

4. KNELPUNTENANALYSE EN OPSTELLEN UITGANGSVRAGEN

Als de samenstelling van de werkgroep vaststaat, is het belangrijk het onderwerp van de richtlijn verder af te bakenen. De keuzes in deze fase bepalen in hoge mate wat wel en niet in de richtlijn ter sprake komt en hoe goed de richtlijn tegemoet komt aan de behoeften van de beoogde gebruikers. Een zorgvuldige afbakening vormt op zich al een belangrijke voorwaarde voor de acceptatie en toepasbaarheid van de richtlijn. Daarnaast is het noodzakelijk om in een vroeg stadium definities vast te stellen van de concepten en begrippen waarmee wordt gewerkt, zodat elk groepslid 'over hetzelfde praat'.

4.1 Knelpuntenanalyse

Op basis van het reeds geformuleerde onderwerp van de werkgroep vindt een knelpuntenanalyse plaats. Deze moet zorgen dat de richtlijn zo goed mogelijk aansluit bij de behoeften van de dagelijkse praktijk. Het resultaat van een dergelijke analyse is een reeks knelpunten, die door de richtlijn opgelost moeten worden. Deze knelpunten kunnen zowel medisch-inhoudelijk als zorgorganisatorisch/procesmatig van aard zijn. Naast zorgverleners kunnen ook patiënten, zorgverzekeraars en beleidsmakers of andere partijen bij de inventarisatie van de knelpunten worden betrokken. Als zorgverleners uit het veld worden geraadpleegd, dan zijn zij direct op de hoogte dat er een start is gemaakt met de ontwikkeling van de richtlijn: een eerste stap voor de implementatie van de richtlijn!

Een knelpuntenanalyse kan op verschillende manieren worden uitgevoerd:

- brainstorm met de werkgroep;
- literatuuronderzoek;
- focusgroepen met hulpverleners en/of patiënten;
- digitale discussiefora met hulpverleners en/of patiënten;
- enquête onder hulpverleners of patiënten.

Indien het resultaat van de knelpuntenanalyse bestaat uit een omvangrijke en heterogene lijst met aangedragen knelpunten, zal een prioritering moeten plaatsvinden. De vraag of een richtlijn de beste oplossing voor de genoemde knelpunten kan bieden, is hierbij doorslaggevend. Daarnaast gehanteerde criteria zijn: ziektelast, gezondheidswinst, omvang en ernst van de ervaren problematiek. Het is ook mogelijk om tijdens de knelpuntenanalyse een lijst van mogelijke uitgangsvragen te laten prioriteren door hulpverleners en/of patiënten.

Het is van belang de geformuleerde knelpunten te documenteren. Op deze manier kan in een later stadium van de richtlijnontwikkeling gekeken worden of de aanbevelingen in de uiteindelijke richtlijn echt antwoord geven op de bij de start geïnterpreteerde knelpunten en of er knelpunten niet behandeld zijn.

4.2 Opstellen uitgangsvragen

Uitgangsvragen zijn die vragen waarvoor in de richtlijn een antwoord in de vorm van een aanbeveling zal worden geformuleerd. Een uitgangsvraag wordt opgesteld op basis van de geïnterpreteerde knelpunten en bestaat uit bepaalde elementen: bijvoorbeeld de patiëntenpopulatie (denk hierbij aan diversiteitsaspecten zoals sekse, leeftijd, etniciteit en

genetische kenmerken) waarop de vraag betrekking heeft en in welke uitkomstmaten de werkgroep is geïnteresseerd. De uitgangsvragen vormen de kapstok van de te ontwikkelen richtlijn en zijn het vertrekpunt voor het literatuuronderzoek. De werkgroep definieert de uitgangsvragen en stelt deze in een plenaire vergadering vast. Binnen de begroting van het richtlijnontwikkeltraject is plaats voor een beperkt aantal uitgangsvragen. Zie voor voorbeelden van uitgangsvragen [bijlage I](#).

