Ziet u dubbel? **JA / NEE**
- Zijn uw oogbewegingen pijnlijk? **JA / NEE**
- Heeft u een rood oog? **JA / NEE**
- Tranen uw ogen? **JA / NEE**
- Is uw ooglid gezwollen? **JA / NEE**
- Is een van uw oogleden meer gedaald dan het andere? **JA / NEE**
- Voelt u een druk achter het oog? **JA / NEE**

AFWIJKINGEN IN HET NEUS KEEL OORGEBIED

- Heeft u neusloop of neusverstopping? **JA / NEE**
- Is er een verandering in geursensatie? **JA / NEE**
- Heeft u een druk rond de ogen? **JA / NEE**
- Hoest u? **JA / NEE**
- Heeft u slijmen in de keel? **JA / NEE**
- Heeft uw pijn aan uw kaakgewricht bij mondbewegingen? **JA / NEE**

NEUROLOGISCHE AFWIJKINGEN

- Heeft u recent nekpijn of ben recent u stijf aan de nek? **JA / NEE**

- Is er een gedaald bewustzijn? **JA / NEE**
- Heeft u minder spierkracht? **JA / NEE**
- Heeft u ergens een gedaald gevoel? **JA / NEE**
- Bent u duizelig? **JA / NEE**
- Heeft u moeten braken? **JA / NEE**
- Bent u gevoelig voor geluid of licht? **JA / NEE**

Bijlage 4: Enquête voor de patiënt:

ENQUETE VOOR PATIENT:

Zijn de vragen eenduidig, duidelijk en gemakkelijk in te vullen?

Welke vragen begrijpt u niet *(omcirkel de vraag in de lijst)* ?

Vind u het invullen van de vragenlijst nuttig in uw geval? Waarom?

Verloopt de consultatie vlotter door deze vragenlijst in te vullen? Waarom?

Denkt u dat de diagnose beter gesteld is door het invullen van de vragenlijst?

Vind u het invullen van de lijsten een overbodige last? Waarom?

Vind u het concept t.t.z. het invullen van vragenlijsten over bepaalde klachten goed zodat u daar in toekomst opnieuw zou aan deelnemen?

Bijlage 5: Enquête voor de arts

ENQUETE VOOR ARTS:

Vindt u het nuttig de vragenlijsten te laten invullen door de patiënt alvorens de arts te consulteren?

Vind u de vragenlijsten te uitgebreid?

Vind u de vragenlijst een meerwaarde voor het stellen van de diagnose?

Vind u het overlopen van de vragenlijst met de patiënt tijdrovend of tijdsparend voor het verloop van het consult?

Is de vragenlijst een positief element voor het consultatiemoment ?

Opmerkingen:

……

……

……

……

Bijlage 6: Informatie en toestemmingsformulier voor de patiënt

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

TITEL : VRAGENLIJSTEN OVER FREQUENT VOORKOMENDE KLACHTEN, VOORAF IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT. EEN PLAATS IN DE HUISARTSENPRAKTIJK?

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van zijn master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Nicolas Busschaert een onderzoek naar het gebruik van vooraf door de patient in te vullen vragenlijsten over hoesten,hoofdpijn en buikpijn in onze praktijk. Dit onderzoek gebeurt in de periode van juni 2014 tot en met april 2015 onder toezicht van de Universiteit Gent.

We willen nagaan in onze praktijk of het invullen van die vragenlijsten door de patiënt het werk eenvoudiger, efficiënter, vlugger verloopt alsook meer correcte diagnosen worden gesteld.
Deze gegevens zullen dan ook getoetst worden aan de hand van de bestaande richtlijnen omtrent het gebruik van vragenlijsten. De meerwaarde van dit onderzoek kan dus zijn dat er vlugger en efficiënter kan worden gewerkt in de praktijk en sneller een correcte diagnose wordt gesteld. De uiteindelijke doelstelling van dit onderzoek, is om deze vragenlijsten effectief te implementeren in de praktijk.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Nicolas Busschaert

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: ……..

1. Ik bevestig dat Dr.....……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening……..
Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum…… Handtekening……..
Informerende arts