

*Philip Gooris, Jan Robrechts, Luc Seuntjens,
Roeland Verstraeten, Bea Vermeyen*

**Gericht labo-onderzoek bij
verdenking op leverlijden**
Handleiding voor de moderator

Handleidingen voor Kwaliteitsbevordering, 6

*Antwerpen
Herziene versie 2006*

Domus Medica vzw – Afdeling Kwaliteitsbevordering

BELANGRIJK!

Het is niet de bedoeling dat dit programma schools wordt gevolgd. Het is wel de bedoeling dat de deelnemers een idee krijgen hoe ze aan kwaliteitsbevordering in hun praktijk kunnen doen. Peer-review onder collega's is hiertoe een ideale basis.

Veel succes!!

Dit document wordt beschreven als:

Gooris P, Robrechts J, Seuntjens L, Verstraeten R, Vermeyen B. *Gericht labo-onderzoek bij verdenking op leverlijden. Handleiding voor de moderator*. Antwerpen: Domus Medica, 2006 (Handleidingen voor Kwaliteitsbevordering, 6).

Deze handleiding dateert van 1999, en werd herzien in april '02, jan. '05 en aug. '06.

INHOUD

1. DOEL.....	4
2. TAKEN VAN DE MODERATOR.....	4
A. Voorbereiding van de LOK-vergadering.....	4
B. Het programma zelf.....	5
• ALGEMEEN	5
1. Voorbereiding voor de start van het programma	5
2. Tijdschema van het programma	5
3. Voorstelling van expert en toelichting bij het programma	5
4. Casuïstiek.....	6
5. Conclusies en consensus.....	6
6. Evaluatie.....	6
• CASUÏSTIEK	7
3. DIA'S/ TRANSPARANTEN	13
4. OVERZICHT VAN DE BIJLAGEN.....	13
5. LITERATUUR.....	13
Bijlage 1.....	14
Bijlage 2.....	15
Bijlage 3.....	17
Bijlage 4a.....	19
Bijlage 4b.....	20

1. DOEL

Het doel van deze vergadering is kwaliteitsbevordering binnen het domein van de labo-diagnostiek bij enkele courante leveraandoeningen.

Labo-diagnostiek start bij een goede en rationele keuze van een aantal laboratoriumtesten, en wordt vervolgd met een correcte interpretatie van deze testen. Dit is vaak niet voor de hand liggend.

Een LOK-vergadering is een perfecte basis om interactief met collega's en een aanwezig expert-specialist casuïstiek te behandelen. We houden hierbij rekening met de bestaande richtlijnen. We proberen een "lokale" consensus te bereiken die voor elke LOK-deelnemer een houvast kan betekenen in de dagdagelijkse labo-diagnostiek van leverlijden.

2. TAKEN VAN DE MODERATOR

A. Voorbereiding van de LOK-vergadering

- Van de moderator wordt verwacht dat hij het programma leidt. Hij bewaakt de timing en het verloop van de discussies. Daarom is het aangewezen dat moderator- en expertfunctie door twee verschillende collegae uitgevoerd worden.
- De expert kan een hepatoloog/internist, of een klinisch bioloog zijn, of kan ook een huisarts zijn die zich gespecialiseerd heeft in de materie.
- Het is belangrijk om samen met de expert het programma en de casuïstiek vooraf door te nemen. We hebben een aantal typische casussen voorbereid, maar het is een winstpunt als de LOK-deelnemers eigen casuïstiek meebrengen. Dit moet dan goed op voorhand in de uitnodiging worden vermeld. De deelnemers van hun kant moeten op voorhand hun casus bespreken met de moderator, zodat deze de casus in het programma kan integreren. (Let op: max. 6 à 7 casussen voor één vergadering).
- Bij de [literatuur](#) vindt u teksten waaruit expert en moderator kunnen putten.
- Het is de bedoeling dat de deelnemers werken met hun eigen labo-aanvraagformulieren. Vraag hen op voorhand om een vijftal exemplaren mee te brengen.
- Casus 2 biedt de mogelijkheid om te werken d.m.v. een diagnostisch landschap. Uitleg hierover vindt u in [bijlage 2](#). Bedoeling is om de deelnemers op een eenvoudige manier met medische beslissonde te laten kennismaken. Het staat de moderator vrij om dit "intermezzo" al dan niet te integreren in de vergadering.