BIJLAGE I. VOORBEELDEN

Voor verschillende stappen in het proces van richtlijnontwikkeling worden hieronder voorbeelden gegeven. U vindt hier zowel goede als onduidelijke ('foute') voorbeelden.

Voorbeelden van uitgangsvragen

Onduidelijk

- Hoe wordt griep behandeld?
- Welk diagnostisch instrumentarium is beschikbaar in de verschillende settings om de verschillende niveaus en vormen van de stoornissen vast te stellen.
 1. Dit kan een oneindige reeks worden; welke moet je gebruiken?
 2. Dit zijn misschien wel 10 uitgangsvragen in één (afhankelijk van hoeveel diagnostische instrumenten, settings en niveaus en vormen van stoornissen er zijn).

Goed

Medisch inhoudelijk

- Wat is de efficiëntste diagnostische methode om H.pylori vast te stellen?
- Welke behandeling heeft de voorkeur bij het niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) stadium IV in de eerste en tweede lijn?
- Voor welke diagnose/behandeling bij NSCLC is advies van/verwijzing naar een gespecialiseerd centrum noodzakelijk?
- Wat is de waarde van aanvullende diagnostiek bij patiënten met niet-nader-onderzochte maagklachten in termen van: a) het vinden van een verklaring voor de klacht; b) verbetering van kwaliteit van leven; c) vermindering van medicatiegebruik?
- Welke behandelingsvormen komen in aanmerking voor primaire palliatieve behandeling bij mondholte- of oropharynxcarcinoom?
- Welke vormen van ondersteunende zorg dienen in de behandelingsfase te worden aangeboden bij patiënten met mondholte- of oropharynxcarcinoom?
- Welke voedingsmaatregelen zijn zinvol bij de preventie van decubitus?
- Kan bij patiënten met constitutioneel eczeem het gebruik van een dekbed-en matrashoes het ontstaan en/of verergering van het eczeem voorkomen?
- Wat is, bij een eenmaal geconstateerd carpale-tunnelsyndroom, de waarde van onderzoek naar co-morbiditeit?

Organisatorisch

- Welke zorg voor vrouwen met een primair behandeld mammacarcinoom kan door de chirurg gedelegeerd worden aan de nurse practitioner?
- Welke specialismen behoren betrokken te worden in een stroke unit? Welke zijn de intra-hospitale barrières voor trombolysie en hoe kunnen deze weggenomen worden?
- op welke manier moet de zorg voor de thuiswonende CVA-patiënt georganiseerd zijn/worden met betrekking tot continuïteit en coördinatie van zorg?

Voorbeeld: van uitgangsvraag naar zoekvragen

Uitgangsvraag

Wat is de rol van fysiotherapie bij de behandeling van patiënten met reumatoïde artritis?

Zoekvraag

Voorkomt of vermindert fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling stoornissen in lichaamsfuncties met name bewegingsbeperkingen spierfunctie- en conditieverlies.

PICO

- P patiënt met Reumatoïde Arthritis
- I fysiotherapie
- C geen fysiotherapie
- O voorkomen van ziekteprogressie, stoornissen in lichaamsfuncties

Voorbeeld zoekcriteria

Databases: Cochrane Library, Medline, Embase

Jaartal: vanaf 1999

Talen: Nederlands, Engels, Duits, Frans

Soort onderzoek :Meta-analyses, systematische reviews, randomised controlled trials

Formulering P:

- 5 "Arthritis-Rheumatoid"/ all subheadings
- 6 "Arthritis-Juvenile-Rheumatoid"/ all subheadings
- 7 "Rheumatoid-Nodule"/ all subheadings
- 8 "Sjogren's-Syndrome"/ all subheadings
- 9 "Arthritis"/ all subheadings
- 10 (arthritis near rheumatoid) in ti,ab
- 11 (undifferentiated near arthritis) in ti,ab
- 12 (undifferentiated near polyarthritis) in ti,ab
- 13 (inflammatory near arthritis near early) in ti,ab
- 14 (early near arthritis) in ti,ab
- 15 (arthritis near unclarified) in ti,ab
- 16 polyarthritis in ti,ab .
- 17 "Rheumatic-Diseases"/ all subheadings
- 18 #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17

