Totstandkoming en methoden

NHG-Standaard NHG-Standaard Pijn (M106)



Versie 2.3

December 2021

© Nederlands Huisartsen Genootschap,
Cluster Richtlijnontwikkeling en Wetenschap

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 beroeps- en patiëntenorganisaties 4
2.6 Presentatie 4
2.7 Implementatie 4
2.8 Juridische status van richtlijnen 4
2.9 Belangenverstrengeling 5
2.10 Financiering 5

3 Methoden 6

3.1 Voorbereidingsfase 6
Knelpuntenanalyse 6
Opstellen van uitgangsvragen 6
3.2 Ontwikkelingsfase – uitgangsvragen met GRADE 6
Zoekstrategie en selectie van literatuur 6
Samenvatting van het wetenschappelijke bewijs 6
Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs 7
Van bewijs naar aanbeveling 7
Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen 8
3.3 Ontwikkelingsfase – overig 8
Niet-GRADE-onderdelen 8
Milieu-impact van geneesmiddelen 9
Patiëntenperspectief 9
Kennislacunes 9
3.4 Commentaar- en autorisatiefase 9
3.5 Procedure voor herziening 9

BIJLAGEN 10

Bijlage 1 Betrokken wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties en patiëntenverenigingen 10
Bijlage 2 Samenvattende tabel KNAW belangenverklaringen 11
Bijlage 3 Uitgangsvragen 13
Bijlage 4 Zoekstrategieën 14
Bijlage 5 PRISMA-stroomdiagram per zoekvraag 16
Bijlage 6 SoF-tabellen 18

1 Samenstelling werkgroep

Werkgroeplid*	**Functie**
Z. (Zamire) Damen	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.
F. (Farida) Kadir-Klevering	Huisarts, apotheker
Dr. D. (Doeke) Keizer	Huisarts
W.E. (Willem) Luiten	Anesthesioloog-pijnspecialist, namens NVA
Dr. M. (Maureen) van den Donk	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, epidemioloog
S. (Stella) van 't Klooster	Aios huisartgeneeskunde
A. (Amanda) van Walraven	Wetenschappelijk medewerker NHG, apotheker
C.M.M. (Carel) Veldhoven	Huisarts, arts pijn en palliatieve geneeskunde
P.C.T.J. (Peter) Vossenberg	Verslavingsarts, namens VVGN

* Op alfabetische volgorde

De volgende NHG-medewerkers hebben de werkgroep ondersteund:

- C. (Carla) Sloof, medisch informatiespecialist, cluster Richtlijnontwikkeling & Wetenschap (R&W)
- M. (Monique) Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker farmacotherapie, cluster R&W
- M. (Margriet) Bouma, programmaleider richtlijnen, cluster R&W
- M. (Miesje) Nijs, huisarts, wetenschappelijk medewerker implementatie, cluster Praktijk, Kwaliteit & Innovatie (PKI)
- L. (Léonie) Langerak, projectondersteuner, cluster R&W

2 Inleiding

2.1 Doel van de standaard

Deze standaard geeft aanbevelingen voor de huisarts voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met pijn binnen de huisartsenpraktijk.

2.2 Afbakening van het onderwerp

Zie voor de afbakening van het onderwerp de onderdelen 'scope' en 'buiten de scope' in de tekst van de standaard.

2.3 Werkwijze

Versie 2.3

De herziening van deze standaard is gestart in november 2019; in 4 werkgroepbijeenkomsten stelde de werkgroep een conceptstandaard op. Maureen van den Donk begeleidde de werkgroep, vatte het bewijs systematisch samen en bereidde de conceptaanbevelingen voor ter bespreking tijdens de werkgroepbijeenkomsten. Zamire Damen schreef het concept van de hoofdtekst en Amanda van Walraven gaf daarbij advies over het onderdeel 'Medicamenteus stappenplan'. Dit alles gebeurde in nauwe samenspraak met de werkgroepleden.

2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen.

2.5 Betrokkenheid beroeps- en patiëntenorganisaties

Bij de herziening van deze standaard waren verschillende wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties en patiëntenverenigingen betrokken. Zie voor de betrokken organisaties bij de knelpunteninventarisatie en de commentaarronde **bijlage 1.**

2.6 Presentatie

De richtlijn kent een digitale presentatie met als doel toekomstige gedeeltelijke herzieningen te vereenvoudigen.

2.7 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling heeft de werkgroep rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij heeft de werkgroep expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

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 zorgverleners van deze richtlijn afwijken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, en waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

Bij deze richtlijn hoort een *disclaimer.*

2.9 Belangenverstrengeling

Alle werkgroepleden hebben een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling ingevuld. Zie **bijlage 2** voor een samenvattend overzicht. De leden van de werkgroep hebben geen belangenverstrengeling gemeld. De volledige belangenverklaringen zijn op te vragen via het Kenniscentrum van het NHG (kenniscentrum@nhg.org).

2.10 Financiering

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft de totstandkoming van deze richtlijn gefinancierd, met aanvullende financiering van ZonMw.

3 Methoden

Deze standaard is ontwikkeld volgens de *Handleiding Ontwikkelen van NHG-richtlijnen.* De verkorte versie hiervan is te vinden op *Totstandkoming NHG-Standaarden | NHG-Richtlijnen*.

3.1 Voorbereidingsfase

Knelpuntenanalyse

Bij de start van het traject hebben de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) en de leden van de huidige werkgroep knelpunten ingebracht. Er is daarnaast een enquête uitgezet onder (praktiserende) NHG-werknemers (respons: n = 8) en oud-werkgroepleden van de vorige NHG-Standaard (respons: n = 7). Het doel van deze enquête is om factoren voor de acceptatie en invoering van de vorige standaard te achterhalen die mogelijk een belemmerende rol spelen bij de toekomstige implementatie van de herziene standaard. Ook is een focusgroepbijeenkomst met patiënten gehouden, georganiseerd door de Patiëntenfederatie Nederland. Daarnaast zijn knelpunten geïnventariseerd bij voor het onderwerp relevante wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties en patiëntenverenigingen; zie voor een overzicht hiervan **bijlage 1**. De lijst met knelpunten is vervolgens gerubriceerd en geprioriteerd.

Opstellen van uitgangsvragen

De werkgroep heeft aan het begin van het traject besloten welke uitgangsvragen met de GRADE-methodiek beantwoord worden. Dit betreft vooral de onderdelen diagnostische en therapeutische interventies. Deze uitgangsvragen zijn geformuleerd volgens het zogenoemde PICO-format (*patient, intervention, control, outcome*). Aan het begin van het traject heeft de werkgroep per uitgangsvraag de patiëntrelevante uitkomstmaten vastgesteld. Deze uitkomstmaten zijn vervolgens geprioriteerd: ze werden gelabeld als cruciaal, belangrijk en niet-belangrijk aan de hand van een scoresysteem. Een overzicht van de uitgangsvragen, inclusief de geprioriteerde uitkomstmaten, is opgenomen in **bijlage 3**.

