

# TOTSTANDKOMING EN METHODEN

NHG-Behandelrichtlijn Reisziekte

*april 2017*



nederlands huisartsen  
genootschap

# Totstandkoming en methoden

NHG-Behandelrichtlijn Reisziekte



nederlands huisartsen  
genootschap

Utrecht, 26 april 2017

# Inhoudsopgave

<b>1 Samenstelling werkgroep</b>	<b>3</b>
<b>2 Inleiding</b>	<b>4</b>
2.1 Doel van de NHG-Behandelrichtlijn	4
2.2 Afbakening van het onderwerp	4
2.3 Werkwijze	4
2.4 Gebruikers van de richtlijn	4
2.5 Patiëntenperspectief	4
2.6 Presentatie	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
<b>4 Bijlagen</b>	<b>8</b>
4.1 Bijlage 1 Uitgangsvragen	8
4.2 Bijlage 2 Zoekstrategieën	8
<b>5 GRADE-tabel bij uitgangsvraag 3 Scopolamine</b>	<b>9</b>

# 1 Samenstelling werkgroep

De werkgroep bij behandelrichtlijnen wordt op bureau niveau vanuit de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG samengesteld.

<b>Wergroeplid</b>	<b>Affiliatie/instelling</b>
Zamire Damen	wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.
Egbert de Jongh	wetenschappelijk medewerker NHG, arts
Dr. Jip de Jong	wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.
Masja Loogman	wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts
Lisette Verlee	wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.
Laura de Vries	wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.
Dr. Iris Wichers	wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts
Dr. Margriet Bouma	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.
Dr. Gerda van der Weele	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.
Monique Verduijn	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, apotheker

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

- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist
- Prof.dr. Jako Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap en huisarts
- Aswintha Zuidhoek, management assistent

## 2 Inleiding

### 2.1 Doel van de NHG-Behandelrichtlijn

Deze behandelrichtlijn geeft aanbevelingen voor de behandeling van patiënten met reisziekte.

### 2.2 Afbakening van het onderwerp

Het sterke vermoeden van de aandoening in de titel wordt in deze NHG-Behandelrichtlijn als uitgangspunt genomen voor het beleid. De gegevens in de paragrafen *Achtergronden* en *Diagnostiek* in de behandelrichtlijn zijn ontleend aan algemeen geldende en gangbare bronnen, zoals (multidisciplinaire) richtlijnen en recente overzichtsartikelen en leerboeken.

In deze richtlijn is uitgegaan van uitgangsvragen over beleid die aan het begin van het traject zijn vastgesteld door de werkgroep.

### 2.3 Werkwijze

De ontwikkeling van de NHG-Behandelrichtlijn is gestart in 2016. In een werkgroepvergadering is een conceptrichtlijn besproken door de werkgroep. Daarvoor werd de literatuur systematisch samengevat en vertaald in aanbevelingen voor de praktijk (zie ook paragraaf 3.1).

### 2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen.

### 2.5 Patiëntenperspectief

De behandelrichtlijn is in de commentaarroude aangeboden aan de Patiëntenfederatie Nederland. Deze heeft de behandelrichtlijn zelf beoordeeld of voor commentaar voorgelegd aan de betrokken patiëntenorganisaties.

### 2.6 Presentatie

Deze versie van de NHG-Behandelrichtlijn is een inhoudelijke herziening van de oorspronkelijke FarmacoTherapeutische Richtlijn (FTR), met heldere en korte aanbevelingen en een transparante en expliciete verantwoording van de wijze waarop de aanbevelingen tot stand zijn gekomen.

### 2.7 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden 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.

### 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. Het persoonlijk inzicht van de huisarts is bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze behandelrichtlijn bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

## **2.9 Delegeren van taken**

NHG-Behandelrichtlijnen 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 behandelrichtlijnen daarvoor geen concrete aanbevelingen.

## **Inbreng van de patiënt**

De NHG-Behandelrichtlijnen 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.

## **2.10 Belangenverstrengeling**

Alle werkgroepleden hebben omdat zij werkzaam zijn bij het NHG een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling ingevuld. Door geen van de leden van de werkgroep werd belangenverstrengeling gemeld. De ingevulde belangenverklaringen zijn in te zien bij het onderdeel Behandelrichtlijnen 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 behandelrichtlijn heeft plaatsgevonden volgens de handleiding 'Ontwikkelen van NHG-Behandelrichtlijnen (2016)' (zie [www.nhg.org](http://www.nhg.org)). Deze handleiding is een verkorte versie van en verwijst waar mogelijk naar de handleiding 'Ontwikkelen van NHG-Standaarden' (2014) (zie [www.nhg.org](http://www.nhg.org)).

#### 3.1.1 Knelpuntenanalyse

Bij de start van het traject zijn knelpunten in beleid geïnventariseerd door de NHG Adviesraad Standaarden (NAS), afhankelijk van het onderwerp een wetenschappelijk vereniging en de werkgroep.

#### 3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen

Op basis van de knelpuntenanalyse zijn uitgangsvragen op het gebied van beleid geprioriteerd en bij voorkeur geformuleerd volgens het zogenoemde PICO-format (*patiënt, intervention, control, outcome*). Het overzicht van de uitgangsvragen is opgenomen in bijlage 1.

#### 3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur

Voor elke uitgangsvraag werd een literatuursearch uitgevoerd door een informatiespecialist van het NHG. 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. De gevonden literatuur werd gescreend op basis van titel en abstract. Op basis van consensus werd de meest relevante literatuur geselecteerd en de volledige tekst van het artikel aangevraagd.

De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze behandelrichtlijn (zie [www.nhg.org](http://www.nhg.org)).

#### 3.1.4 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs

Bij het beoordelen en beschrijven van het bewijs wordt gekeken naar de effectiviteit en veiligheid van de interventies met speciale aandacht voor het bestaan van klinisch relevante verschillen tussen interventies. De noten die het bewijs voor het beleid beschrijven maken gebruik van de koppenstructuur zoals die in NHG-Standaarden gebruikelijk is. Soms wordt hierbij gebruik gemaakt van een GRADE-profiel.

#### 3.1.5 Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt ook aandacht besteed aan doelmatigheid van de verschillende interventies. Kosten worden bij het proces van bewijs naar aanbeveling meegewogen door de werkgroep door aannames hierover te maken. Uitgangspunt daarbij is het NHG-Standpunt 'NHG-werkwijze keuze geneesmiddelen'. Er zijn geen formele kosteneffectiviteit- of budget-impactanalyses gedaan.

#### 3.1.6 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

De literatuur werd door een wetenschappelijk medewerker samengevat en beoordeeld. 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 eventuele aanpassingen gemaakt. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van het wetenschappelijk bewijs en (informele) consensus binnen de werkgroep.

### 3.2 Commentaar- en autorisatiefase

In november 2016 werd de conceptrichtlijn voor commentaar van huisartsen op het via internet beschikbare ledenforum van huisartsen (HAweb) van de NHG-website geplaatst. Er werden 5 commentaren retour ontvangen.

Daarnaast werd commentaar op de behandelrichtlijn gevraagd van: de Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC), het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); het Geneesmiddelenbulletin; InEen; Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP).

De NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) heeft tijdens de commentaarronde beoordeeld of de conceptrichtlijn antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. Op 1 maart 2017 werd de behandelrichtlijn becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

### **3.3 Procedure voor herziening**

Deze behandelrichtlijn zal periodiek worden herzien. Uiterlijk in 2022 bepaalt het NHG of deze richtlijn nog actueel is. De geldigheid van deze behandelrichtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.