Voorbeeld Zoekstrategie

- 1. "Arthritis-Rheumatoid"/ all subheadings
- 2. "Arthritis-Juvenile-Rheumatoid"/ all subheadings
- 3. "Rheumatoid-Nodule"/ all subheadings
- 4. "Sjogren's-Syndrome"/ all subheadings
- 5. "Arthritis"/ all subheadings
- 6. (arthritis near rheumatoid) in ti,ab
- 7. (undifferentiated near arthritis) in ti,ab
- 8. (undifferentiated near polyarthritis) in ti,ab
- 9. (inflammatory near arthritis near early) in ti,ab
- 10. (early near arthritis) in ti,ab
- 11. (arthritis near unclarified) in ti,ab
- 12. polyarthritis in ti,ab .

13. "Rheumatic-Diseases"/ all subheadings
14. #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17
15. (dutch or german or french or english) in la
16. explode "Physical-Therapy-Techniques"/ all subheadings
17. explode "Exercise-Therapy"/ all subheadings
18. (exercise? or (physical near5 ther*)) in ti,ab
19. #21 or #22 or #23
20. "physical fitness" in MIME,MJME
21. explode "Human-Activities"/ all subheadings
22. (fitness* or (function* near5 activit*)) in ti,ab
23. #25 or #26 or #27
24. META-ANALYSIS in PT
25. meta-anal*
26. metaanal*
27. quantitativ* near review*
28. quantitativ* near overview*
29. systematic* near review*
30. systematic* near overview*
31. methodologic* near review*
32. methodologic* near overview*
33. review in pt
34. medline
35. #45 and #46
36. #29 or #30 or #31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36 or #37 or #40
37. randomized-controlled-trial in pt
38. controlled-clinical-trial in pt
39. randomized-controlled-trials
40. random-allocation
41. double-blind-method
42. single-blind-method
43. (random near (selection? or sample?)) in ti,ab
44. #42 or #43 or #44 or #45 or #46 or #47 or #48 or random*
45. #19 and #20 and #24 and #28 and (#41 or #49)

Format lege richtlijn

Uitgangsvraag

Inleiding

Korte inleiding relevantie uitgangsvraag

Selectiecriteria literatuur: Welke criteria zijn gehanteerd bij de selectie van de literatuur (transparantie)

Samenvatting van de literatuur

Korte samenvatting van onderzoeken Æ auteur naam + jaartal noemen

Conclusies

	Het is aangetoond dat...
Niveau 1	
	<i>bronnen (mate van bewijs + auteur naam + jaartal)</i>

	Het is aannemelijk/waarschijnlijk dat...
Niveau 2	
	<i>bronnen (mate van bewijs + auteur naam + jaartal)</i>

	Er zijn aanwijzingen/het lijkt waarschijnlijk dat...
Niveau 3	
	<i>bronnen (mate van bewijs + auteur naam + jaartal)</i>

	De experts/werkgroep zijn/is van mening dat...
Niveau 4	
	<i>bronnen (mate van bewijs + auteur naam + jaartal)</i>

Overige overwegingen

Bij overige overwegingen kan men informatie kwijt over:

- *Veiligheid (bijv. bijwerkingen, risico's en complicaties)*
- *Patiëntenperspectief (bijv. behoeften van de patiënt, te verwachten tevredenheid)*
- *Professioneel perspectief (bijv. tijdsbesparing)*
- *Beschikbaarheid van de voorzieningen*
- *Kosten*
- *Zorgorganisatie*

Æ dus alle andere aspecten die niet in wetenschappelijke onderzoek zijn onderzocht maar wel van belang zijn bij het formuleren van de aanbeveling!!!!