3.2 Ontwikkelingsfase – uitgangsvragen met GRADE

Zoekstrategie en selectie van literatuur

Voor elke uitgangsvraag voerde een medisch informatiespecialist van het NHG een literatuursearch uit. Zie **bijlage 4** voor de zoekstrategieën per uitgangsvraag. De gevonden literatuur is gescreend op basis van titel en abstract. De meest relevante literatuur werd geselecteerd en de volledige tekst van het artikel aangevraagd. De resultaten van de literatuurselectie zijn samengevat in PRISMA-stroomdiagrammen, zie **bijlage 5**.

In eerste instantie zijn systematische reviews (SR's) en (buitenlandse) richtlijnen van goede kwaliteit gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvragen; daarna werd naar individuele onderzoeken gekeken, waarbij werd gefilterd op methodologie (bijvoorbeeld RCT's bij interventievragen). De kwaliteit van de SR's of van de evidence-samenvattingen die deel uitmaakten van een richtlijn werd beoordeeld met de *AMSTAR-criteria*; alleen SR's die aan enkele minimale eisen voldeden (componenten PICO beschreven; PICO aansluitend bij uitgangsvraag; systematische search uitgevoerd; geïncludeerde artikelen beschreven; recente zoekdatum) werden gebruikt. Indien er voor een uitgangsvraag een geschikte SR werd gevonden, zijn aanvullend individuele onderzoeken van na de sluitingsdatum van de zoekactie van deze SR gescreend.

Samenvatting van het wetenschappelijke bewijs

Voor de uitgangsvragen werden geschikte SR's gevonden. De samenvattingen van het wetenschappelijk bewijs uit deze SR's werden gebruikt.

Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs

Het beoordelen en graderen van het bewijs heeft plaatsgevonden met de GRADE-methode. GRADE beoordeelt de zogenoemde *body of evidence*: de verzameling van alle gevonden onderzoeken per uitkomstmaat. De onderverdeling van de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs kent 4 niveaus: hoog, redelijk, laag of zeer laag. Een hoge kwaliteit wil zeggen dat het geschatte en het werkelijke effect dicht bij elkaar liggen. Naarmate de kwaliteit van bewijs lager is, neemt de onzekerheid daarover toe (zie **tabel 1**).

Tabel 1. Definitie kwaliteit van bewijs

Kwaliteit	Interpretatie
Hoog	Het werkelijke effect ligt dicht in de buurt van de schatting van het effect.
Redelijk	Het werkelijke effect ligt waarschijnlijk dicht bij de schatting van het effect, maar er is een mogelijkheid dat het hier substantieel van afwijkt.
Laag	Het werkelijke effect kan substantieel verschillend zijn van de schatting van het effect.
Zeer laag	We zijn onzeker over het werkelijke effect.

Bij het beoordelen van het verschil in effecten tussen interventies is gelet op het bestaan van klinisch relevante verschillen tussen interventies. Daarvoor wordt bij voorkeur gelet op absolute verschillen (indien deze gegevens beschikbaar zijn).

De NHG-werkgroep heeft de volgende grenzen voor klinisch relevante verschillen vastgesteld:

- sterfte: relatief risicoverschil van 10% (dus RR < 0,9 of RR > 1,1)
- overige dichotome uitkomstmaten (stoppen met opioïden; herstart opioïdgebruik; optreden van bijwerkingen of onttrekkingsverschijnselen): relatief risicoverschil van 25% (dus RR < 0,75 of RR > 1,25) (conform de door GRADE voorgestelde standaardgrens)
- continue uitkomstmaten (pijn; kwaliteit van leven; dosering van opioïden): verschil van 20% op de gebruikte schaal
- continue uitkomstmaten gerapporteerd als *standardized mean difference* (SMD): 0,5 (conform de door GRADE voorgestelde standaardgrens)

Van bewijs naar aanbeveling

Na de samenvatting en beoordeling van het wetenschappelijk bewijs volgt de vertaling van de resultaten naar aanbevelingen voor de praktijk, ofwel de zogenoemde vertaalslag ‘Van bewijs naar aanbeveling’. Ook praktische en contextuele factoren spelen een rol, om tot goed toepasbare aanbevelingen te komen. De volgende 6 factoren komen hierbij aan de orde:

- voor- en nadelen
- kwaliteit van bewijs
- waarden en voorkeuren van patiënten
- kosten
  NB De werkgroep heeft geen formele kosteneffectiviteits- of budgetimpactanalyses gedaan.
- aanvaardbaarheid
- haalbaarheid

GRADE maakt een onderverdeling in sterke en voorwaardelijke (zwakke) aanbevelingen. Het NHG brengt dit tot uitdrukking door de formulering van de aanbeveling (zie **tabel 2**). De hierboven genoemde factoren bepalen of een aanbeveling sterk of zwak wordt geformuleerd.

Tabel 2. Voorkeursformuleringen aanbevelingen op basis van GRADE

Gradering aanbeveling	Betekenis	Voorkeursformulering
STERK VOOR	De voordelen zijn groter dan de nadelen voor bijna alle patiënten. Alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten zullen waarschijnlijk deze optie kiezen.	We bevelen [interventie] aan.
ZWAK VOOR	De voordelen zijn groter dan de nadelen voor een meerderheid van de patiënten, maar niet voor iedereen. De meerderheid van geïnformeerde patiënten zal waarschijnlijk deze optie kiezen.	Overweeg [interventie], bespreek de voor- en nadelen.
NEUTRAAL		
ZWAK TEGEN	De nadelen zijn groter dan de voordelen voor een meerderheid van de patiënten, maar niet voor iedereen. De meerderheid van geïnformeerde patiënten zal waarschijnlijk deze optie kiezen.	Wees terughoudend met [interventie], bespreek de voor- en nadelen.
STERK TEGEN	De nadelen zijn groter dan de voordelen voor bijna alle patiënten. Alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten zullen waarschijnlijk deze optie kiezen.	We bevelen [interventie] niet aan.

Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

De epidemioloog uit de werkgroep heeft de literatuur samengevat en beoordeeld; vervolgens werd in samenwerking met een inhoudelijk deskundig werkgroeplid en/of de wetenschappelijk medewerker een concepttekst geschreven waarop de werkgroep commentaar kon leveren. De conclusies die de werkgroep uit de literatuur trok, vormden de basis voor het opstellen van de aanbevelingen. Het verantwoordelijke werkgroeplid en/of de wetenschappelijk medewerker deed daarvoor een voorzet, die tijdens de werkgroepvergadering werd besproken. 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.

3.3 Ontwikkelingsfase – overig

Niet-GRADE-onderdelen

Soms wordt ervoor gekozen een uitgangsvraag niet te beantwoorden met GRADE, omdat de interventie niet voldoende hoog werd geprioriteerd. Ook zijn sommige onderdelen niet gebaseerd op een gestructureerde uitgangsvraag. Dit is vaak het geval in het onderdeel achtergronden (paragraaf epidemiologie, etiologie, pathofysiologie en prognose). Voor deze onderdelen vond geen systematische selectie, beoordeling en gradering van de evidence plaats, maar de literatuur is narratief beschreven.