Praktische aspecten

- Het programma is geschikt voor een groep van max. 20 deelnemers.
- De duur van het programma is ongeveer 2 uren. Naarmate de groep groter wordt, duurt het programma langer.
- Kies een ruimte die voldoende groot is. Het programma voorziet immers dat er in kleinere groepjes van 3 à 4 collegae wordt gewerkt.
- Zorg voor een beamer voor de powerpointpresentatie in bijlage.
- Een flip-over of een bord is handig voor het noteren van de resultaten.
- Voorzie blanco papier zodat uw deelnemers een en ander kunnen noteren.
- Stuur/mail goed op voorhand een [uitnodiging](#) aan alle deelnemers.
- Omdat wij dit programma goed willen afstemmen op de gebruikers, is het noodzakelijk dat zowel moderator als deelnemers het evaluatieformulier invullen. Deze formulieren vindt u in [bijlage 3a](#) en [bijlage 3b](#). Kopieer bijlage 3b naargelang het aantal deelnemers dat u verwacht.

B. Het programma zelf

• ALGEMEEN

1. Voorbereiding voor de start van het programma

Installeren van beamer, projectiescherm, tafels schikken voor groepjes van 3 à 4 personen, ...

2. Tijdschema van het programma

Hieronder vindt u een tijdschema van het ganse programma:

	Tijd	Verantwoordelijke	Forum	Inhoud
Inleiding	20'	Moderator en expert	plenum	1. Voorstelling programma en expert. 2. Expert: epidemiologie
Oefenen met casussen 1	30'	groepjes met verslaggever	groepjes	1. Zin en onzin van screening 2. Differentiaal diagnostiek bij vermoeden van leverlijden. Oefening met diagn.landschap.
Plenaire discussie 1	15'	expert	Plenum	Rapportage uit groepen, discussie over knelpunten, vragen
Oefenen met casussen 2	30'	groepjes met verslaggever	groepjes	1. Hepatitis 2. Medicamenteus gestoorde levertesten 3. Mononucleosis infectiosa 4. Icterus
Plenaire discussie 2	20'	expert	plenum	Rapportage uit groepen, discussie over knelpunten, vragen
Conclusies	10'	moderator	plenum	Algemene conclusies voor de praktijk worden samengevat in een kort verslag.
Evaluatie	5'	moderator	plenum	Expert wordt bedankt. Evaluatieformulieren ingevuld

3. Voorstelling van expert en toelichting bij het programma

Het programma start met de voorstelling van de collega-expert.

De moderator licht de doelstellingen van dit programma toe, en overloopt het programma van de LOK-vergadering (*dia 2*).

De expert kan hier een korte toelichting geven over de epidemiologie van leveraandoeningen (*dia 3*).

4. Casuïstiek

De moderator vraagt aan de deelnemers om zich in kleine groepjes te verdelen. De groepjes mogen uit maximum 4 deelnemers bestaan. Per groepje maakt iemand een verslag.

De casuïstiek werd gegroepeerd: het is de bedoeling dat eerst casus 1 en 2 binnen de groepjes worden besproken. Hierna is er een plenumbespreking over deze 2 casussen. Daarna volgen casussen 3, 4, 5 en 6. Daarna volgt er een plenumbespreking aangaande deze 4 laatste casussen.

Tijdens de plenumbesprekingen kan er worden getoetst aan de huidig geldende aanbevelingen (zie onder literatuur).

