

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

NHG-Standaard Virushepatitis en andere lever-
aandoeningen (M22)

Utrecht, maart 2016



nederlands huisartsen
genootschap

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	6
3.3 Procedure voor herziening	7

1 Samenstelling werkgroep

Werkgroeplid	Affiliatie/instelling
prof.dr. Mattijs Numans	Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, hoofd afdeling Public health Eerstelijngeneeskunde van het LUMC te Leiden en huisarts te Utrecht
Moniek Perquin	Huisarts in opleiding aan het AMC te Amsterdam
Annemarie van Putten	Huisarts, Gouda
dr. Clemens Richter	Internist-infectioloog, Rijnstate Ziekenhuis te Arnhem, afgevaardigde namens de NIV
dr. Jan Maarten Vrolijk	MDL-arts, Rijnstate ziekenhuis te Arnhem, afgevaardigde namens de NVMDL, werkgroep hepatologie
Martijn Sijbom	Wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts
dr. Margriet Bouma	Teamleider Richtlijnontwikkeling en Wetenschap NHG, huisarts n.p.

Dr. Annelies Riezebos, microbioloog, UMCG, Groningen en dr. Rolf Vreede, microbioloog, Reinier de Graaf Gasthuis, gaven namens de NVMM bij aanvang van de herziening inbreng voor de knelpuntenanalyse en becommentarieerden tijdens de herziening de conceptaanbevelingen over de diagnostiek.

Ariene Rietveld, arts Maatschappij en Gezondheid, Infectieziektebestrijding, becommentarieerde namens het Landelijke Overleg Infectieziekten (LOI) de paragraaf aangifteplicht en bronopsporing. Dinky de Haseth en Anne In der Maur, beide huisarts in opleiding aan het AMC, werkten mee aan de totstandkoming van noot 22.

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

- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist
- Jacintha van Balen, huisarts, teamleider Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, LESA rationeel aanvragen laboratoriumdiagnostiek
- Monique Verduijn, apotheker, senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie
- dr. Jako Burgers, huisarts, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Karin van Haaren, huisarts, medewerker van de afdeling Implementatie
- Wendy Borneman, huisarts, medewerker van de afdeling Implementatie
- Michael Kijser, huisarts, medewerker van de afdeling Implementatie
- Femke Schoo, secretaresse

2 Inleiding

2.1 Doel van de standaard

Deze standaard beoogt aanbevelingen te geven voor de huisarts voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met virushepatitis en andere leveraandoeningen en heeft als doel om de ziektelast ten gevolge van virushepatitis en andere leveraandoeningen terug te dringen.

2.2 Afbakening van het onderwerp

Het uitgangspunt van deze standaard zijn virushepatitis of andere leveraandoeningen.. Zeldzame leveraandoeningen blijven buiten beschouwing. De standaard richt zich met name op de diagnostiek en verwijsindicaties bij hepatitis B en C.

2.3 Werkwijze

De ontwikkeling van de standaard is gestart in 2013. In vijf werkgroepvergaderingen stelde de werkgroep een conceptstandaard op. Daarbij vatte de betrokken NHG-medewerker (MS) het bewijs systematisch samen en bereidden de werkgroepleden de conceptaanbevelingen voor ter bespreking tijdens de vergaderingen. De NHG-medewerker (MS) leidde de vergaderingen, 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 virushepatitis of andere leveraandoeningen betrokken zijn.

2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties

De richtlijn is in overleg met de NIV en NVMDL tot stand gekomen om ervoor te zorgen dat het beleid aansluit bij de zorgverleners in de tweede lijn. De paragraaf Aanvullende diagnostiek is afgestemd met de NVMM. De paragraaf Aangifteplicht is in samenwerking met het LOI herzien.

2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers

De Nederlandse Leverpatiënten Vereniging (NLV) leverde bij het begin van de herziening knelpunten aan. Voor het achterhalen van waarden en voorkeuren van patiënten is een systematische zoekactie in de literatuur uitgevoerd. Hierbij werden geen relevante onderzoeken gevonden. Tijdens de commentaarronde is de NLV om commentaar gevraagd.

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. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer de huisarts van deze richtlijn afwijkt, 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. 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. De volgende belangen zijn gemeld door de werkgroep: C. Richter heeft zitting in de hepatitis-adviesraden van BMS en Janssen en had zitting in de hepatitis-adviesraden van MSD en Roche. De ingevulde belangenverklaringen zijn in te zien bij de webversie van de standaard op 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 de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#).

3.1.1 Knelpuntenanalyse

Bij de start van het traject zijn knelpunten geïnventariseerd door de NHG-Adviesraad (NAS), Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC), NLV, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, NVMM, BIBHep/liverdoc, NVMDL, NIV, Nederlandse Vereniging Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde en de leden van de huidige werkgroep. Er is tevens een enquête uitgezet via HAweb (respons n = 1) en LinkedIn (n = 1) om factoren voor acceptatie en invoering van de vorige standaard te achterhalen die mogelijk een belemmerende rol zouden kunnen spelen bij de toekomstige implementatie van de herziene standaard.

3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen

Op basis van de knelpuntenanalyse zijn uitgangsvragen geformuleerd, waar mogelijk volgens het zogenoemde PICO-format (patiënt, interventie, controle, outcome). Voor meer informatie over de procedure wordt verwezen naar de de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#).

3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur

Voor elke uitgangsvraag werd een literatuurschouw uitgevoerd door de literatuurspecialist van het NHG. Er is in eerste instantie gezocht naar systematische reviews (SR) en (buitenlandse) richtlijnen van goede kwaliteit die konden worden gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvragen. De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard (zie www.nhg.org).

3.1.4 Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan doelmatigheid. Kosten worden bij het proces van bewijs naar aanbeveling meegewogen door de werkgroep door aannames hierover te maken. Er zijn geen kosteneffectiviteit- of budgetimpactanalyses gedaan.

3.1.5 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

Een wetenschappelijk medewerker van het NHG (MS) vatte de literatuur samen en beoordeelde die. Vervolgens werd in samenwerking met een inhoudelijk deskundig werkgroep lid 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. Het verantwoordelijke werkgroep lid 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.

3.2 Commentaar- en autorisatiefase

In mei 2015 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar een aantal referenten gestuurd. Er werd commentaar ontvangen van de volgende referenten: L.J. Boomsma, huisarts en senior beleidsadviseur, namens de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV); dr. H.J.M.G. Nelissen-Vrancken, senior apotheker, namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van Huisarts & Wetenschap; J.J. Oltvoort, senior beleidsmedewerker gezondheidseconomie, namens Nefarma; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het Geneesmiddelenbulletin; M.L.A. Favié, voorzitter Bogin; prof.dr. H.G.M. Leufkens, namens het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG); J.A. Willemse, namens de NLV; J.C. Korver, huisarts/medisch manager, werkzaam bij Primair Huisartsenposten, namens InEen; M.J. Boer, medisch consultant, huisarts

n.p. en prof. em. S. Schalm, lever-specialist n.p., werkzaam bij LiverDoc, beiden namens ExpertDoc; de NIV; dr. A.A. van der Eijk, arts-microbioloog, werkzaam op de afdeling Viroscience van het Erasmus MC te Rotterdam, namens de NVMM; dr. P.M.W. Janssens, klinisch chemicus, werkzaam bij Rijnstate ziekenhuis, namens de NVKC; dr. E.A. Croes, arts-epidemioloog, namens het Trimbos-instituut; dr. H. Ruijs, arts Maatschappij en Gezondheid en dr. A. Urbanus, beleidsadviseur, beiden werkzaam bij het RIVM-CIb, namens de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI); drs. M. Le Comte, apotheker, drs. K. Hagendoorn-Becker, apotheker, dr. A.L.M. Kerremans, internist en klinisch farmacoloog, dr. J.J. Kerremans, arts-microbioloog, werkzaam bij het Bronovo ziekenhuis te Den Haag, Alrijne Ziekenhuis te Leiden en dr. T. Schalekamp, apotheker, allen namens de Werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie (WFG) en het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; M-L. van Oppenraay, apotheker en adviseur-redacteur bij het Farmacotherapeutisch Kompas, namens Zorginstituut Nederland (ZIN); M. Popeijus, arts Maatschappij en Gezondheid, MPH, werkzaam bij Coöperatie VGZ UA, namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN); J.P. Pennings, radioloog, werkzaam bij het UMC te Groningen, namens de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR); dr. H. Philips, huisarts, werkzaam bij de Universiteit Antwerpen, namens de Domus Medica, Commissie Richtlijnen; dr. L.C. Baak, mdl-arts, werkzaam in Onze Lieve Vrouwe gasthuis te Amsterdam, namens de NVMDL.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. Dr. F. Edskes en dr. W.L.M. Willems hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsplan. In oktober 2015 werd de standaard besproken en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

3.3 Procedure voor herziening

Deze standaard zal periodiek worden herzien. Uiterlijk in 2021 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.

© 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

Totstandkoming en methoden