

Totstandkoming en methoden

NHG-Standaard Artritis (M90)



nederlands huisartsen
genootschap

Utrecht, november 2017

Inhoudsopgave

1 Samenstelling werkgroep	3
2 Inleiding	4
2.1 Doel van de standaard	4
2.2 Afbakening van het onderwerp	4
2.3 Werkwijze	4
2.4 Gebruikers van de richtlijn	4
2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties	4
2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers	4
2.7 Implementatie	4
2.8 Juridische status van richtlijnen	4
2.9 Delegeren van taken	5
2.10 Belangenverstrengeling	5
2.11 Financiering	5
3 Methoden	6
3.1 Ontwikkelproces	6
3.1.1 Knelpuntenanalyse	6
3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen	6
3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur	6
3.1.4 Doelmatigheid	6
3.1.5 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen	6
3.2 Commentaar- en autorisatiefase	7
3.3 Procedure voor herziening en herzieningen	7
BIJLAGEN	8
Bijlage 1 Uitgangsvragen	8
Bijlage 2 Zoekstrategieën	9

1 Samenstelling werkgroep

Wergroep lid	Affiliatie/instelling
Prof. dr. A.H.M. van der Helm-Van Mil	Reumatoloog LUMC, namens de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
Dr. H.J.E.M. Janssens	Huisarts. Gezondheidscentrum Lobede, Tolkamer
D.E. Lopuhaä	Patiëntenvertegenwoordiging. Beleidsmedewerker unit Patiëntenbelangen Reumafonds namens Reumafonds
Dr. P.G. van Peet	Huisarts. Public Health en Eerstelijns geneeskunde LUMC, huisartsenpraktijk Schinkelshoek/van Peet, Voorhout
A. Schaafstra	Huisarts
Dr. D.P. Shackleton	Kaderhuisarts Bewegingsapparaat. Huisartspraktijk Shackleton, Medisch Centrum Parklaan, Boskoop
R. van der Spruit	Huisarts. Gezondheidscentrum Stevenshof, Leiden
Dr. H. Woutersen-Koch	Wetenschappelijk medewerker NHG, arts
Dr. Tj. Wiersma	Huisarts en senior wetenschappelijk medewerker NHG

De werkgroep werd ondersteund door de volgende medewerkers van het NHG:

- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist
- Monique Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie
- Prof. dr. Jako Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Marjolein Hugenholtz, huisarts, medewerker afdeling Implementatie
- Léonie Langerak, secretaresse

2 Inleiding

2.1 Doel van de standaard

De NHG-Standaard Artritis geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij volwassen patiënten met inflammatoire gewrichtsaandoeningen van één of meerdere perifere gewrichten.

2.2 Afbakening van het onderwerp

Speciale aandacht gaat uit naar bacteriële artritis, jichtartritis, reactieve artritis, reumatoïde artritis en ongedifferentieerde artritis. Voor deze artritiden is gekozen omdat zij het meeste voorkomen of omdat een juiste diagnose consequenties heeft voor de prognose en het beleid.

Daarnaast komen ook artritis bij Lymeziekte, artritis op basis van *flaring* bij (bekende) artrose, en perifere artritiden in het kader van spondyloartritis (zoals de ziekte van Bechterew (spondylitis ankylopoëtica), artritis psoriatica en inflammatoire darmziekten (ziekte van Crohn/colitis ulcerosa)) in de standaard kort aan de orde.

2.3 Werkwijze

De ontwikkeling van de standaard is gestart in mei 2015. De werkgroep heeft in vier werkgroepvergaderingen een conceptstandaard opgesteld. Daarbij vatte de betrokken NHG-medewerker (Hèlen Woutersen-Koch), soms samen met werkgroepleden, het bewijs systematisch samen en bereidden de werkgroepleden de conceptaanbevelingen voor ter bespreking tijdens de vergaderingen. De vergaderingen werden geleid door de NHG-medewerker (Hèlen Woutersen-Koch), zonder dat er sprake was van een formeel voorzitterschap.