Elke casus wordt afzonderlijk voorgesteld d.m.v. de bijgeleverde powerpointpresentatie. De moderator zorgt ervoor dat de casusbesprekingen binnen de toegelaten tijd blijven.

Casuïstiek deel 1:

Bij **casus 1** (*dia 4*) wordt een discussie opgezet over de volgende vragen:

Wie moet gescreend worden?

Welke labotesten zijn aangewezen in geval van screening van leverpathologie?

Casus 2 (*dia 8*) staat stil bij de differentiaal diagnostiek:

In de nieuwe besliskundige terminologie spreekt men over het opstellen van een diagnostisch landschap. Stel, samen met de deelnemers, een diagnostisch landschap op.

Bereid u hierop voor m.b.v. [bijlage 2](#). Geef uw LOK-deelnemers vóór het oplossen van de casus een kleine inleiding over het diagnostisch landschap (*dia 5, 6, 7*).

Is labo-onderzoek aangewezen?

Welk labo-onderzoek zou u bij deze patiënt aanvragen?

Casuïstiek deel 2:

Casus 3 t.e.m. 6 (*dia's 8 t.e.m. 11*) handelen over meer specifieke thema's:

- Hepatitis
- Medicamenteus geïnduceerde leverstoornis
- Mononucleosis infectiosa en hepatitis
- Icterus

Uit de plenaire discussies worden de belangrijkste conclusies genoteerd.

5. Conclusies en consensus

De moderator overloopt de conclusies die haalbaar zijn voor de praktijk. Deze conclusies vormen de basis van een consensustekst die later via mail aan de deelnemers bezorgd wordt. Dit is een taak voor de verslaggever van de LOK.

6. Evaluatie

Uw mening over deze handleiding is voor ons belangrijk: op die manier kunnen we ingaan op eventuele wensen of opmerkingen, om zo het pakket nog optimaler te maken. Wij willen daarom aandringen op het invullen van de evaluatieformulieren, zowel door de moderator als door de deelnemers. U kunt deze formulieren terugsturen naar het secretariaat van de Domus Medica door middel van de bijgevoegde briefomslag (nb: indien handleiding via download vanaf Domus-website werd verkregen, dan is geen briefomslag beschikbaar. Toch willen we vragen voornamelijk de evaluaties per gewone post naar ons te verzenden).

• CASUÏSTIEK

C a s u s 1 :

(dia 3)

Frans, een man van 44 jaar, medisch afgevaardigde, zonder noemenswaardige anteceden-
ten, vraagt een algemeen preventief onderzoek.

Hij doet actief aan sport.

Familiale hypercholesterolemie.

Hij is nuchter op de raadpleging gekomen en verwacht een bloedonderzoek.

Vraagstelling

Welke analyses zou u aanvragen?

In welke omstandigheden is de bepaling van leverenzymen te verdedigen?

C a s u s 2 :

(dia 7)

Leo, 55 jaar, komt op de raadpleging met vage klachten van vermoeidheid, niet vooruit kunnen. Hij klaagt van diffuse pijnen in de ledematen. Deze asthenieklachten zijn zowat 8 weken geleden begonnen.

Sinds enkele weken epigastrische last, niet correlerend met de maaltijd.

KO: BD 135/85; nl. VAG, nle harttonen, nle conjunctivae. Soepel abdomen, lever palpabel 1 cm onder de ribbenboog, nle peristalsis, gevoelig epigastrium, geen organomegalieën. Nle perifere pulsaties OL, geen adenopathieën.

Vraagstelling

Noteer de eerste vijf mogelijke diagnoses.

Stel een diagnostisch landschap op.

Vul het labo-formulier in.

Vraagt u levertesten aan? Zo ja, welke?

C a s u s 3 :

(dia 8)

Jan, 36 jaar, heeft op 22-jarige leeftijd “het geel” doorgemaakt.
Hij komt nu consulteren met de vraag of hij inderdaad een virale hepatitis heeft doorgemaakt en of hij drager van het virus is: een vriend van hem wordt behandeld voor persisterende hepatitis B.