Aanbevelingen

--

--

De aanbeveling dient de uitgangsvraag te beantwoorden

Voorkeursformuleringen van aanbevelingen zijn:

Sterk aan te bevelen / dienen / moeten / is de eerste keuze / is geïndiceerd / is vereist

Is de standaard / wordt als standaard beschouwd

Aan te bevelen / adviseren / heeft de voorkeur / streven naar / verdient aanbeveling

Te overwegen / is een optie / kan / er is mogelijk plaats / kan zinvol zijn

Kan geen aanbeveling worden gegeven / niet mogelijk een keuze te maken / er is geen voorkeur uit te spreken

Verdient niet de voorkeur / er is terughoudendheid geboden

Te ontraden / af te raden

Literatuurlijst in Vancouverstijl

Voorbeelden van een evidence tabel

Therapie

Auteur	Jaartal	Type onderzoek	Aantal patiënten	Patiëntenpopulatie* (evt. GOLD stadium)	Follow-up	Interventie	Controle-interventie	Inhoudelijk resultaat	Mate van bewijs
Sestini	2002	Cochrane systematische review	296	(ptn met chronische bronchitis of COPD, tenminste 212 mannen, FEV ₁ <70% voorspeld	7 dgn-4 wkn	Salbutamol, fenoterol, terbutaline, bitolterol, pirbuterol, reproterol, orciprenaline	placebo	Sign afname dyspnoe (p=0,003) en vermoeidheidsklachten (p=0.0003); sign toename FEV ₁ (WMD 0,14 l, 95%BI 0,04-0,25), FVC (WMD 0,3 l, 95%BI 0,02-0,6), ochtend PEF (WMD 29,2 l/min, 95%BI 0,25-58,1); Placebogebruikers 2x zoveel kans op uitval i.v.m. kortwerkende luchtwegverwijders (46 vs 22 ptn, RR 0,49, 95%BI 0,33-0,73); geen evidence dat kortwerkende LWV leidt tot verbeterd inspanningsvermogen; ptn-voorkeur voor kortwerkende B2-agonisten i.v.m. placebo (OR 9,04, 95%BI 4,6-17,6)	A2
Liesker	2002	systematische review	657	gem lft 58-72 jr, gem FEV ₁ 0,7-1,7 l, GOLD stadia niet vermeld		Ipratropium (10 studies), Oxitropium (6 studies), Atropine (4 studie)	placebo	16/17 studies hebben sign toename FEV ₁ (128-300 ml) gevonden; 4/8 studies sign effecten op ΔWmax; 6/12 sign effecten op ΔVO ₂ max; 4/6 studies vonden sign verbetering van de 6-12 MWD	A1
Mahler	1999	RCT	411	COPD ptn gem lft 63.5 jr, 74% man, gem FEV ₁ 40% van voorspeld/ GOLD II-IV	12 wkn	Salmeterol 2 dd 42 µg of ipratropium 4 dd 36 µg	placebo	sign verbetering dyspnoe-score (TDI), sign toename FEV ₁ (p<0,026); verminderde noodzaak voor gebruik aanvullende/rescue medicatie bij ptn; sign hogere kwaliteit van leven score (Chronic respiratory Disease Questionnaire) i.v.m. placebo (p =0,007)	A2
Dahl	2001	Dubbelblinde RCT	780	COPD ptn gem lft 63,7 jr, 75% man, gem FEV ₁ 45% pred / GOLD II-III	12 wkn	Formoterol 2 dd 12 µg of 2 dd 24 µg of ipratropium 4 dd 40 µg	placebo	ΔFEV ₁ 0,137 l vs placebo; geen verminderde noodzaak voor gebruik aanvullende/rescue medicatie (p=0,147); geen effect ipratropium op kwaliteit van leven	A2
Rennard	2001	Dubbelblinde RCT	405	gem lft 63,1 jr, 63% man, gem FEV ₁ 1.5 l / GOLD II-III	12 wkn	Salmeterol 2 dd 42 µg of ipratropium 4 dd 36 µg	placebo	toename FEV ₁ p<0,001; sign minder exacerbaties (p<0,005), verminderde noodzaak voor gebruik aanvullende/rescue medicatie; geen effect op kwaliteit van leven.	A2

