

Bijlage 1:

VERANTWOORDINGSDOCUMENT

Bij Richtlijn “Reumatoïde Artritis en Participatie in arbeid”

Inleiding

Deze richtlijn is ontwikkeld in het kader van het programma “Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ)” van ZonMw. Dit programma beoogt de multidisciplinaire samenwerking tussen beroepsbeoefenaren in de zorg te bevorderen met als uitgangspunt zowel de beheersing van het ziekteproces als het herstel van het maatschappelijk functioneren en participeren van patiënt.

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) is het voorstel gedaan binnen dit ZonMw-programma een richtlijn te ontwikkelen over reumatoïde artritis (RA) en functioneren in arbeid. In 2007 was zowel de CBO-richtlijn “Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis” gepresenteerd als een verzekeringsgeneeskundig protocol Reumatoïde Artritis. Daarbij werd zichtbaar dat de kennis nog niet gebundeld was, en er nog geen richtlijn was die het belang van de cliënt in de volle omvang weerspiegelde, zowel gericht op lichamelijke en geestelijke gezondheid als sociaal maatschappelijk functioneren. Juist bij een chronische aandoening als reumatoïde artritis zijn beide aspecten relevant en kunnen concrete stappen gezet worden in de richting van synthese van beide doelen en multidisciplinaire samenwerking.

Doelstelling van de richtlijn

De doelstelling van de richtlijn is te komen tot een uitgangspunt voor behandelings- en begeleidingsstrategieën, gericht op herstel van optimaal functioneren, alsmede positioneren van het belang voor arbeid. Uitgangspunt daarbij is, dat de reumatologie al stappen in de richting van deze synthese heeft gezet, en dit proces moet worden voltooid. Dit vereist de bereidheid paradigma’s ter discussie te stellen en tot paradigmaverandering te komen. Essentieel daarbij is de keuze en definitie van het belang van de cliënt als uitgangspunt van de richtlijn, en inbedding hiervan als centraal thema binnen de richtlijn.

De aanvankelijke doelstelling was de richtlijn te richten op alle vormen van participatie, zowel in de huishouding, in de sociale rollen als in betaalde en niet betaalde arbeid. Omdat vrijwel alle onderzoek zich echter uitsluitend richt op arbeid, is vervolgens besloten de richtlijn te concentreren op alle vormen van arbeid, zowel onbetaalde als betaalde.

Consensus was verder de richtlijn niet te richten op de rollen, die iedere discipline daarbij vervult of kan vervullen, maar op de behoefte van de cliënt, dus vanuit de werknemer/patiënt. De inhoud van het proces moet meer bepalend zijn, dan de vraag wie de betreffende activiteit moet uitvoeren.

Dit moet resulteren in beter behoud van gezondheid en sociale rollen, inclusief arbeid, voor de patiënten met reumatoïde artritis.

Betrokkenheid van Belanghebbenden

De richtlijn is ontwikkeld op initiatief van de NVVG en is ondersteund door de Ned. Vereniging voor Reumatologie (NVR), de Ned. Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Reumapatiëntenbond (nu opgegaan in Reumafonds), de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVVE) en de Vereniging voor Revalidatie-artsen (VRA). In een gezamenlijke bijeenkomst op 11 maart 2008 hebben de betreffende verenigingen ingestemd met de werkwijze en bemensing van de richtlijn groepen. Er is subsidie verkregen van ZonMw (programma KKCZ, projectnr.150020020).

Ook de CG-Raad, Nederlandse Orthopedische Vereniging, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Nederlandse Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Reumatologie, en het Nederlands Instituut voor Psychologie zijn betrokken bij de realisatie van de richtlijn en in de gelegenheid gesteld commentaar te leveren op de richtlijn in concept.

De richtlijn is gerealiseerd door een redactiegroep en een richtlijn groep. De redactiegroep was verantwoordelijk voor de penvoering van de richtlijn en de aanbevelingen. Deze zijn in en met de richtlijn groep besproken en aangepast. In de redactiegroep en richtlijn groep zijn die disciplines opgenomen die bij de behandeling en begeleiding van RA-patiënten betrokken zijn.