Vraagstelling

Welke serologie zou u hier aanvragen?

Welke serologie bij tekens van acute infectie?

Wanneer denkt u aan een hepatitis B, resp. –C infectie?

C a s u s 4 :

(dia 9)

Christiane, een 67-jarige dame met een psychiatrische voorgeschiedenis en polymedicatie, raadpleegt u voor een routine bloedcontrole.

Chronische medicatie: atenolol 25 mg/d, lorazepam 1 mg/d, simvastatine 20 mg/d, redomex diff 25 mg/d.

Het klinisch onderzoek (ook abdominaal) is perfect normaal.

Vraagstelling

Zou u hier levertesten aanvragen? Zo ja, welke?

Welke geneesmiddelen kunnen leverstoornissen veroorzaken?

C a s u s 5 :

(dia 10)

Kris, een 17-jarig meisje, komt op de raadpleging met keelpijn en vermoeidheidsklachten sinds 2 dagen. Zij wordt behandeld met antipyretica en een hoeststillend middel.

Na een week contacteert ze u terug, met toegenomen klachten van hoofdpijn, keelpijn, klieren en vermoeidheid. U stelt tonsillitis vast. Er zijn duidelijke adenopathieën te voelen in de halsstreek. Bij abdominaal onderzoek is de leverrand gevoelig en 1 cm onder de ribbenboog, de milt is niet palpeerbaar.

Uw vermoeden gaat sterk in de richting van mononucleosis infectiosa.

Vraagstelling

Zou u hierbij een bloedname verrichten?

Indien ja, welke analyses?

C a s u s 6 :

(dia 11)

Kristien, een 50-jarige dame met gekende diabetes mellitus type 2, raadpleegt i.v.m. nausea, aanslepende epigastrische buiklast na de maaltijd en een opgeblazen gevoel.

Haar huidige therapie: Metformine 850 mg 1/d.

Bij klinisch onderzoek vallen discreet gele sclerae op, een normale leverrand onder de ribbenboog, en een gevoelig galblaaspunt: positieve McMurphy. Haar temperatuur: 36,9°.

Vraagstelling

Labo?

Hoe kan je de verschillende typen icterus onderscheiden (prehepatisch, hepatisch, posthepatisch)?

Welk type icterus vind je bij de Ziekte van Gilbert? Welke levertesten zijn gestoord?

Ga je inflammatieparameters bepalen?

3. DIA'S/ TRANSPARANTEN

Zie begeleidende powerpoint-presentatie.

Om deze te kunnen openen heeft u een pdf-lezer (vb. Acrobat Reader) nodig. Na het openen van het programma kiest u "Beeld", daarna "Volledig scherm".

Om terug tot het gewone scherm te komen, na het beëindigen van de presentatie, drukt u op "Esc", de knop links boven op uw klavier.

4. OVERZICHT VAN DE BIJLAGEN

- [Bijlage 1](#): uitnodiging LOK-deelnemers
- [Bijlage 2](#): bijkomende informatie betreffende het opstellen van een diagnostisch landschap.
- Bijlage 3: Epidemiologie leverlijden
- Bijlage 4a: evaluatieformulier voor de moderator
Bijlage 4b: evaluatieformulier voor de deelnemers

5. LITERATUUR

- Bijlage 5: De Sutter A, De Maeseneer J. Dokter, er ligt iets op mijn lever... Beleid bij patiënten met leverklachten. HANU 1997; 26(2):47-9,51-7.
Dit artikel toont aan dat een beperkt aantal levertesten meestal voldoende zijn om leveraandoeningen op te sporen.
- NHG-standaard [Virushepatitis en andere leveraandoeningen](#). Huisarts Wet 2000;43(6):268-75. Zie ook <http://nhg.artsennet.nl>
- NHG-standaard [Acute keelpijn](#). Huisarts Wet 1999;42,271-278.
(Als toelichting bij casus 5 over Mononucleosis infectiosa). Zie ook <http://nhg.artsennet.nl>

Uitnodiging LOK-vergadering

Beste LOK-collega's,

Hierbij wil ik u uitnodigen op *<datum>*, voor onze volgende LOK-vergadering over:

Gericht labo-onderzoek bij verdenking op leverlijden

Het doel van deze vergadering is kwaliteitsbevordering binnen het domein van de labo-diagnostiek bij enkele courante leveraandoeningen.