Daarnaast geven we in de hoofdtekst ook praktische adviezen die niet worden onderbouwd (in een detail), zoals de paragrafen anamnese, lichamelijk onderzoek, evaluatie, controles en verwijzingen. Deze en alle overige tekstgedeelten in de hoofdtekst (zonder een gekoppeld detail) zijn – na discussie door de werkgroep – op basis van consensus tot stand gekomen.

Ten slotte werd een deel van de details niet herzien.

Milieu-impact van geneesmiddelen
Meerdere factoren bepalen de milieu-impact van een geneesmiddel op het oppervlaktewater en de kwaliteit van ons drinkwater:

- de totale gebruikte hoeveelheden per geneesmiddel per jaar
- de omzetting in de patiënt
- het product bij excretie
- mate van zuivering door rioolwaterzuiveringsinstallaties (RWZI's)
- mate van afbraak in het watersysteem
- mate van zuivering door drinkwaterbedrijven

Daarnaast bepaalt ook de norm of milieurisicogrens van het geneesmiddel de milieu-impact. Sommige geneesmiddelen (bijvoorbeeld ethinylestradiol) komen in lage hoeveelheden voor in het oppervlaktewater, maar hebben een heel lage risicogrens en zijn daardoor toch schadelijk voor het waterleven.
In deze standaard is de milieu-impact van NSAID's en paracetamol beschreven.

Patiëntenperspectief
Aan de hand van een focusgroepbijeenkomst op 19 november 2019 zijn ervaringen van patiënten met zorgverlening geïnventariseerd om zo input te kunnen leveren aan de werkgroep. Daarnaast is er gedurende het project intensief contact geweest met vertegenwoordigers van de Patiëntenfederatie Nederland en het Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem.

Op de NHG-publiekssite *Thuisarts.nl* staan teksten die ontleend zijn aan de standaard en bedoeld zijn als de patiëntenversie van de standaard.

Kennislacunes
Tijdens de ontwikkeling van de standaard werd ook duidelijk waar de kennislacunes zitten rond het onderwerp van de standaard. Aan het eind van het traject selecteerde de werkgroep 3 kennislacunes. Deze kennislacunes zijn gepubliceerd op *Lacunes & onderzoeken | NHG-Richtlijnen*. Door onderzoek ingevulde kennislacunes kunnen bij een toekomstige herziening van de standaard worden meegenomen als onderbouwing voor de aanbevelingen.

3.4 Commentaar- en autorisatiefase
In mei en juni 2021 vond de commentaarronde plaats. De conceptstandaard werd ter commentaar verzonden naar verschillende wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties en patiëntenverenigingen, zie **bijlage 1**. Naamsvermelding betekent overigens niet dat een vereniging/organisatie/referent de standaard inhoudelijk op ieder onderdeel onderschrijft.
Er werd een focusgroep voor huisartsen georganiseerd op 15 juni 2021. Twee leden van de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) hebben tijdens de commentaarronde de standaard beoordeeld.
De NHG Autorisatiecommissie (AC) heeft de standaard op 8 september 2021 geautoriseerd.

3.5 Procedure voor herziening
Deze standaard wordt periodiek herzien. Naar verwachting wordt in 2022 gestart met de herziening van het onderdeel voorkeursmiddelen binnen de opioïden.
Uiterlijk in 2026 bepaalt het NHG of deze richtlijn als geheel 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 Betrokken wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties en patiëntenverenigingen

De in **tabel 3** genoemde wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisatie en patiëntenverenigingen zijn benaderd tijdens de knelpunteninventarisatie en/of commentaarronde of op een andere manier betrokken bij het ontwikkelen van de standaard.

Tabel 3. Betrokken wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties en patiëntenverenigingen

Naam organisatie	Knelpunten-inventarisatie	Commen-taarronde	Overig
College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)		ja	
Domus Medica België		ja	
ExpertDoc		ja	
Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC)	ja	ja	
Geneesmiddelen Bulletin (Ge-Bu)		ja	
Huisarts & Wetenschap		ja	
InEen, vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg		ja	
Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM)	ja	ja	
KNMP Geneesmiddelen informatiecentrum	ja	ja	
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)	ja	ja	
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)		ja	
Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)	ja	ja	
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)	ja	ja	lid werkgroep
Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)	ja	ja	
NHG-Standaarden Adviesraad (NAS)	ja	ja	
Patiëntenfederatie Nederland	ja	ja	
Pharos	ja	ja	
Samenwerkingsverband Pijnpatiënten naar één stem	ja	ja	
Taakgroep Gepast gebruik van opioïden	ja	ja	
Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG)		ja	
Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN)	ja	ja	lid werkgroep
Verenso	ja	ja	
Zorginstituut Nederland (ZiNL)		ja	
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	ja	ja	

Bijlage 2 Samenvattende tabel KNAW belangenverklaringen

Tabel 4. Samenvatting KNAW belangenverklaringen

Werk-groeplid	Functie	Nevenfuncties/-werkzaamheden	(Mogelijke) belangen*	Getekend op	Actie
Farida Kadir-Klevering	1. Huisarts, waarnemend: werkzaam op verschillende adressen: nu vaste waarneming 2 dgn/week in huisartsenpraktijk mir. Arnhem 2. Betrokken bij 't nascholingsbureau voor apothekers POA te Bunnik (onafhankelijk geaccrediteerde nascholing) +/- 1 dag in de week 3. Gastdocent polyfarmacie Radboud UMC/ VOKA: huisartsenopleiding 4. Apotheker-consultant bij complexe polyfarmacie kwesties	1. Huisarts, waarnemend: werkzaam op verschillende adressen: nu vaste waarneming 2 dgn/week in huisartsenpraktijk mir. Arnhem. Betaald. 2. Betrokken bij 't nascholingsbureau voor apothekers POA te Bunnik (onafhankelijk geaccrediteerde nascholing) +/- 1 dag in de week. (on)betaald: POA is mijn eigen initiatief. Als ik zelf docent ben: dan ontvang ik wel een vergoeding. 3. Gastdocent polyfarmacie Radboud UMC/ VOKA: huisartsenopleiding. Betaald. 4. Apotheker-consultant bij complexe polyfarmacie kwesties. Onbetaald.		27-07-2021	Geen
Doeke Keizer	Vrijgevestigd huisarts in maatschap Mede-eigenaar en oprichter Transcare-Pijn B.V. sinds 1 juni jl. ben ik daar niet meer werkzaam.	Geen relevante werkzaamheden (compagnonscommissie, jeugdcommissie v.v. Eastermar, etc.)	Moeilijk te zeggen. Ik heb namens NHG meegeschreven aan de zorgstandaard Chronische pijn. Graag zou ik willen dat de NHG-Standaard en de ZS zoveel mogelijk aansluiting krijgen op elkaar. Zou intellectueel belang kunnen zijn?	08-07-2021	Geen
Willem Luiten	Anesthesioloog- pijnspecialist Ziekenhuis Amstelland			12-07-2021	Geen
Stella van 't Klooster	Aios huisartgeneeskunde regio Utrecht		Geen financiële belangen.	13-07-2021	Geen
Carel Veldhoven	Vrijgevestigd huisarts te Berg en Dal in associatie met W. de Graaf (80%) Arts Pijn en Palliatieve Geneeskunde, Radboudumc, afdeling Anesthesiologie, expertisecentrum Pijn en Palliatieve Geneeskunde (dienstverband, 20%)	Voorzitter PalHAG (expertgroep palliatieve zorg van het NHG) (onbetaald) Medisch consulent palliatieve zorg, stichting Fibula (betaald) Voorzitter programmaraad/bestuurslid Netwerk Palliatieve Zorg Zuid Gelderland (onbetaald) Bestuurslid Vereniging Palliactief (onbetaald) Lid commissie samenwerking 1e-2e lijn NEO (huisartsenkring Nijmegen en omstreken, onbetaald) Vice-voorzitter/lid kerngroep Commissie herziening richtlijn palliatieve sedatie Nederland (onbetaald)	Zijdelingse betrokkenheid bij een aantal door (semi-)overheid en fondsen gefinancierd onderzoek (onbetaald)	06-08-2021	Geen

