

# Totstandkoming en methoden

NHG-Standaard Kinderen met koorts (M29)

*Utrecht, november 2016*



nederlands huisartsen  
genootschap

# Inhoudsopgave

|   |          |
|---|----------|
| <b>1 Samenstelling werkgroep</b>                                | <b>3</b> |
| <b>2 Inleiding</b>  | <b>4</b> |
| 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        |
| <b>3 Methoden</b>   | <b>6</b> |
| 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 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs | 6        |
| 3.1.5 Doelmatigheid   | 6        |
| 3.1.6 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen        | 6        |
| 3.2 Commentaar- en autorisatiefase                              | 6        |
| 3.3 Procedure voor herziening                                   | 7        |

# 1 Samenstelling werkgroep

| <b>Wergroepid</b>         | <b>Affiliatie/instelling</b>                                   |
|---------------------------|--|
| Prof.dr. Marjolein Berger | Hoogleraar Huisartsgeneeskunde UMC Groningen                   |
| Iris Berghuis-Vlot        | Huisarts, Eindhoven  |
| Nacar Borsboom-Gul        | Huisarts, Rotterdam  |
| Wietze Eizenga            | Huisarts, Utrecht en wetenschappelijk medewerker NHG           |
| Dr. Gijs Elshout          | Huisarts, Schiedam   |
| Dr. Marijke Kool          | Waarnemend huisarts, Hendrik-Ido-Ambacht                       |
| Dr. Rianne Oostenbrink    | Kinderarts, Erasmus MC – Sophia Rotterdam                      |
| Dr. Wim Opstelten         | Huisarts, Amersfoort en Senior wetenschappelijk medewerker NHG |
| Nicole Oteman             | Huisarts, Schoonhoven  |

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

- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist;
- Prof.dr. Jako Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap;
- Marjolijn Hugenholtz, huisarts en wetenschappelijk medewerker afdeling Implementatie;
- Femke Schoo, secretaresse.

Noot 26 (Paracetamol bij kinderen met koorts) en noot 34 (Paracetamol bij kinderen met koorts om de kans op een (recidief) koortsstuip te verlagen) werden volgens de GRADE methodiek uitgewerkt door Maureen van den Donk, wetenschappelijk medewerker/epidemioloog van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap.

## 2 Inleiding

### 2.1 Doel van de standaard

Deze standaard beoogt de huisarts in de huisartsenpraktijk (overdag) en op de huisartsenpost (avond-nacht-weekend) aanbevelingen te geven voor de diagnostiek en het beleid bij kinderen\* met kortdurende koorts (maximaal tien dagen). Daarnaast wordt het beleid bij koortsconvulsies in een aparte paragraaf besproken.

\*Onder kinderen worden personen onder de achttien jaar verstaan. Hoewel de standaard over kinderen tot achttien jaar gaat, hebben grote delen ervan met name betrekking op jonge kinderen tot vijf jaar, omdat bij deze groep koorts het meest voorkomt.

### 2.2 Afbakening van het onderwerp

De NHG-Standaard Kinderen met koorts gaat niet over de diagnostiek en het beleid bij kinderen met koorts die langer dan tien dagen duurt. Ook bevat de standaard geen richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van specifieke infectieziekten.

### 2.3 Werkwijze

De ontwikkeling van de standaard is gestart in mei 2014; in zes werkgroepvergaderingen stelde de werkgroep een conceptstandaard op. Zowel werkgroepleden als het NHG-staflid kwamen met tekstvoorstellen en aanbevelingen, die ter vergadering werden besproken.

De vergaderingen werden geleid door de NHG-medewerker (Wietze Eizenga), zonder dat er sprake was van een formeel voorzitterschap.

### 2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen, werkzaam in de dagpraktijk en op de huisartsenpost. De inhoud van de telefonische triage die in de standaard wordt besproken richt zich op triagisten op de huisartsenpost en op doktersassistentes in de huisartsenpraktijk, en gebeurt onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

### 2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties

De richtlijn is tot stand gekomen in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Een kinderarts, dr. Rianne Oostenbrink, werd namens de NVK afgevaardigd om voor deze revisie in de werkgroep plaats te nemen.

### 2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers

De Stichting Kind en Ziekenhuis is een organisatie die de belangen van het kind en ouders behartigt. Vanuit dat perspectief hebben zij de conceptstandaard voorzien van commentaar.

### 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. In juni 2015 vond daartoe een focusgroepbijeenkomst plaats onder leiding van Mireille Ballieux. 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 zijn 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 zorgverleners van deze richtlijn afwijken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd te doen, waar relevant in overleg met de patiënt of zijn/haar wettelijk vertegenwoordiger.

#### *Inbreng van de patiënt en gedeelde besluitvorming*

De NHG-Standaarden geven aanbevelingen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt dat zorg en behandeling worden afgestemd op de behoeften en voorkeuren van de patiënt of zijn/haar wettelijk vertegenwoordiger, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid.