2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen die bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met artritis betrokken zijn.

2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties

De richtlijn is in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie tot stand gekomen om ervoor te zorgen dat het beleid aansluit bij de zorgverleners in de tweede lijn.

2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers

De richtlijn is in overleg met het Reumafonds tot stand gekomen. Een beleidsmedewerker van de unit Patiëntenbelangen van het Reumafonds zat als patiëntenvertegenwoordiger in de werkgroep. Daarnaast heeft het Reumafonds door een achterbanraadpleging knelpunten rondom de zorg voor artritis ingebracht en is er een systematische zoekactie naar voorkeuren en waarden van patiënten in de literatuur uitgevoerd.

2.7 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Ter bevordering van de implementatie van de richtlijn worden diverse implementatiematerialen (zoals patiënteninformatie op Thuisarts.nl en een Programma voor Individuele Nascholing (PIN)) ontwikkeld of herzien.

2.8 Juridische status van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor

optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn wordt afgeweken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

2.9 Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken, waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

2.10 Belangenverstrengeling

Alle werkgroepleden hebben een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling ingevuld. De ingevulde belangenverklaringen zijn in te zien bij de webversie van de standaard op www.nhg.org. De genoemde potentiële belangenverstrengelingen vormden voor geen enkel lid een belemmering voor deelname aan de commissie.

2.11 Financiering

De totstandkoming van deze richtlijn is gefinancierd door het Nederlands Huisartsen Genootschap.

3 Methoden

3.1 Ontwikkelproces

Het proces van het ontwikkelen van de standaard heeft plaatsgevonden volgens de *Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden*.

3.1.1 Knelpuntenanalyse

Bij de start van het traject zijn knelpunten geïnventariseerd door de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS), Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC) en praktiserend huisartsen (via de implementatiecoördinator van het NHG). Via het Reumafonds zijn er knelpunten geïnventariseerd onder patiënten.

3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen

Op basis van de knelpuntenanalyse zijn uitgangsvragen geformuleerd volgens het zogenoemde PICO-format (*patient, intervention, control, outcome*). Bij een aantal uitgangsvragen werd een inhoudelijk expert vanuit de werkgroep aangewezen. Een overzicht van de uitgangsvragen is opgenomen in **[bijlage 1]**. Voor noten die niet gebaseerd zijn op een uitgangsvraag is gekozen voor een narratieve beschrijving van de literatuur. De reden hiervoor is vaak het ontbreken van voldoende *evidence*, waardoor een systematische samenvatting van het bewijs niet efficiënt wordt geacht. Voor meer informatie over de procedure wordt verwezen naar de *Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden*.

3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur

Er is in eerste instantie gezocht naar systematische reviews (SR's) en (buitenlandse) richtlijnen van goede kwaliteit die konden worden gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvragen. Indien voor een uitgangsvraag een geschikte SR werd gevonden, werd een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie van deze SR. Er werd door het NHG een nieuwe zoekactie uitgevoerd per uitgangsvraag naar primaire onderzoeken indien er geen geschikte SR's of richtlijnen werden gevonden. De gevonden literatuur is gescreend op basis van titel en abstract. Van de meest relevante literatuur werd de volledige tekst van het artikel aangevraagd.

De zoekstrategieën per uitgangsvraag die gevolgd werden bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur zijn te vinden in **[bijlage 2]**. Deze zoekstrategieën zijn ook te vinden bij de webversie van deze standaard (zie <https://www.nhg.org/themas/publicaties/zoekstrategieen>).

3.1.4 Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan de doelmatigheid van de verschillende interventies. Kosten werden bij het formuleren van aanbevelingen nadat het bewijs in kaart was gebracht meegewogen door de werkgroep door aannames hierover te maken. Er zijn geen kosteneffectiviteits- of budgetimpactanalyses gedaan.

3.1.5 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

De literatuur werd door een wetenschappelijk medewerker (Hèlen Woutersen-Koch) samengevat en beoordeeld; vervolgens werd in samenwerking met een of meer inhoudelijk deskundige werkgroepleden een concepttekst geschreven waarop de werkgroep commentaar kon leveren. De conclusies die uit de literatuur werden getrokken vormden de basis voor het opstellen van de aanbevelingen. Op basis van discussies binnen de werkgroep werden vervolgens aanpassingen gemaakt. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van (informele) consensus binnen de werkgroep. Tekstgedeelten in de hoofdtekst die niet konden worden gebaseerd op literatuur en waarbij een noot ontbreekt, zijn – na discussie door de werkgroep – op basis van consensus tot stand gekomen.

3.2 **Commentaar- en autorisatiefase**

In maart 2017 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen aangeboden via SurveyMonkey. Huisartsen werden ook uitgenodigd om commentaar te leveren via HAweb. Er werden zes commentaarformulieren retour ontvangen.

Daarnaast werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten:

- Biosimilars en generieke geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin)
- Domus Medica vzw
- KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum (KNMP GIC)
- Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland
- InEen
- Huisartsenpraktijk Ursem
- Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM)
- Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC)
- Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG)
- Reumafonds
- Nefro
- Expertgroep Het Beweegkader
- Zorginstituut Nederland (ZiNL)
- Pharos
- College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG-MEB)
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. Mevrouw M. Lunter en de heer W. Willems, beiden huisarts, hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. Op 21 juni 2017 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

3.3 **Procedure voor herziening en herzieningen**

Deze standaard wordt periodiek herzien. Uiterlijk in 2023 bepaalt het NHG of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de standaard te herzien. De geldigheid van deze standaard komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Uitgangsvragen

Uitgangsvraag		Cruciale uitkomstmaten (O)
<i>Diagnostiek</i>		
1	Wat is de diagnostische waarde van het hebben van koorts voor het hebben van een bacteriële artritis (is bij de afwezigheid van koorts met rillingen een bacteriële artritis afdoende uitgesloten)?	Bacteriële artritis
2 (noot 16)	Wat is de diagnostische waarde van de beslisregel/jichtcalculator ontwikkeld door Janssens H et al.?	Jichtartritis
<i>Beleid</i>		
3 (noot 4)	Is er een causale relatie tussen het optreden van jichtartritis en de inname van bepaalde voedingsmiddelen (alcohol, purinerijk voedsel en koolzuurhoudende frisdranken)?	Jichtartritis
4 (noot 4 en 20)	Is er een causale relatie tussen het optreden van jichtartritis en verschillende veronderstelde risicofactoren, zoals overgewicht, diuretica- of salicylaatgebruik?	Jichtartritis
5 (noten 21, 22 en 23)	Wat is de effectiviteit van diverse aanvalsbehandelingen bij jichtartritis (predniso(lo)n, NSAID's, colchicine)	Jichtartritis; aanvalsfrequentie
6 (noten 24, 25, 26)	Wat is de effectiviteit van urinezuurverlagende medicatie op de aanvalsfrequentie van jichtartritis bij patiënten in de huisartsenpraktijk?	Jichtartritis; aanvalsfrequentie
7 (noot 4 en 20)	Wat is de effectiviteit van het veranderen van het type diureticum of van de dosering ervan op de aanvalsfrequentie van jichtartritis bij patiënten in de huisartsenpraktijk?	Jichtartritis; aanvalsfrequentie

Bijlage 2 Zoekstrategieën

Uitgangsvraag 1	
Zoekdatum	Juli 2015
Database	PubMed
Zoektermen	(bacterial arthritis[tiab] OR septic arthritis[tiab]) AND (fever[mh] OR fever*[tiab]) AND (diagnostic value[tiab] OR sensitivity and specificity[mh] OR predict*[tiab]) NOT (child[mh] NOT (child[mh] AND adult[mh]))

Uitgangsvraag 2	
Zoekdatum	Juli 2015
Database	PubMed
Zoektermen	((gout/diagnosis[mj] OR arthritis, gouty/diagnosis[mj] OR gout*[tiab]) AND (diagnostic rule[tiab] OR predictive value of tests[mh] OR classification criteria[tiab] OR diagnostic accuracy[tiab] OR diagnostic value[tiab] OR validat*[tiab]) AND (uric acid[mh] OR uric acid[tiab] OR joint fluid[tiab] OR synovial fluid[mh] OR synovial fluid[tiab])) OR ((gout/diagnosis[mh] OR arthritis, gouty/diagnosis[mh] OR gout*[tiab]) AND (diagnostic rule[tiab] OR prediction rule[tiab] OR classification criteria[tiab]) AND (value[tiab] OR validat*[tiab] OR synovial fluid[mh] OR synovial fluid[tiab] OR joint fluid[tiab] OR uric acid[mh]))

Uitgangsvraag 3	
Zoekdatum	Juli 2015
Database	PubMed
Zoektermen	(gout/diagnosis[mh] OR arthritis, gouty/diagnosis[mh] OR gout*[tiab]) AND (alcoholic beverages[mh] OR carbonated beverages[mh] OR purine-rich[tiab] OR soft drinks[tiab] OR alcohol*[tiab] OR life style[mh] OR lifestyle[tiab] OR dairy products[mh] OR nutrition[mh]) AND (prevention and control[sh] OR recommendation*[tiab] OR intervention*[tiab] OR association[ti])

Uitgangsvraag 4	
Zoekdatum	Juli 2015
Database	PubMed
Zoektermen	(gout[mh] OR arthritis, gouty[mh] OR gout*[tiab]) AND (diuretics[mh] OR diuretic*[tiab] OR salicylates[mh] OR salicylate*[tiab] OR obesity[mh] OR overweight[tiab]) AND (prevention and control[sh] OR recommendation*[tiab] OR intervention*[tiab] OR association[ti] OR risk factors[mh] OR risk[ti])

Uitgangsvraag 5	
Zoekdatum	Juli 2015

Database	PubMed
Zoektermen	(Gout[mh] OR arthritis, gouty[mh] OR gout*[tiab] OR toph*[tiab] OR podagra[tiab] OR urate crystal*[tiab]) AND (cryotherapy[mh] OR ice[mh] OR ice*[tiab] OR cryotherap*[tiab] OR gout suppressants[mh] OR colchicine[mh] OR glucocorticoids[mh] OR prednisolone[mh] OR prednisone[mh] OR glucocorticoid*[tiab] OR prednisolone[tiab] OR prednisone[tiab] OR colchicine[tiab] OR anti-inflammatory agents, non-steroidal[mh] OR NSAID*[tiab]) AND (systematic[sb] OR systematic review[tiab] OR meta-anal*[tiab] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR placebo[mh])

Uitgangsvraag 6

Zoekdatum	Juli 2015
Database	PubMed
Zoektermen	(gout[mh] OR arthritis, gouty[mh] OR gout*[tiab] OR toph*[tiab] OR podagra[tiab]) AND (allopurinol[mh] OR benzbromarone[mh] OR allopurinol*[tiab] OR benzbromaron*[tiab] OR pegloticas*[tiab] OR ult[tiab] OR (urate[tiab] AND lower[tiab])) AND (systematic[sb] OR systematic review[tiab] OR meta-anal*[tiab] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR placebo[mh] OR cohort studies[mh] OR cohort stud*[tiab] OR comparative study[pt] OR comparative*[tiab] OR (selection criteria[tiab] AND review[pt]) OR (data extraction[tiab] AND review[pt]) OR clinical trial[pt] OR evaluation studies[pt] OR follow-up studies[mh] OR prospective studies[mh]) NOT (comment[pt] OR editorial[pt] OR letter[pt])

Uitgangsvraag 7

Zoekdatum	Juli 2015
Database	PubMed
Zoektermen	(gout[mh] OR arthritis, gouty[mh] OR gout*[tiab]) AND (diuretics[mh] OR diuretic*[tiab]) AND (time factors[mh] OR frequen*[tiab])