		Consulent PaTz-groep en PaTz-ambassadeur, stichting Fibula (onbetaald) Bestuurslid fonds SPIG (onbetaald)			
Peter Vossenberg	Verslavingsarts, Tactus Verslavingszorg	Voorzitter Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN) (onbetaald)	Geen actuele persoonlijke financiële belangen. Als voorzitter VVGN boegbeeldfunctie, die in kader van deelname aan werkgroep geen verdere rol speelt.	09-07-2021	Geen
NHG					
Maureen van den Donk	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, epidemioloog			4-5-2021	Geen
Zamire Damen	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.			4-5-2021	Geen
Amanda van Walraven	Wetenschappelijk medewerker NHG, apotheker			4-5-2021	Geen

[#] Dit betreft: persoonlijke financiële belangen, persoonlijke relaties, extern gefinancierd onderzoek, intellectuele belangen of reputatie, overige belangen (zie voor de uitgebreide vragen de KNAW belangenverklaring). Een blanco cel in de tabel geeft aan dat de betreffende persoon geen van de genoemde belangen heeft.

Bijlage 3 Uitgangsvragen

Tabel 5. Uitgangsvragen

Uitgangsvraag (PICO)	**Uitkomstmaten (O)**
Diagnostiek	
Welke factoren hangen samen met een verhoogde kans op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik bij patiënten met chronische pijn? P: patiënten met chronische pijn I: aanwezigheid van factoren C: afwezigheid van factoren	Problematisch opioïdgebruik: - Sensitiviteit en specificiteit - Aantal terecht-positieve (TP), fout-negatieve (FN), terecht-negatieve (TN) en fout-positieve (FP) testuitslagen
Is een instrument (bijvoorbeeld vragenlijst of screeningstool) aan te bevelen om de verhoogde kans op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik te identificeren bij patiënten met chronische pijn? P: patiënten met chronische pijn die in aanmerking willen komen voor opioïden I: gebruik van instrument: - vragenlijst - screeningstool C: bepaling van problematisch opioïdgebruik met gouden standaard	Problematisch opioïdgebruik: - Sensitiviteit en specificiteit - Aantal terecht-positieve (TP), fout-negatieve (FN), terecht-negatieve (TN) en fout-positieve (FP) testuitslagen
Beleid	
Welk afbouwschema is aan te bevelen bij patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik? P: volwassen patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik I: bepaald afbouwschema, met daarin aandacht voor: - snelheid van afbouwen - stappen van afbouwdosering C: geen afbouwschema; ander afbouwschema	Aantal patiënten dat stopt met opioïden Dosering van opioïden Herstart opioïdgebruik Pijn Kwaliteit van leven Onttrekkingsverschijnselen Sterfte
Is aanvullende medicamenteuze behandeling aan te bevelen bij patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik? P: volwassen patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik I: aanvullende medicamenteuze behandeling met bijvoorbeeld: - methadon - clonidine C: placebo	Aantal patiënten dat stopt met opioïden Dosering van opioïden Herstart opioïdgebruik Pijn Kwaliteit van leven Onttrekkingsverschijnselen Sterfte
Is aanvullende niet-medicamenteuze behandeling aan te bevelen bij patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik? P: volwassen patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik I: Aanvullende behandeling met bijvoorbeeld: - mindfulness - ontspanningsoefeningen - cognitieve gedragstherapie C: geen aanvullende behandeling of sham-behandeling	Aantal patiënten dat stopt met opioïden Dosering van opioïden Herstart opioïdgebruik Pijn Kwaliteit van leven Onttrekkingsverschijnselen Sterfte

Bijlage 4 Zoekstrategieën

Uitgangsvraag	Verhoogde kans op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik: - Welke factoren hangen samen met een verhoogde kans op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik bij patiënten met chronische pijn? - Is een instrument (bijvoorbeeld vragenlijst of screeningstool) aan te bevelen om de verhoogde kans op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik te identificeren bij patiënten met chronische pijn?
Zoekdatum	17-07-2020 (update: mei 2021)
Database	PubMed (24 resultaten)
Zoektermen	("Chronic Pain"[Mesh] OR chronic-pain[tiab] OR chronic-non-cancer-pain[tiab] OR CNCP[tiab] OR chronic-nonmalignant-pain[tiab] OR chronic-neuropathic-pain[tiab] OR chronic-nociceptive-pain[tiab] OR (chronic[ti] AND pain[ti])) AND ("Opioid-Related Disorders"[Mj] OR opioid-use-disorder*[tiab] OR (("Analgesics, Opioid"[Mh] OR "Analgesics, Opioid" [Pharmacological Action] OR opioid*[tiab]) AND ("Iatrogenic Disease"[Mj:NoExp] OR iatrogenic[ti] OR addict*[ti] OR abuse[ti] OR misuse[ti] OR dependen*[ti] OR problematic[ti] OR disorder*[ti] OR prolonged[ti]))) AND ("Risk Factors"[Mj] OR "Clinical Decision Rules"[Mj] OR "Patient Selection"[Mj] OR risk*[ti] OR risk-factor*[tiab] OR patient-risk*[tiab] OR risks[tiab] OR risk-assessment*[tiab] OR risk-stratification[tiab] OR increased-risk[tiab] OR characteristic*[ti] OR patient-characteristic*[tiab] OR decision-rule*[tiab] OR decision-support*[tiab] OR decision-tool*[tiab] OR prediction-tool*[tiab] OR prediction-model*[tiab] OR screening[tiab] OR identif*[ti] OR predict*[ti] OR tool*[ti] OR assess*[ti] OR questionnair*[ti] OR instrument*[ti] OR screen[ti] OR screened[ti] OR screener[ti] OR stratification*[ti] OR test*[ti]) AND ("2012/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND (dutch[la] OR english[la]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh]) AND (systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR quantitative review[tiab] OR systematic review[tiab] OR methodologic review[tiab] OR systematic[sb] OR "The Cochrane database of systematic reviews"[Jour] NOT (letter[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt]))
Database	Embase (29 resultaten)
Zoektermen	('chronic pain'/exp OR chronic-pain:ab,ti OR chronic-non-cancer-pain:ab,ti OR CNCP:ab,ti OR chronic-nonmalignant-pain:ab,ti OR chronic-neuropathic-pain:ab,ti OR chronic-nociceptive-pain:ab,ti OR (chronic NEAR/3 pain):ti) AND ('opiate addiction'/exp OR opioid-use-disorder*:ab,ti OR (('opiate'/exp OR 'narcotic analgesic agent'/exp/mj OR opioid*:ab,ti) AND ('iatrogenic disease'/de/mj OR iatrogenic:ti OR addict*:ti OR abuse:ti OR misuse:ti OR dependen*:ti OR problematic:ti OR disorder*:ti OR prolonged:ti))) AND ('risk'/exp/mj OR 'decision support system'/exp/mj OR 'patient selection'/exp/mj OR risk*:ti OR risk-factor*:ab,ti OR patient-risk*:ab,ti OR risks:ab,ti OR risk-assessment*:ab,ti OR risk-stratification:ab,ti OR increased-risk:ab,ti OR characteristic*:ti OR patient-characteristic*:ab,ti OR decision-rule*:ab,ti OR decision-support*:ab,ti OR decision-tool*:ab,ti OR prediction-tool*:ab,ti OR prediction-model*:ab,ti OR screening:ab,ti OR identif*:ti OR predict*:ti OR tool*:ti OR assess*:ti OR questionnair*:ti OR instrument*:ti OR screen:ti OR screened:ti OR screener:ti OR stratification*:ti OR test*:ti) AND [2012-2020]/py AND ([dutch]/lim OR [english]/lim) AND ('systematic review'/exp or 'meta analysis'/exp OR systematic-review:ab,ti OR meta-anal*:ab,ti OR metaanal*:ab,ti OR quantitative-review:ab,ti OR methodologic-review:ab,ti) NOT 'conference abstract'/it
Totaal aantal resultaten (ontdubbeld)	37 resultaten