Labo-diagnostiek start bij een goede en rationele keuze van een aantal laboratoriumtesten, en wordt vervolgd met een correcte interpretatie van deze testen. Dit is vaak niet voor de hand liggend.

Een LOK-vergadering is een perfecte basis om interactief met collega's casuïstiek te behandelen. We proberen een "lokale" consensus te bereiken die voor elke LOK-deelnemer een houvast kan betekenen in de dagdagelijkse labo-diagnostiek van leverlijden.

We zullen hierbij worden bijgestaan door *<naam en functie expert>*.

Er zijn een aantal casussen uitgewerkt, maar indien u een eigen casus meebrengt (wat het meest interessante is, en we aldus aanbevelen), dient u deze tijdig door te geven aan de LOK-verantwoordelijke.

NIET VERGETEN: ieder brengt een vijftal exemplaren van zijn eigen labo-aanvraagformulieren mee.

U bent van harte welkom.

Afspraak te *<plaats vergadering>*.

Start: *<uur>*.

Tot dan,

<naam LOK-verantwoordelijke en/of moderator>

Opstellen van differentiaal diagnostiek Diagnostisch landschap

Dia's 4, 5 en 6

Doel

Met de hier voorgestelde werkwijze kan men de deelnemers laten proeven van medische besliskunde: we leren werken met het diagnostisch landschap, weliswaar binnen het kader van het onderwerp van deze handleiding. Casus 2 wordt hiervoor gebruikt.

Motivatie

De huisarts hanteert (onbewust) verschillende efficiënte technieken om tot een bepaalde diagnose te komen.

Twee technieken zijn vooral van belang:

1. De patroonherkenning: een bepaalde set van klachten en klinische tekens passen typisch bij een diagnose. Bijvoorbeeld: psoriatische letsels t.h.v. knieën en ellebogen.
2. Het gericht hypothesen aftasten: bepaalde hypothesen worden gericht afgetast door luisteren en actieve bevraging van de patiënt. Op basis van bestaande evidentie wordt naar nieuwe argumenten gezocht.

We voelen allemaal intuïtief aan dat het ene argument het andere niet is. Het ene argument helpt ons meer opschuiven in de richting van "meer zeker" dan het andere. Terwijl een ander argument ons dan weer meer doet opschuiven in de richting van "erg onwaarschijnlijk". M.a.w. verschillende argumenten hebben verschillende kracht.

Met de techniek van een diagnostisch landschap kan een moderator van een LOK de hypothesen die rond een bepaalde casuïstiek naar voor komen logisch ordenen. Dit geeft collega's de kans om blinde vlekken in hun differentiaal diagnostiek te herkennen.

Methode

Het model dat we hier hanteren is zeer bruikbaar om in een kort tijdsbestek een casus te laten uitwerken in een groep. Er wordt op deze manier niet te diep gegraven in de materie. Besliskunde begrijpen is het makkelijkst als je het ziet en er samen rond denkt.

De methode is niet moeilijk en bestaat uit verschillende logische stappen:

Eerste stap: Geef de eerste gegevens van je casus.

Vb.: Klacht: 6 weken hoest
 Man
 Roker
 51 jaar

(Noteer dit bvb. op een bord of op een slide)

Tweede stap: De verschillende mogelijke diagnoses worden opgeschreven
 Laat de groep de verschillende diagnoses opsommen; noteer deze onder de klacht.