De richtlijn is primair ontwikkeld door een redactiegroep onder voorzitterschap van Prof.Dr. W.F.Lems (reumatoloog VUMC). Hierin participeren verder Prof.Dr. Th.P.M.Vliet Vlieland (epidemioloog, bij aanvang afd. reumatologie, heden orthopedie LUMC, namens NVR), Dr. A.C.Verhoeven (bedrijfsarts, namens NVAB, tot begin 2011), dr.J.L.Hoving (onderzoeker en bewegingswetenschapper Coronel-instituut), M.J.H.Scholte-Voshaar (ervaringsdeskundige, namens Reumapatiëntenbond) en H.J.Hullen (bedrijfs- en verzekeringsarts, namens NVVG en secretaris richtlijn groep). De ontwerp teksten zijn becommentarieerd en uiteindelijk geaccepteerd door een richtlijn groep, waarin leden van de betrokken disciplines participeren namens hun verenigingen.

De richtlijn groep is gestart met als leden Drs. H.A. Cats (reumatoloog Maartenskliniek), Drs. A.D.J. van der Geest-Blankert (bedrijfsarts, namens NVAB, tot 2010), Dr. H. Woutersen-Koch (arts, wetenschappelijk medewerker Nederlands Huisartsen Genootschap), S. Terwindt (ergotherapeut Maartenskliniek), Drs. T. Nijssen (revalidatiearts, bij aanvang Jan van Breemen instituut, nu LUMC), Drs. M.B.Kroon (verzekeringsarts UWV, tot begin 2014) . Na het vertrek van beide bedrijfsartsen heeft Prof. Dr.C.T.J.Hulshof (coördinator richtlijnen NVAB) op verzoek enkele malen commentaar en advies gegeven.

Er is tevens een uitnodiging gegaan naar KNGF, V&V en NIP om een lid voor de richtlijn groep aan te dragen, maar dit heeft niet geleid tot deelname aan de richtlijn groep. Zij hebben wel in de commentaarfase commentaar geleverd, dat is verwerkt in de definitieve tekst.

Knelpuntenanalyse

De kennis over het participeren met de aandoening RA is bij aanvang nog onvolledig gebundeld en er is nog geen richtlijn die het belang van de patiënt of cliënt in de volle omvang weergeeft, zowel gericht op lichamelijke en geestelijke gezondheid als op sociaal maatschappelijk functioneren. Participatie en m.n. participatie in arbeid moet in de gehele keten van behandeling, begeleiding en beoordeling een belangrijke plaats hebben, en in het handelen van de participanten

herkenbaar zijn. Hierdoor kan zowel de medisch-technische schade als de sociale en economische schade door beperkingen in functioneren mogelijk worden ingedamd

Onderlinge afstemming en samenwerking tussen specialist, huisarts en bedrijfsarts verlopen vaak nog moeizaam, ook binnen de reumatologie. Een goede communicatie en samenwerking - de zogenoemde arbo-curatieve samenwerking - kan in belangrijke mate bijdragen aan het voorkomen van langdurig verzuim en/of gebruik van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Goede begeleiding, waarin continuïteit wordt geboden en actief wordt geïntervenieerd bij klachten en werkgerelateerde problemen kan bij RA en bij andere chronische aandoeningen tot een snellere en meer duurzame terugkeer naar werk leiden.

Beïnvloeding van de coping is daarbij een belangrijk element voor het behoud of herstel van kunnen functioneren. Participeren is van minstens even groot belang als behoud of herstel van fysieke en psychische integriteit. Binnen de behandeling en begeleiding van de patiënt zijn er ook sterke raakvlakken met de beoordeling. Er is een scheiding van verantwoordelijkheden, die gehandhaafd moet blijven. Maar juist omdat de patiënt met beide posities te maken kan krijgen, moet er wel een continuüm zijn. Er ontbreekt een eenheid van taal en eenheid van uitgangspunten, met behoud van de verschillende rollen in de verschillende fasen van het ziekteproces van de patiënt. Op deze wijze kan de patiënt het best eigenaar van zijn probleem zijn. Uiteindelijk behaalt de patiënt hier ook de gezondheidswinst.