Diagnostiek

Tabel: De voorspellende waarde van klinische testen (* NCS = nerve conduction study = zenuwgeleidingsonderzoek)

Auteurs, jaartal	Mate van bewijs	Studie type	Populatie (incl. steekproefgrootte)	Inclusie criteria	Indextest (diagnostisch onderzoek)	Controle (referentietest)*	Outcome (effectmaat)	Resultaat	Opmerkingen, commentaar
D'Arcy & McGee, 2000	A1	systematische review	12 studies (geselecteerd uit 42 studies)	heldere test-omschrijving; statistisch correcte onderbouw-wing	4 anamnestiche gegevens, zwakte van duimabductie, thenar atrofie, 4 sensibele testen, 7 provocatie-testen.	CTS-symptomen en afwijkende bevindingen + NCS	voorspellende waarde (likelheid ratios)	Weinig of geen diagnostische waarde: Tincl, Phalen, duimuis atrofie, 2 punts-, vibratie- en monofilament testen; én nachtelijke paraesthesieën Andere testen: nog onduidelijk.	patiënten verwezen met de vraagstelling CTS, maar zonder afwijkende NCS werden als symptomatische controles beschouwd. Onderzoek betrof geselecteerde patiënten en niet patiënten uit de algemene populatie (selectiebias?)
De Krom et al., 1990	A2	vergelijkend diagnostisch onderzoek bij patiënten met CTS klachten uit algemene bevolking	Algemene bevolking (504)	Nachtelijke klachten aan de vingers geïnnerveerd door de n. medianus	6 provocatie-testen; Lüthy, thenar atrofie, zwakte duimuispij., hypalgesie en hyperpathie	NCS	positief of negatief zijn van de test	lage voorspellende waarde van alle onderzochte testen, ook bij een combinatie van de beste drie	NCS als gouden standaard voor CTS
Katz et al. 1990	B	vergelijkend diagnostisch onderzoek	110 patiënten	verwezen voor neurofy-siologisch oz. voor diverse vormen van brachialgie	Tincl, Phalen, sens. afwijking, handpijndiagrama namnestische gegevens, neurologisch oz.	NCS	positive predictive values (PPV)	beste predictoren: handpijndiagram en Tincl (PPVs 0.59 en 0.55). de andere items hadden weinig predictieve waarde	NCS als gouden standaard voor CTS
Massey-Westrop et al., 2000	B	systematische review	21 studies	artikelen waarin testen afzonderlijk werden vergeleken met NCS	14 verschillende testen	NCS	een scorings-systeem van De Vet et al. (1997)	polsbuiging en druk op carpale tunnel scoorden het hoogst, 2-punts discriminatie het laagst	onoverzichtelijke scorings- resultaten; uitsluitend asymptomatische controles

Voorbeelden van een

conclusie (ontleend aan evidence tabel therapie hierboven)

Niveau 1	<p>SABA's geven een significante afname van dyspnoe en vermoeidheidsklachten. Het gebruik van SABA's leidt tot een significante toename van FEV₁, FVC en ochtend PEF. SABA's leiden niet tot een verbeterd inspanningsvermogen.</p> <p><i>A1 Sestini, 2002</i></p>
-----------------	---

Niveau 1	<p>Ipratropium geeft een significante toename in longfunctie (FEV₁) (GOLD II-IV).</p> <p><i>A1 Liesker, 2002</i> <i>A2 Rennard, 2001; Mahler, 1999; Dahl, 2001</i></p>
-----------------	---

Niet wenselijk

Algemene conclusie, die niet op basis van de literatuur getrokken kan worden

Niveau 1	<p>De beste medicamenteuze behandeling voor COPD bestaat uit een onderhoudsdosis ipratropium.</p> <p><i>A1 Liesker, 2002</i> <i>A2 Rennard, 2001; Mahler, 1999; Dahl, 2001</i></p>
-----------------	--

Conclusie geformuleerd als aanbeveling

Niveau 1	<p>Patiënten met COPD dienen behandeld te worden met een onderhoudsdosering kortwerkende luchtwegverwijders.</p>
-----------------	--

	A1 <i>Liesker, 2002</i> A2 <i>Rennard, 2001; Mahler, 1999; Dahl, 2001</i>
--	--

Voorbeelden van overige overwegingen

Onduidelijk

De overige overwegingen niet benoemen wordt als onduidelijk ervaren.