Patiënt en zorgverlener beslissen samen over onderzoek, behandeling en zorg, zodat er sprake is van gedeelde besluitvorming. Uitwisseling van informatie over de voor- en nadelen van de opties, inclusief niet-behandelen, en bespreking van de voorkeuren en waarden van de patiënt zijn hierbij essentieel. De huisarts biedt de patiënt hiervoor de benodigde tijd en ondersteuning. Naasten van de patiënt worden, indien gewenst, betrokken bij besluitvormende gesprekken.

Om herhaling te voorkomen komen deze uitgangspunten echter niet telkens opnieuw expliciet in de richtlijntekst aan de orde.

#### *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. Evenmin bevatten standaarden gedetailleerde aanwijzingen over de beoordeling van het spoedeisende karakter van een hulpvraag als de patiënt zich telefonisch meldt bij de triagist tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten of bij de praktijkassistente tijdens praktijkturen. Meer gedetailleerde informatie hierover is te vinden in de NHG-TriageWijzer. Ook bij telefonische spoedbeoordeling geldt dat de huisarts verantwoordelijk blijft en moet toezien op de kwaliteit.

## **2.10 Belangenverstremming**

Alle werkgroepleden hebben een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremming ingevuld. Door de leden van de werkgroep werd door prof.dr. Marjolein Berger melding gemaakt van de volgende belangen: promotor van twee promovendi op onderzoek naar kinderen met koorts, waarvan de resultaten zijn opgenomen in de Standaard. De ingevulde belangenverklaringen zijn in te zien bij de webversie van de standaard op [www.nhg.org](http://www.nhg.org).

## **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), leden van de huidige werkgroep en praktiserend huisartsen (via de implementatiecoördinator van het NHG).

#### 3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen

Bij de start van de standaard werden de volgende uitgangsvragen geformuleerd. Aan de hand van hiervan werden door de medisch informatiespecialist *searches* uitgevoerd.

##### Vraag 1

Wat is de optimale methode om temperatuur te meten bij kinderen met koorts?

##### Vraag 2A

Welke (combinatie van) anamnestiche gegevens en symptomen bij het lichamelijk onderzoek zijn bij kinderen met koorts geassocieerd met een verhoogd risico op de aanwezigheid van een ernstige infectie?

##### Vraag 2B

Welke (combinatie van) anamnestiche gegevens en symptomen bij het lichamelijk onderzoek zijn bij kinderen met koorts geassocieerd met zelflimiterende infectieuze aandoeningen?

##### Vraag 2C

Zijn er voor de eerste lijn bruikbare predictiemodellen die op basis van klinische kenmerken en aanvullende diagnostiek de kans op ernstige infecties voorspellen bij kinderen met koorts?

##### Vraag 3

Wat is, ten opzichte van de anamnese en lichamelijk onderzoek, de aanvullende diagnostische waarde van laboratoriumdiagnostiek, bij het bepalen van het beleid?

##### Vraag 4

Welke factoren zijn geassocieerd met een achteruitgang van het klinisch beeld op korte termijn (i.e. minder dan zes uur) of geassocieerd met een onzeker verloop van het klinische beeld bij kinderen met koorts?

##### Vraag 5

Welke informatie met betrekking tot het omgaan met kinderen met koorts moet aan ouders van kinderen met koorts worden meegegeven als zij de huisartsenpraktijk of de HAP verlaten?

#### 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 studies 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.

#### 3.1.4 Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan doelmatigheid van de verschillende interventies. Er zijn geen kosteneffectiviteits- of budgetimpactanalyses gedaan.

#### 3.1.5 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

De literatuur werd deels door een wetenschappelijk medewerker (Wietze Eizenga) en deels door werkgroepleden 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 juni 2016 werd de ontwerpstandaard voor commentaar aan relevante beroepsorganisaties, huisartsen- en specialistenreferenten gestuurd. Commentaar werd ontvangen van referenten namens de volgende organisaties/verenigingen:

- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC)
- Pharos
- KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum (KNMP GIC)
- Zorginstituut Nederland (ZiNL)
- Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM)
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, sectie PI&I (NVK)
- Jeugdartsen Nederland (AJN)
- Nefarma
- Stichting Kind en Ziekenhuis (K&Z)
- Huisarts en Wetenschap (H&W)
- College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)

Op persoonlijke titel hebben de volgende referenten de ontwerpstandaard becommentarieerd:

- Drs. Eefje G.P.M. de Bont, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, CAPHRI, Maastricht University
- Em.prof.dr. Toine Lagro-Janssen, Gender & Women's Health, Head Centre sexual abuse and family violence Nijmegen

Naamsvermelding betekent overigens niet dat de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschreven wordt. Twee leden van de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) hebben tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. Het verzamelde commentaar werd door de voltallige werkgroep beoordeeld en leidde, waar nodig, tot aanpassing van de ontwerpstandaard. Op 20 april 2016 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

### **3.3 Procedure voor herziening**

Deze standaard zal periodiek worden herzien. Uiterlijk tussen acht en tien jaar na verschijnen wordt de Standaard geüpdatet. Iedere vijf jaar wordt gekeken of er een noodzaak is tot een eerdere update. 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.

© Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht  
Postbus 3231  
3502 GE Utrecht  
Tel. 030 - 282 35 00  
[www.nhg.org](http://www.nhg.org)

# Totstandkoming en methoden