Onderzoeksvragen

Op basis van de knelpuntenanalyse is beoordeeld welke basisvragen relevant zijn voor de relatie tussen RA en participatie. Dat leidde tot een grote hoeveelheid vragen, die vervolgens zijn herleid tot de definitieve onderzoeksvragen.

Bij de start van de discussie was het uitgangspunt dat het belang en perspectief van de patiënt voorop stond. Daarnaast was het speciale belang van betaalde arbeid relevant, met bijvoorbeeld als vraag of dure medicatie moest worden ingezet om mensen voor betaalde arbeid te behouden. Er was een breed scala van vragen: maakt iemand met zwaar werk zijn ziekte ernstiger? Hoe herken je arbeidsproblematiek? Zijn er meetinstrumenten? Hoe besteedt de behandelende arts aandacht aan functioneren in arbeid? Hoe groot is het arbeidsprobleem? In welke mate is er sprake van disfunctioneren in arbeid? Hoe is de arbeidsparticipatie van patiënten met RA? Hoe kunnen we problemen op het werk vroegtijdig signaleren? Wat zijn de problemen met ziekteverzuim of grijs verzuim? Is medicatie het enige wapen tegen uitval? Zijn er andere aspecten, die voor de reumatoloog en anderen relevant zijn? Zijn er mogelijkheden tot vroegsignalering? Zijn patiënten voldoende op de hoogte van de mogelijkheden tot begeleiding? Hoe groot is de arbeidsgerelateerde problematiek eigenlijk? Hoe vaak verwijst de reumatoloog naar de bedrijfsarts? Is de reumatoloog coördinerend, en dan ook voor participatie? Of juist de bedrijfsarts? Welke beelden over de bedrijfsarts bestaan bij patiënten? Wat zijn de economische aspecten van de aandoening? Zijn patiënten zichzelf bewust dat ze een probleem hebben? Betekent verwijzen overdragen van een probleem of blijft de verantwoordelijkheid? Gaat het om verwijzen of samenwerken in de begeleiding? Is de reumatoloog coördinerend? Zou de reumatoloog samen kunnen werken met de bedrijfsarts?

De eerste vaststelling was vervolgens dat elke reumapatiënt een aandoening heeft die hem potentieel in zijn functioneren aantast. Onafhankelijk van de vraag of dit al tot problemen leidt in

arbeid, is het van belang vanaf het eerste behandelcontact ervoor te zorgen dat het functioneren van de patiënt (nu en op langere termijn) zo optimaal mogelijk blijft. Primair gebeurt dit door een effectieve behandeling, met als parameters de bekende klinische waarden. Maar is dit voldoende? Zou gerichte aandacht leiden tot een aanvulling of wijziging van de behandeling? Welke specifieke interventies zijn additioneel effectief t.a.v. behoud van functioneren (in arbeid)?

Vanuit deze grote hoeveelheid vragen is gekomen tot de volgende basisvragen:

- Vraag 1: Welke arbeidsgerelateerde problematiek doet zich voor bij patiënten met reumatoïde artritis? Deze vraag omvat daarmee de gevolgen, die RA heeft voor het functioneren, en de gevolgen van RA voor participeren in arbeid?
- Vraag 2: Hoe groot is arbeidsgerelateerde problematiek bij reumatoïde artritis?
- Vraag 3: wat zijn de risicofactoren voor arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim bij patiënten met RA?
- Vraag 4: Op welke wijze vindt bij individuele patiënten met RA de analyse en kwantificering van (toekomstige) arbeidsproblematiek plaats?
- Vraag 5: Welke interventies, c.q. behandelstrategieën leveren bij patiënten met RA een bijdrage aan verbetering of behoud van functioneren?

Deze vraag is onder te verdelen in de volgende 3 subvragen:

- 5.1 Wat zijn de effecten van antireumatische therapie op arbeidsparticipatie?
- 5.2 Wat zijn de effecten van arbeidsgerelateerde interventies op arbeidsparticipatie?
- 5.3 Welke disciplines of welke beroepsgroepen kunnen een rol spelen bij het behandeltraject. (c. q. welke teamsamenstelling)?

Perspectief en voorkeur van de Doelpopulatie

De richtlijn is geldig voor patiënten met reumatoïde artritis, die betaalde of onbetaalde arbeid verrichten. De grond voor deze keuze is de mogelijkheid tot onderbouwen met evidence. Er is wel relatief veel onderzoek gedaan naar het functioneren in arbeid en de gevolgen voor arbeid, maar niet of nauwelijks onderzoek naar functioneren in de huishoudelijke omgeving of de sociale omgeving. De richtlijngroep is wel van mening, dat de aanbevelingen, die gelden voor functioneren in betaalde en onbetaalde arbeid, ook van toepassing zijn voor het functioneren in de huiselijke of sociale omgeving. Bij het ontwikkelen van de richtlijn is deze doelgroep betrokken, door de inbreng van een ervaringsdeskundige/ vertegenwoordiger van de reumapatiëntenvereniging (MSV). Zij is ook verantwoordelijk voor het opstellen van de patiëntenversie van de richtlijn, die tegelijk met de definitieve richtlijn zal verschijnen. Vanuit dit proces is feedback gekomen op de inhoud van de richtlijn.

Gebruikers van de richtlijn

De gebruikers van de richtlijn zijn primair de reumapatiënten zelf. Zij kunnen in de richtlijn vanuit hun eigen perspectief en vanuit het perspectief van het proces terugvinden op welke wijze de professionals, die bij de behandeling en begeleiding betrokken zijn, hen kunnen ondersteunen.

De gebruikers zijn ook de professionals, die betrokken zijn bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met reumatoïde artritis, omdat zij in de richtlijn kunnen vinden, op welke wijze zij patiënten/cliënten volledig van dienst kunnen zijn, zodat deze zowel vanuit

gezondheidsperspectief als vanuit maatschappelijk perspectief zo volwaardig mogelijk kunnen blijven functioneren. Tot deze professionals behoren:

- Behandelaars: reumatologen, reumaconsulenten, huisartsen en bedrijfs- en verzekeringsartsen
- Ondersteunende specialisten: bv. revalidatieartsen , orthopedisch chirurg
- Paramedische disciplines: fysiotherapeut, ergotherapeut,
- Gespecialiseerde psychosociale hulpverleners: (bedrijfs) maatschappelijk werkers, psychologen, soms psychiaters.

Methodologie

Er zijn totaal acht bijeenkomsten geweest van de redactiegroep, waarvan driemaal samen met de richtlijnsgroep. Daarnaast vonden zes telefonische vergaderingen plaats, en is er in diverse elektronische rondes op de tekst van de richtlijn en wijzigingen daarin gerespondeerd.

Dit heeft geleid tot het opstellen van bovenvermelde basisvragen, en op grond hiervan is door een ervaren onderzoeker (JH) een searchstrategie opgesteld. Deze zoekstrategie is per vraag uitgewerkt, en per vraag zijn de termen geselecteerd, die de grootste kans op het treffen van de juiste artikelen geven. Voor de kenmerken van de ziekte zijn hiervoor de zoektermen “rheumatoid arthritis” en “arthritis” gekozen. Voor de zoektermen rond arbeid zijn dit:

- de Schaafsma “werk”-termen (work* OR occupation), e.a.
- de MESH-termen (“occupational exposure”, OR “Occupations” OR “Employment” OR “workload” OR “work” OR “workplace” OR “rehabilitation, vocational” OR “disability evaluation”.
- Uitgebreid tekstveld over werk: diverse termen over werk, zoals workplace, workload, return to work , workcapacity, workperformance en vele andere.

Volgens zijn er zoektermen ingevoerd om alle clinical guidelines of systematische reviews te vinden, en hoogwaardig onderzoek als randomized trials. Ook zijn er trefwoorden rondom prevalentie, prognose en etiologie toegevoegd, en is de publicatiedatum beperkt tot de afgelopen 10 jaar.

Voor geïnteresseerden is de zoekstrategie bij de secretaris van de richtlijnsgroep op te vragen.

Er is vervolgens een systematische search gedaan in Pubmed. Er is dus gezocht naar publicaties vanaf 2000, omdat door de veranderingen in de behandelstrategieën oudere literatuur inadequate informatie geeft. Er is primair gezocht naar geaggregeerde evidence, in systematische reviews of richtlijnen, aangevuld met niveau 1 en 2-onderzoek [Burton 2006].

Het resultaat van de search was een totaal van 163 artikelen. Van deze artikelen zijn de abstracts opgevraagd. De abstracts zijn op relevantie beoordeeld door twee lezers (HH en JH). Daarbij is op basis van het lezen van de abstracts een verdere selectie gemaakt, waarbij 132 artikelen resteerden. Deze artikelen zijn full-copy verzameld, en in eerste instantie door HH beoordeeld.

Daarbij zijn de methodologisch beste artikelen geïncludeerd. Omdat systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid sterk kunnen verschillen tussen landen en mogelijk de getallen beïnvloeden, zijn primair Nederlandse reviews en Nederlandse studies geselecteerd, aangevuld met kwalitatief goede en ondersteunende gegevens uit buitenlandse studies. De overige onderzoeken moeten een vergelijking met de situatie elders in de wereld mogelijk maken. De beoordeling van deze artikelen is gebeurd volgens de indeling in tabel 1. Tweede lezing vond plaats deels door JH en deels door AV. Vervolgens zijn de beoordelingen vergeleken, en is gekomen tot selectie van die artikelen, die van voldoende kwaliteit en inhoudelijk belang zijn om in de richtlijn aan te refereren.

Tabel 1 Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

| | |
|--|--|
| Niveau voor artikelen betreffende interventie: | |
| A1 | systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn; |
| A2 | gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang en consistentie; |
| B | vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2, hieronder valt ook cohortonderzoek, patiëntcontrole onderzoek; |
| C | niet-vergelijkend onderzoek |
| D | mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden |
| Niveau van de conclusies op basis van het bewijs: | |
| 1 | één systematische review (A1) of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2; |
| 2 | één onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B; |
| 3 | één onderzoek van niveau B of C; |
| 4 | Mening van deskundigen |

Na deze selectie bleven de artikelen in de literatuurlijst over. De mate van bewijskracht en het niveau van bewijs zijn in de conclusies in de richtlijntekst weergegeven.

De resultaten van de search zijn verwerkt in een concepttekst. Deze concepttekst vormde de basis voor de discussie in de redactiegroep en voortdurende aanpassing van de tekst. Op basis van de bevindingen uit het onderzoek en discussie in de redactiegroep is gekomen tot aanbevelingen. Dit resulteerde in een concepttekst, die is voorgelegd aan de richtlijngroep. Vervolgens is de concepttekst op geleide van de discussie en door de leden aangeleverde literatuur nader aangepast. Deze cyclus heeft zich enkele malen herhaald in bijeenkomsten, telefonische vergaderingen en elektronische commentaarrondes.

Dit heeft geleid tot de beschreven conclusies en aanbevelingen. Waar mogelijk is aangegeven op welk niveau van evidence deze gebaseerd zijn. Hoewel er in toenemende mate onderzoek plaatsvindt naar de relatie tussen RA en participatie, is soms nog onvoldoende evidence aanwezig om alle aanbevelingen daarop te baseren. Op basis van verder onderzoek zullen in toekomstige versies aanbevelingen op basis van concreter bewijs worden opgenomen. Op dit moment is de verwoording in de onderliggende richtlijn de stand der wetenschap.

Verantwoording tijdsduur realisatierichtlijn

Het gehele proces van re-integratie van de richtlijn wordt gekenmerkt door voortdurende stagnaties en tijdsverlies. Dit begon met de aanvangsvoorwaarde van de Ned. Vereniging voor Reumatologie om niet direct te starten met de ontwikkeling, de problemen een voorzitter te vinden en de trage afstemming voor tot een eensluidende vraagstelling, concept en aanbeveling werd gekomen. Het is daarbij een belangrijk leermoment, dat dit proces van consensus voldoende tijd en discussie behoeft. Gevolg was dat de dynamiek traag en tijdrovend bleef, en een rem werd op het enthousiasme en de bevoegenheid, die noodzakelijk is voor het realiseren van een richtlijn. Tegelijk hadden enkele deelnemers overige maatschappelijke rollen, die de beschikbaarheid voor de richtlijn beperkter dan wenselijk maakte. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in het afhaken van enkele betrokkenen, helaas vooral de bedrijfsartsen. Gezien het verloop in de tijd is er niet voor gekozen hen te vervangen, mede omdat in de persoon van de secretaris de deskundigheid over de rol en meerwaarde van de bedrijfsarts behouden is gebleven, zodat het uiteindelijke resultaat hieronder niet heeft geleden.

Uitgangspunt bij de richtlijn was, dat er niet zou worden toegeschreven naar betrokkenheid van specifieke disciplines, maar zou worden geschreven op basis van die elementen, die voor het individuele patiëntproces noodzakelijk zijn. Iedere professional moet dat element aan het proces toevoegen, waarvoor de betreffende professional de meest geëigende persoon is. Dit is een hoge doelstelling, en vergt meer tijd en groei om dit doel te realiseren. Wij menen wel in dit opzicht volledig te zijn geslaagd. Wij zijn ervan overtuigd dat de richtlijn niet alleen voor het veld rond reumatoïde artritis een optimale betekenis heeft, maar ook een richtsnoer kan zijn voor andere diagnose-en aandachtsgebieden voor de relatie tussen ziekte en functioneren in arbeid. In de richtlijn is arbeid integraal onderdeel van de behandeling, en van de wijze waarop verschillende specialisten hun taak in de keten invulling geven.

De aanbevelingen resulteren dus uit de evidencegegevens vanuit de search en de meningsvorming binnen de redactie- en richtlijngroep. De concepttekst, die hier het resultaat van was, is begin 2011 voor commentaar voorgelegd aan:

- * Nederlandse Vereniging Voor Reumatologie
- * Nederlands Huisarts Genootschap
- * Reumapatiëntenbond,
- * Nederlandse Vereniging voor Revalidatie-Artsen
- * Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- * Nederlands Orthopaedische Vereniging
- * Nederlandse Vereniging van ZiekenhuisApothekers
- * Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
- * Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
- * Verpleging & Verzorging Nederland Afd. Reumatologie

- * Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
- * Nederlandse Health Professionals in de Reumatologie, sectie maatschappelijk werk
- * CG-Raad
- * Nederlands Instituut voor Psychologie

Het commentaar van deze verenigingen is vervolgens in de redactiegroep besproken, en heeft geleid tot aanpassingen in de richtlijntekst. Aanvankelijk waren de aanbevelingen in de richtlijn vrij directief van toon, en - mede op advies van Prof. Hulshof (NVAB) - zijn de aanbevelingen meer geformuleerd in de vorm van adviezen vanuit de richtlijngroep, en daarmee meer specifiek en ondubbelzinnig gemaakt. Vervolgens is de richtlijn door de voltallige richtlijngroep vastgesteld, en op 3 november 2011 ter autorisatie gestuurd naar de relevante beroepsverenigingen.

Door administratieve fouten is de richtlijntekst echter niet ter goedkeuring voorgelegd aan de NHG, terwijl van de NVAB geen bericht van autorisatie werd ontvangen. Tegelijk is het proces van autorisatie binnen de NVR gestagneerd.

proces van actualisatie 2014

In 2013 is dit proces van autorisatie opnieuw opgepakt. In overleg met de NVR is besloten tot een gerichte actualisatie van de richtlijn. Daarop is de richtlijn opnieuw aan NHG en NVAB aangeboden voor commentaar. Van de NHG is een reactie ontvangen, van de NVAB in september 2014 eveneens.

De actualisatie heeft primair plaatsgevonden door:

1. consultatie van vier deskundigen op dit gebied (prof.dr.J.M.W.Hazes, prof.dr.A.Boonen, prof.dr.M.v.d.Laar en Dr.J.L.Hoving): aan hen is gevraagd aan te geven welke relevante artikelen er in de periode 2011 tot heden zijn verschenen, die van meerwaarde zijn voor de participatie bij RA of voor de wijze van behandelen of begeleiden bij RA.
2. Tevens zijn door M.M. ter Wee en H.J.Hullen in Pubmed gerichte searches uitgevoerd met de zoekwoorden [Work participation and Rheumatoid Arthritis] en [rheumatoid arthritis and work and review], alsmede [rheumatoid arthritis and cost and review].

Dit leidde tot een aantal artikelen, die zijn beoordeeld, eerst op relevantie op basis van de samenvatting, en vervolgens op basis van de volledige artikelen. Bij deze selectie is dezelfde methodiek gehanteerd als bij de eerste artikelselectie.

Daarop hebben de secretaris en voorzitter van de richtlijngroep beoordeeld of en welke wijzigingen er ter actualisatie in het richtlijndocument moesten worden aangebracht, en zij hebben de teksten aangepast. De conclusie was dat de essentie van de richtlijn vrijwel ongewijzigd kon worden gehandhaafd, terwijl op enkele minder belangrijke punten verbeteringen en aanpassingen zijn voorgesteld.

NB De achtergrondinformatie ter verantwoording van de keuzes bij de actualisatie is opgenomen in bijlage 2.

Deze aanpassingen zijn vervolgens voorgelegd aan de leden van de redactie- en richtlijn groep. Na verwerking van hun commentaar is de richtlijn door de werkgroep geaccordeerd.

Vervolgens is de geactualiseerde richtlijn ter autorisatie aangeboden aan de NVR, NVVG en NVAB, en ter goedkeuring aan de NHG. De overige betrokken beroepsgroepen en organisaties, die relevant zijn voor de praktijk van de reumazorg hebben de richtlijn veelal al geautoriseerd, en worden geïnformeerd over de actualisatie, met het verzoek ook deze te autoriseren.

Vervolgens zal de richtlijn op de website van de NVR en de NVVG geplaatst en zal de overige verenigingen worden gevraagd de richtlijn op de eigen site te plaatsen of op de eigen site een verwijzing naar de richtlijn op te nemen.

Procedure voor herziening van de richtlijn

In de richtlijntekst is aangegeven, dat de bedoeling niet is, dat de richtlijn als eigenstandige richtlijn blijft voortbestaan. De richtlijn is een aanvulling op de CBO richtlijn "Reumatoïde Artritis" (2008) en geeft een uitbreiding aan de relatie met participatie en arbeid. De richtlijn groep acht in de toekomst integratie van beide richtlijnen zeer wenselijk. De herziening van de richtlijn moet daarom worden afgestemd, met de herziening van CBO-richtlijn, en dus plaatsvinden in overleg met de eigenaar van die richtlijn, de NVR. Op dit moment is de NVVG eigenaar van de richtlijn, maar de NVVG zal zich in de toekomst beijveren voor integratie van beide richtlijnen. Daardoor kan de richtlijn mogelijk in de toekomst worden overgedragen aan de NVR.

Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's van de aanbevelingen

De richtlijn groep is gekomen tot de aanbevelingen, vanuit de gedachte, dat een betere integratie tussen behandeling, begeleiding en beoordeling en de verschillende factoren daarbij ertoe zal bijdragen, dat een patiënt met reumatoïde artritis voldoende en voldoende vroegtijdig aandacht heeft voor behoud en herstel van functioneren. Daardoor zal de patiënt gezondheidswinst boeken in de vorm van een beter welzijn, betere welvaart en mogelijk zelfs betere gezondheid. Aan de aanbevelingen zijn alleen risico's verbonden, indien de balans tussen belastbaarheid en belasting uit het oog wordt verloren en te eenzijdig de nadruk wordt gelegd op blijven deelnemen aan het arbeidsproces en daarmee overvragen van de mogelijkheden tot functioneren. Gestreefd is de toonzetting van de aanbevelingen dusdanig te houden, dat steeds naar een optimaal evenwicht voor de patiënt met reumatoïde artritis wordt gezocht, zonder dat daarbij het risico op overbelasting uit het oog wordt verloren.