Derde stap: Elke diagnose wordt gescoord

1. naar ernst
2. naar therapeutische mogelijkheden

Diagnosen die als banaal worden beschouwd krijgen +, ernstige ziekten scoren ++++.
Diagnosen met weinig therapeutische kansen scoren +, goed behandelbare ziekten scoren ++++. Zie voorbeeld zes weken hoesten.

Tot slot worden de «plussen » opgeteld: diagnosen met het meeste plussen worden als zeer belangrijk geëvalueerd en moeten het eerst uitgesloten of bevestigd worden; dit zijn diagnosen die we niet willen missen omwille van ERNST of BEHANDELBAARHEID.

Vierde stap: De diagnosen worden in cirkels gerangschikt

Centraal worden de klachten van de patiënt geschreven.
De belangrijkste diagnosen (die we niet mogen missen) worden op de binnencirkel geplaatst.
Dit geeft een visueel beeld van het landschap.

Epidemiologie leverlijden

- De totale incidentie van leveraandoeningen in de huisartspraktijk is ongeveer 1 per 1000 patiënten per jaar. De prevalentie is twee tot drie per 1000 patiënten per jaar. Veelal berust deze aandoening op een virale hepatitis A, B en C, levermetastasen of een beschadiging van de levercellen door alcohol of geneesmiddelen. Zeldzame aandoeningen zijn: auto-immuunhepatitis, α 1-antitrypsinedeficientie, hemochromatose, ziekte van Wilson en non-alcoholische steatohepatitis.¹
- Hepatitis A, B and C virus-infecties zijn de meest voorkomende oorzaken van virale hepatitis.
Hepatitis A: meest frequent type, prevalentie 55%, maar minst ernstig omdat het niet leidt tot chroniciteit. (Transmissieweg: inname van besmet voedsel en indirecte besmetting via handen of voorwerpen).
 In 1991-1992 bedroeg de incidentie van klinische hepatitis A 23/100.000 inwoners. Deze incidentie is fel gedaald t.o.v. 10 jaar eerder, wat wordt toegeschreven aan verbeterde hygiënische, sanitaire en socio-economische omstandigheden.
Hepatitis B: prevalentie HBV 9.9%. In 1991-1992 bedroeg de jaarlijkse incidentie van HBV-infecties in België 6/100.000 inwoners.
Hepatitis C: prevalentie 0.87%
 HBV en HCV komen minder voor, maar kunnen onder fulminante of chronische vorm verschijnen. Chronische ziekte kan evolueren naar cirrose en zelfs leverkanker. (Transmissieweg: seksuele en parenterale contacten).^{2 3}
- Mononucleosis infectiosa: De incidentie van mononucleosis infectiosa wordt geschat op 1 tot 2 per 1000. De infectie komt klinisch het meest frequent voor bij adolescenten en jonge volwassenen; bij kinderen verloopt de infectie vaak asymptomatisch. Vrijwel alle patiënten met MI hebben door een lichte hepatitis een geringe leverfunctiestoornis, welke na vijf à zes weken herstelt.⁴
- Medicamenteuze hepatitis: slechts beperkte gegevens voorhanden. In een community-based hepatology referral service center in de VS vond men bij 0,8% van alle patiënten een zelf-limiterende drug-induced hepatitis⁵. Zeldzaam kunnen reacties zeer ernstig zijn.
 Oorzaken: vooral antibiotica (amoxyclav, minocycline, nitrofurantoin, trimethoprim-sulfamethoxazole, en trovafloxacin), ook statines, amiodarone, halothane (anaesthesie) en isoniazide.

Gemiddelde tijd tot biochemische resolutie na stoppen van het oorzakelijk agens: 14,1 weken.

¹ SAN: <http://formulier.de-san.nl/>, klik op "Inhoud", nr. 15, Leveraandoening.