## 4 Bijlagen

### 4.1 Bijlage 1 Uitgangsvragen

Uitgangsvraag		Cruciale uitkomstmaten (O)
<i>Beleid</i>		
1 (noot 3)	Welke niet-medicamenteuze maatregelen zijn effectief bij bewegingsziekte?	- Vermindering klachten - bijwerkingen
2 (noot 5)	Welke antivertigomiddelen (antihistaminica) zijn effectief bij bewegingsziekte?	- Vermindering klachten - bijwerkingen
3 (Noot 6)	Is scopolamine effectief bij bewegingsziekte?	- Vermindering klachten - bijwerkingen

### 4.2 Bijlage 2 Zoekstrategieën

Uitgangsvraag 1	
Zoekdatum	23 mei 2016
Database searched	PUBMED
Zoektermen	("Motion Sickness"[Mesh] OR motion sickness/prevention and control[mh] OR motion sickness[tiab] OR motionsickness[tiab] OR car sickness[tiab] OR carsickness[tiab] OR sea sickness[tiab] OR seasickness[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR systematic review[tiab] OR RCT[tiab] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR randomized controlled trial[pt] OR cohort studies[mh]) AND (ginger[tiab] OR alternative medicine[tiab] OR alternative therapy[tiab] OR exercise*[tiab] OR distraction[tiab] OR distracting[tiab] OR odor*[tiab] OR plants, medicinal[mh] OR relaxation/psychology[mh])

Uitgangsvraag 2	
Zoekdatum	25 mei 2016
Database searched	PUBMED
Zoektermen	("Motion Sickness/drug therapy"[Mesh] OR motion sickness[tiab] OR motionsickness[tiab] OR car sickness[tiab] OR carsickness[tiab] OR sea sickness[tiab] OR seasickness[tiab]) AND ("Histamine H1 Antagonists/therapeutic use"[Mesh] OR "Histamine H1 Antagonists"[Pharmacological Action] OR cyclizine[tiab] OR meclozine[tiab] OR cinnarizine[tiab] OR promethazine[tiab])

Uitgangsvraag 3	
Zoekdatum	23 mei 2016
Database searched	PUBMED
Zoektermen	("Motion Sickness/drug therapy"[Mesh] OR motion sickness[tiab] OR motionsickness[tiab] OR car sickness[tiab] OR carsickness[tiab] OR sea sickness[tiab] OR seasickness[tiab]) AND ("scopolamine hydrobromide/therapeutic use"[Mesh] OR scopolamine[tiab])

## 5 GRADE-tabel bij uitgangsvraag 3 Scopolamine

Question: Should Scopolamine be used for motion sickness? Bibliography: Spinks Cochrane-review											
Quality assessment							Summary of Findings				
Participants (studies) Follow-up	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Overall quality of evidence	Study event rates (%)		Relative effect (95%-CI)	Anticipated absolute effects	
							With Control	With Scopolamine		Risk with Control	Risk difference with Scopolamine (95%-CI)
prevention of sickness symptoms (nausea) vs placebo (assessed with: subjective reporting <sup>1</sup> )											
165 (5 studies)	serious <sup>2</sup>	no serious inconsistency <sup>3</sup>	no serious indirectness <sup>4</sup>	no serious imprecision	undetected <sup>5</sup>	⊕⊕⊕⊖ <b>MODERATE</b> <sup>2,3,4,5</sup> due to risk of bias	40/81 (49,4%)	18/84 (21,4%)	<b>RR 0,48</b> (0,32 to 0,73)	<b>494 nausea per 1000</b>	<b>257 fewer nausea per 1000</b> (from 133 fewer to 336 fewer)

<sup>1</sup> In this comparison scopolamine was administered transdermal in 2 studies or orally in 3 studies.

<sup>2</sup> All studies were reported randomised, only one described generation of allocation sequence. Whether allocation was adequately concealed was unclear. One study failed to report on its masking. All studies failed to report on losses to follow-up. No intention to treat analysis was undertaken.

<sup>3</sup> by eyeballing; I<sup>2</sup> = 0.0%.

<sup>4</sup> Mostly healthy males were included.

<sup>5</sup> Not analysed.

© 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