Conclusie

Niveau 1	Profylactisch antibioticagebruik vermindert het risico op het krijgen van een exacerbatie en vermindert het aantal ziektedagen per maand bij patiënten met COPD en chronische bronchitis. A1 <i>Black, 1974</i>
-----------------	--

Aanbeveling

Profylactische antibiotica worden als onderhoudsbehandeling bij COPD niet aanbevolen.

Op basis van de wetenschappelijke conclusie zou u hier verwachten dat profylactische antibiotica aanbevolen worden. In de aanbeveling staat echter vermeld dat dit niet het geval is. Overige overwegingen hiertussen kunnen hiervoor de verklaring geven.

Goed

Conclusie

Niveau 1	Profylactisch antibioticagebruik vermindert het risico op het krijgen van een exacerbatie en vermindert het aantal ziektedagen per maand bij patiënten met COPD en chronische bronchitis. A1 <i>Black, 1974</i>
-----------------	--

Overige overwegingen

De data waarop deze conclusie is gebaseerd zijn sterk verouderd. Tegenwoordig zijn andere antibiotica in gebruik en bovendien andere inhalatiemedicatie. Tevens speelt resistentie bij onderhoudsdoseringen antibiotica een rol.

Aanbeveling

Profylactische antibiotica worden als onderhoudsbehandeling bij COPD niet aanbevolen.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat een dag en nacht gedragen spalk effectiever is in verbetering van klachten (maar niet in verbetering van functionele status) dan een uitsluitend nachtelijk gedragen spalk. B <i>Walker, 2000</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

Tijdens de richtlijnontwikkeling CTS is een enquête gehouden onder 18 CTS patiënten met als doel het patiëntenperspectief in kaart te brengen. Uit deze enquête komt naar voren dat het overdag dragen van de spalk veel beperkingen oplevert en door veel patiënten als niet haalbaar wordt gezien.

Aanbeveling

De werkgroep adviseert 's nachts een spalk te dragen. Bij veel klachten kan de patiënt er zelf voor kiezen de spalk ook overdag te dragen, omdat dit de klachten nog verder kan verminderen.

Voorbeelden van aanbevelingen

Niet wenselijk

Aanbeveling in de vorm van een conclusie

Lage rugklachten zijn een belangrijke oorzaak van ziekteverzuim. Langdurig ziekteverzuim verkleint de kans op succesvolle reïntegratie.

Dit is eigenlijk een conclusie. Een betere aanbeveling zou hier zijn: De werkgroep adviseert een vroegtijdige terugkeer naar het werk te stimuleren en de terugkeer van de patiënt met lage rugklachten met hulpmiddelen te faciliteren.

Aanbeveling die niet concreet genoeg is

Indien de lage rugklachten blijven bestaan, is beeldvormend onderzoek geïndiceerd.

Bij deze aanbeveling ontbreekt bijvoorbeeld de termijn van de klachten en de soort beeldvormend onderzoek.

Goed

De werkgroep is van mening dat indien er geen contra-indicaties zijn voor behandeling met corticosteroiden, behandeling met systemische corticosteroiden gedurende 14 dagen voor chirurgie overwogen moet worden bij patiënten met ernstige CRS met neuspoliepen.

Er is geen indicatie voor screening met mammografie bij mannen.

Mammadiagnostiek bij mannen kan op dezelfde wijze worden uitgevoerd als bij vrouwen:

- jonger dan 30 jaar: echografie;
- ouder dan 30 jaar: mammografie, bij onduidelijke bevindingen aangevuld met echografie en punctie.

Voorbeeld van een flowchart

Flowchart Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement