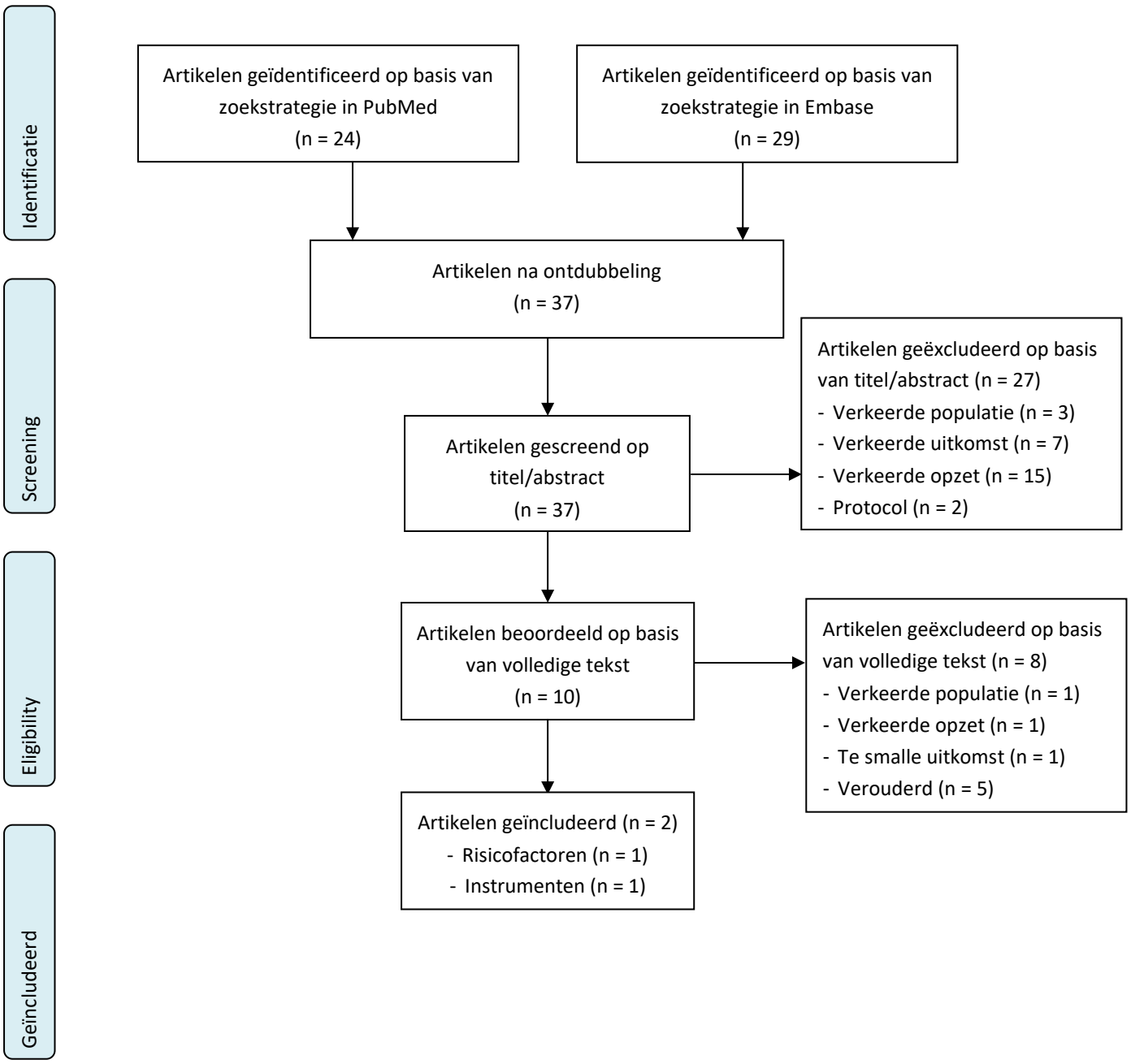
Uitgangsvraag	Welke aanpak (I) is aan te bevelen bij patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik (P)? - Is een specifiek afbouwschema aan te bevelen bij patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik? - Is aanvullende medicamenteuze behandeling aan te bevelen bij patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik? - Is aanvullende niet-medicamenteuze behandeling aan te bevelen bij patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik?
Zoekdatum	22-01-2021 (update: mei 2021)
Database	PubMed (144 resultaten)
Zoektermen	("Analgesics, Opioid"[Mj] OR "Morphine"[mj] OR "Oxycodone"[mj] OR "Fentanyl"[mj] OR "Hydromorphone"[mj] OR "Tapentadol"[mj] OR "Buprenorphine"[mj] OR "Tramadol"[mj] OR individual-opioid*[tiab] OR different-opioids[tiab] OR opioid*[ti] OR morphin*[tiab] OR oxycodon*[tiab] OR fentanyl[tiab] OR hydromorphon*[tiab] OR tapentadol[tiab] OR buprenorphin*[tiab] OR tramadol[tiab]) AND (taper*[tiab] OR discontinu*[tiab] OR deprescri*[tiab] OR cessation[tiab] OR withdrawing[tiab] OR stop[tiab] OR stopping[tiab] OR dose-reduct*[tiab] OR reduc*[ti]) AND ("2012/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND (dutch[la] OR english[la]) NOT (animals[mh] NOT humans[mh]) AND (systematic review[pt] OR meta-analysis[pt] OR meta-anal*[tiab] OR metaanal*[tiab] OR quantitative review[tiab] OR systematic review[tiab] OR methodologic review[tiab] OR systematic[sb] OR "The Cochrane database of systematic reviews"[Jour] NOT (letter[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt]))
Database	Embase (158 resultaten)
Zoektermen	('morphine'/exp/mj OR 'oxycodone'/exp/mj OR 'fentanyl'/exp/mj OR 'hydromorphone'/exp/mj OR 'tapentadol'/exp/mj OR 'buprenorphine'/exp/mj OR 'tramadol'/exp/mj OR individual-opioid*:ab,ti OR different-opioids:ab,ti OR opioid*:ti OR morphin*:ab,ti OR oxycodon*:ab,ti OR fentanyl:ab,ti OR hydromorphon*:ab,ti OR tapentadol:ab,ti OR buprenorphin*:ab,ti OR tramadol:ab,ti) AND (taper*:ab,ti OR discontinu*:ab,ti OR deprescri*:ab,ti OR cessation:ab,ti OR withdrawing:ab,ti OR stop:ab,ti OR stopping:ab,ti OR dose-reduct*:ab,ti OR reduc*:ti) AND [2012-2020]/py AND ([dutch]/lim OR [english]/lim) AND ('systematic review'/exp or 'meta analysis'/exp OR systematic-review:ab,ti OR meta-anal*:ab,ti OR metaanal*:ab,ti OR quantitative-review:ab,ti OR methodologic-review:ab,ti) NOT 'conference abstract'/it
Totaal aantal resultaten (ontdubbeld)	179 resultaten

Bijlage 5 PRISMA-stroomdiagram per zoekvraag

Uit: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses): The PRISMA Statement. PLoS Med 2009;6:e1000097.

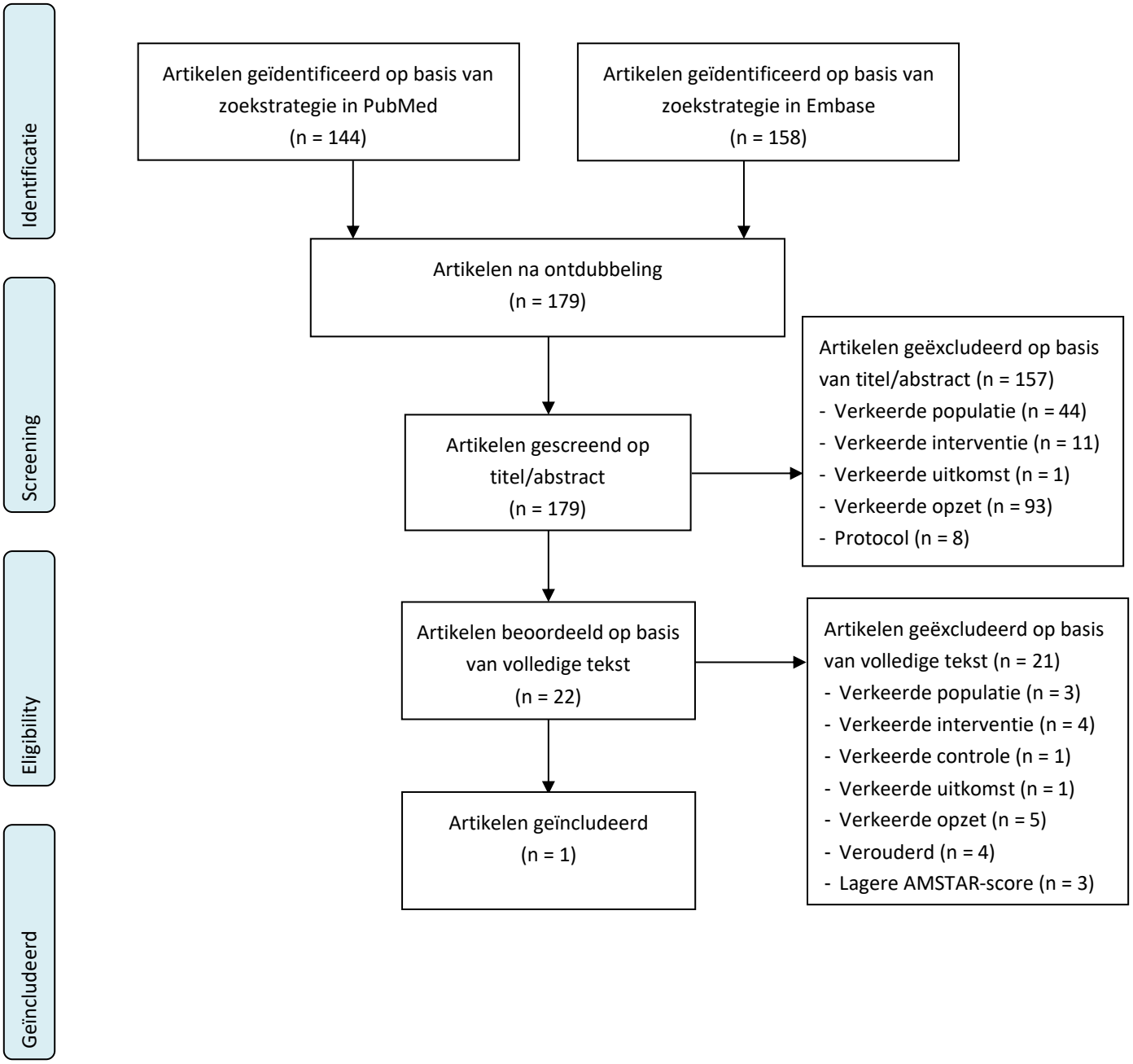
Uitgangsvraag: verhoogde kans op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik

- Welke factoren hangen samen met een verhoogde kans op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik bij patiënten met chronische pijn?
- Is een instrument (bijvoorbeeld vragenlijst of screeningstool) aan te bevelen om de verhoogde kans op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik te identificeren bij patiënten met chronische pijn?



Uitgangsvraag: Welke aanpak (I) is aan te bevelen bij patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik (P)?

- Is een specifiek afbouwschema aan te bevelen bij patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik?
- Is aanvullende medicamenteuze behandeling aan te bevelen bij patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik?
- Is aanvullende niet-medicamenteuze behandeling aan te bevelen bij patiënten in de eerste lijn die opioïden gaan afbouwen na langdurig gebruik?



Bijlage 6 SoF-tabellen

Uitgangsvraag: Is een instrument (bijvoorbeeld een vragenlijst of screeningstool) aan te bevelen om de verhoogde kans op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik te identificeren bij patiënten met chronische pijn?

Tabel 6. Diagnostische accuratesse van *Opioid Risk Tool* (ORT) voor het voorspellen van verhoogd risico op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik

Patiënten of populatie: patiënten met chronische pijn (die opioïden willen gebruiken)
Setting: patiënten met chronische pijn, verwezen naar een pijnkliniek
Afkapwaarde: ≥ 4
Bereik van sensitiviteiten: 0,20 tot 0,99 | **Bereik van specificiteiten**: 0,16 tot 0,88

Testresultaat	Aantal uitkomsten per 1000 onderzochte patiënten (95%-BI)		Aantal patiënten (onderzoeken)	Zekerheid van het bewijs (GRADE)
	Prevalentie 2,5%	Prevalentie 34%		
Terecht-positieven	5 tot 25	68 tot 337	1025 (6)	⨁◯◯◯ **ZEER LAAG** [a,b,c,d]
Fout-negatieven	0 tot 20	3 tot 272		
Terecht-negatieven	156 tot 858	106 tot 581	977 (5)	⨁◯◯◯ **ZEER LAAG** [b,d,e,f]
Fout-positieven	117 tot 819	79 tot 554		

BI: Betrouwbaarheidsinterval
a. Afgewaardeerd voor risico op vertekening: 3 onderzoeken hadden een redelijke methodologische kwaliteit, 3 een slechte.
b. Veelvoorkomende tekortkomingen waren niet goed gedefinieerde of gestandaardiseerde methoden om misbruik vast te stellen en ontbreken van blindering. In de onderzoeken van slechte kwaliteit was daarnaast geen validatie uitgevoerd, werden alleen cases geïncludeerd of trad selectie op tijdens inclusie.
c. Afgewaardeerd voor inconsistentie: de sensitiviteit liep in de verschillende onderzoeken erg uiteen.
d. Afgewaardeerd voor indirect bewijs: de onderzoekspopulaties bestonden uit patiënten die verwezen waren naar een pijnkliniek en zijn niet goed vergelijkbaar met de populatie uit de Nederlandse huisartsenpraktijken.
e. Afgewaardeerd voor risico op vertekening: 3 onderzoeken hadden een redelijke methodologische kwaliteit, 2 een slechte.
f. Afgewaardeerd voor inconsistentie: de specificiteiten uit de verschillende onderzoeken liepen erg uiteen.

Tabel 7. Diagnostische accuratesse van *Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain* – versie 1 (SOAPP) voor het voorspellen van verhoogd risico op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik

Patiënten of populatie: patiënten met chronische pijn (die opioïden willen gebruiken)
Setting: patiënten met chronische pijn, verwezen naar een pijnkliniek
Afkapwaarde: ≥ 8
Sensitiviteit (uit 1 onderzoek): 0,68 (95%-BI: 0,52 tot 0,81) | **Specificiteit (uit 1 onderzoek)**: 0,39 (95%-BI: 0,29 tot 0,49)

Testresultaat	Aantal uitkomsten per 1000 onderzochte patiënten (95%-BI)		Aantal patiënten (onderzoeken)	Zekerheid van het bewijs (GRADE)
	Prevalentie 2,5%	Prevalentie 34%		
Terecht-positieven	**17** (13 tot 20)	**231** (177 tot 275)	155 (1)	⨁⨁◯◯ **LAAG** [a,b,c]
Fout-negatieven	**8** (5 tot 12)	**109** (65 tot 163)		
Terecht-negatieven	**380** (283 tot 478)	**257** (191 tot 323)	155 (1)	⨁⨁◯◯ **LAAG** [a,b,c]
Fout-positieven	**595** (497 tot 692)	**403** (337 tot 469)		

BI: Betrouwbaarheidsinterval
a. Een tweede onderzoek van slechte kwaliteit (en daarom niet hiermee gepoold) rapporteerde een sensitiviteit van 0,73, wat in het 95%-BI van dit onderzoek valt. Daarom niet afgewaardeerd voor inconsistentie.
b. Afgewaardeerd voor indirect bewijs: de onderzoekspopulaties bestonden uit patiënten die verwezen waren naar een pijnkliniek en zijn niet goed vergelijkbaar met de populatie uit de Nederlandse huisartsenpraktijken.
c. Afgewaardeerd voor onnauwkeurigheid: slechts weinig deelnemers.

Tabel 8. Diagnostische accuratesse van *Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain* – herziene versie (SOAPP-R) voor het voorspellen van verhoogd risico op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik

Patiënten of populatie: patiënten met chronische pijn (die opioïden willen gebruiken)
Setting: patiënten met chronische pijn, verwezen naar een pijnkliniek
Afkapwaarde: ≥ 18
Bereik van sensitiviteiten: 0,25 tot 0,53 | **Bereik van specificiteiten**: 0,62 tot 0,77

Testresultaat	Aantal uitkomsten per 1000 onderzochte patiënten (95%-BI)		Aantal patiënten (onderzoeken)	Zekerheid van het bewijs (GRADE)
	Prevalentie 2,5%	Prevalentie 34%		
Terecht-positieven	6 tot 13	85 tot 180	840 (4)	⨁◯◯◯ **ZEER LAAG** [a,b,c,d]
Fout-negatieven	12 tot 19	160 tot 255		
Terecht-negatieven	605 tot 751	409 tot 508	840 (4)	⨁⨁◯◯ **LAAG** [a,b,d]
Fout-positieven	224 tot 370	152 tot 251		

BI: Betrouwbaarheidsinterval
a. Afgewaardeerd voor risico op vertekening: 2 onderzoeken hadden een redelijke methodologische kwaliteit, 2 een slechte.
b. Veelvoorkomende tekortkomingen waren niet goed gedefinieerde of gestandaardiseerde methoden om misbruik vast te stellen en ontbreken van blindering. In de onderzoeken van slechte kwaliteit was daarnaast geen validatie uitgevoerd, werden alleen cases geïncludeerd of trad selectie op tijdens inclusie.
c. Afgewaardeerd voor inconsistentie: de sensitiviteit liep in de verschillende onderzoeken erg uiteen.
d. Afgewaardeerd voor indirect bewijs: de onderzoekspopulaties bestonden uit patiënten die verwezen waren naar een pijnkliniek. Deze populaties zijn niet goed vergelijkbaar met de populatie uit de Nederlandse huisartsenpraktijken.

Tabel 9. Diagnostische accuratesse van *Diagnosis, Intractability, Risk and Efficacy Inventory* (DIRE) instrument voor het voorspellen van verhoogd risico op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik

Patiënten of populatie: patiënten met chronische pijn (die opioïden willen gebruiken)
Setting: patiënten met chronische pijn, verwezen naar een pijnkliniek
Afkapwaarde: ≤ 13
Sensitiviteit (uit 1 onderzoek): 0,17 (95%-BI niet gerapporteerd) | **Specificiteit (uit 1 onderzoek)**: niet bepaald

Testresultaat	Aantal uitkomsten per 1000 onderzochte patiënten (95%-BI)		Aantal patiënten (onderzoeken)	Zekerheid van het bewijs (GRADE)
	Prevalentie 2,5%	Prevalentie 34%		
Terecht-positieven	**4** (0 tot 0)	**58** (0 tot 0)	48 (1)	⨁◯◯◯ **ZEER LAAG** [a,b,c]
Fout-negatieven	**21** (25 tot 25)	**282** (340 tot 340)		
Terecht-negatieven	**0** (0 tot 0)	**0** (0 tot 0)	(0)	Niet bepaald
Fout-positieven	**975** (975 tot 975)	**660** (660 tot 660)		

BI: Betrouwbaarheidsinterval
a. Afgewaardeerd voor risico op vertekening vanwege slechte methodologische kwaliteit: niet goed gedefinieerde of gestandaardiseerde methode om misbruik vast te stellen, blindering niet duidelijk, selectie tijdens inclusie.
b. Afgewaardeerd voor indirect bewijs: de onderzoekspopulatie bestond uit patiënten die verwezen waren naar een pijnkliniek en deze is niet goed vergelijkbaar met de populatie uit de Nederlandse huisartsenpraktijken.
c. Afgewaardeerd voor onnauwkeurigheid: zeer weinig deelnemers.

Tabel 10. Diagnostische accuratesse van *Pain Medication Questionnaire* (PMQ) voor het voorspellen van verhoogd risico op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik

Patiënten of populatie: patiënten met chronische pijn (die opioïden willen gebruiken)
Setting: patiënten met chronische pijn, verwezen naar een pijnkliniek
Afkapwaarde: ≥ 30
Sensitiviteit (uit 1 onderzoek): 0,34 (95%-BI: 0,20 tot 0,51) | **Specificiteit (uit 1 onderzoek)**: 0,77 (95%-BI: 0,69 tot 0,80)

Testresultaat	Aantal uitkomsten per 1000 onderzochte patiënten (95%-BI)		Aantal patiënten (onderzoeken)	Zekerheid van het bewijs (GRADE)
	Prevalentie 2,5%	Prevalentie 34%		
Terecht-positieven	**9** (5 tot 13)	**116** (68 tot 173)	263 (1)	⨁⨁◯◯ **LAAG** [a,b]
Fout-negatieven	**16** (12 tot 20)	**224** (167 tot 272)		
Terecht-negatieven	**751** (673 tot 780)	**508** (455 tot 528)	263 (1)	⨁⨁◯◯ **LAAG** [a,b]
Fout-positieven	**224** (195 tot 302)	**152** (132 tot 205)		

BI: Betrouwbaarheidsinterval
a. Afgewaardeerd voor indirect bewijs: de onderzoekspopulatie bestond uit patiënten die verwezen waren naar een pijnkliniek en deze populatie is niet goed vergelijkbaar met de populatie uit de Nederlandse huisartsenpraktijken.
b. Afgewaardeerd voor onnauwkeurigheid: slechts 1 onderzoek, weinig deelnemers.

Tabel 11. Diagnostische accuratesse van *Brief Risk Interview* (BRI) voor het voorspellen van verhoogd risico op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik

Patiënten of populatie: patiënten met chronische pijn (die opioïden willen gebruiken)
Setting: patiënten met chronische pijn, verwezen naar een pijnkliniek
Afkapwaarde: hoog risico (4 hoogste categorieën: '*medium*' tot '*very high*')
Bereik van sensitiviteiten: 0,73 tot 0,83 | **Bereik van specificiteiten**: 0,43 tot 0,88

Testresultaat	Aantal uitkomsten per 1000 onderzochte patiënten (95%-BI)		Aantal patiënten (onderzoeken)	Zekerheid van het bewijs (GRADE)
	Prevalentie 2,5%	Prevalentie 34%		
Terecht-positieven	18 tot 21	248 tot 282	577 (3)	⨁⨁◯◯ **LAAG** [a,b,c]
Fout-negatieven	4 tot 7	58 tot 92		
Terecht-negatieven	419 tot 858	284 tot 581	577 (3)	⨁◯◯◯ **ZEER LAAG** [a,b,c,d]
Fout-positieven	117 tot 556	79 tot 376		

BI: Betrouwbaarheidsinterval
a. Afgewaardeerd voor risico op vertekening: 1 onderzoek had een redelijke methodologische kwaliteit, 2 een slechte.
b. Veelvoorkomende tekortkomingen waren niet goed gedefinieerde of gestandaardiseerde methoden om misbruik vast te stellen en ontbreken van blindering. In de onderzoeken van slechte kwaliteit was daarnaast geen validatie uitgevoerd, werden alleen cases geïncludeerd of trad selectie op tijdens inclusie.
c. Afgewaardeerd voor indirect bewijs: de onderzoekspopulaties bestonden uit patiënten die verwezen waren naar een pijnkliniek en deze zijn niet goed vergelijkbaar met de populatie uit de Nederlandse huisartsenpraktijken.
d. Afgewaardeerd voor inconsistentie: de specificiteit in de verschillende onderzoeken liep erg uiteen.

Tabel 12. Diagnostische accuratesse van *Brief Risk Questionnaire* (BRQ) voor het voorspellen van verhoogd risico op het ontwikkelen van problematisch opioïdgebruik

Patiënten of populatie: patiënten met chronische pijn (die opioïden willen gebruiken)
Setting: patiënten met chronische pijn, verwezen naar een pijnkliniek
Afkapwaarde: ≥ 3
Sensitiviteit (uit 1 onderzoek): 0,80 (95%-BI: 0,69 tot 0,88) | **Specificiteit (uit 1 onderzoek)**: 0,41 (95%-BI: 0,34 tot 0,49)

Testresultaat	Aantal uitkomsten per 1000 onderzochte patiënten (95%-BI)		Aantal patiënten (onderzoeken)	Zekerheid van het bewijs (GRADE)
	Prevalentie 2,5%	Prevalentie 34%		
Terecht-positieven	**20** (17 tot 22)	**272** (235 tot 299)	257 (1)	⊕⊕◯◯ **LAAG** a,b,c
Fout-negatieven	**5** (3 tot 8)	**68** (41 tot 105)		
Terecht-negatieven	**400** (332 tot 478)	**271** (224 tot 323)	257 (1)	⊕⊕◯◯ **LAAG** a,b,c
Fout-positieven	**575** (497 tot 643)	**389** (337 tot 436)		

BI: Betrouwbaarheidsinterval

a. Niet goed te bepalen omdat er slechts 1 onderzoek is. Niet afgewaardeerd voor inconsistentie.
b. Afgewaardeerd voor indirect bewijs: de onderzoekspopulatie bestond uit patiënten die verwezen waren naar een pijnkliniek en deze is niet goed vergelijkbaar met de populatie uit de Nederlandse huisartsenpraktijken.
c. Afgewaardeerd voor onnauwkeurigheid: slechts 1 onderzoek.

Totstandkoming en methoden

NHG-Standaard NHG-Standaard Pijn (M106)



Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht

088 - 506 55 00
info@nhg.org
www.nhg.org