² Hoge Gezondheidsraad:

http://www.health.fgov.be/CSH_HGR/Nederlands/lijstvanadvies_en_brochures.htm

³ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, via website:

<http://www.iph.fgov.be/keywords.asp?Keyword=hav&Syn=viral%20hepatitis&cTaal=EN&Newquery=Y&Lang=EN> . 2005.

⁴ SAN: <http://formulier.de-san.nl/> , klik op "Inhoud", nr. 17, Mononucleosis infectiosa.

⁵ Galan M, Potts J, Silverman A et al. The Burden of Acute Nonfulminant Drug-induced Hepatitis in a United States Tertiary Referral Center. Journal of Clinical Gastroenterology. 39(1):64-67, Jan. 2005.

- Volgens een Europese studie vragen Belgische artsen in vergelijking met andere Europese landen erg vaak levertesten aan⁶. In België heeft een man tussen 45 en 64 jaar ongeveer 7% kans om geprikt te worden voor levertesten telkens hij zijn huisarts bezoekt.
Alleen in Italië is dit cijfer nog hoger (8%). In Nederland daarentegen ligt dit cijfer rond 2%. Mogelijk kan dit verklaard worden door een slechtere toestand van de Belgische lever, maar mogelijk ook door een tekort aan testen in onze buurlanden? Wordt in België dan vaak onterecht op deze testen een beroep gedaan?
- Verder is algemeen geweten dat hoe meer testen worden aangevraagd, hoe meer afwijkende testen er zijn die klinisch niet significant zijn. Op 10 aangevraagde labo-analysen is er 40% kans dat een van de laboresultaten vals positief is⁷.

⁶ De Sutter A, De Maeseneer J. Dokter, er ligt iets op mijn lever... Beleid bij patiënten met leverklachten. Huisarts Nu 1997; 26(2):47-9, 51-7.

⁷ Heyrman J. Huisartsgeneeskunde: een vak apart. Leuven: Acco, 1994 :128

Handleidingen voor LOK-groepen
Gericht labo-onderzoek bij verdenking op leverlijden

Evaluatieformulier voor de **MODERATOR**

Het programma werd gevolgd door:

- LOK (naam en/of nummer, en gemeente):
- andere groep:

Score op een schaal van 1 tot 4

1 = helemaal niet akkoord

3= akkoord

2 = niet akkoord

4 = helemaal akkoord

Het onderwerp van deze handleiding is een goed onderwerp binnen de setting van een LOK-groep.

1 2 3 4

De inhoud van de LOK-vergadering is toepasbaar voor de praktijk.

1 2 3 4

Deze handleiding stelt mij als LOK-moderator in staat om kennis, inzicht en vaardigheden m.b.t. gedragsverandering over te brengen aan de LOK-deelnemers (zonder aanwezig expert).

1 2 3 4

Er was goede interactie tussen de moderator en de deelnemers.

1 2 3 4

De handleiding stelt mij als LOK-moderator in staat om de LOK-leden in de vergadering zelf tot actie te motiveren.

1 2 3 4

Heeft u tips, suggesties, kritieken m.b.t. de handleiding?

.....
.....

Welke programma-onderdelen kwamen aan bod?

.....
.....

Handleidingen voor LOK-groepen
Gericht labo-onderzoek bij verdenking op leverlijden

Evaluatieformulier voor de **DEELNEMERS**

Score op een schaal van 1 tot 4

1 = helemaal niet akkoord

2 = niet akkoord

3= akkoord

4 = helemaal akkoord

Het onderwerp van deze LOK-vergadering is een goed onderwerp binnen de setting van een LOK-groep.

1 2 3 4

Het onderwerp van deze LOK-vergadering is belangrijk voor mijn praktijk

1 2 3 4

De voorgestelde aanpak is toepasbaar in mijn eigen praktijksituatie

1 2 3 4

Na deze LOK-vergadering heb ik intentie om de opgedane ervaring te implementeren in mijn eigen praktijk

1 2 3 4