

Landelijke Transmurale Afspraak Reumatoïde artritis

Flikweert S, Van der Heijde DMFM, Wiersma Tj, Bohnen AM, Van den Bosch WJHM, Hissink Muller W, Kruize AA, Lagro HAHM, Van der Veen MJ, Zanen S. *Huisarts Wet* 2002;45:544-7.

Inleiding

De Landelijke Transmurale Afspraak Reumatoïde artritis is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR). De Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) geeft in het kort richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij (een vermoeden van) reumatoïde artritis en houdt daarbij rekening met een verschil in expertise tussen huisartsen en reumatologen. De LTA beschrijft globale richtlijnen; aanbevolen wordt om deze richtlijnen regionaal (door huisartsen en reumatologen) nader in te vullen en hierover werkafspraken te maken. De LTA gaat in op de raakvlakken van eerste- en tweedelijnszorg. De LTA is gebaseerd op wetenschappelijke gegevens en consensusafspraken. Bij de bespreking van de wetenschappelijke literatuur en de gemaakte keuzes is de werkgroep uitgegaan van de NHG-Standaard Reumatoïde artritis (eerste herziening)¹ en de richtlijnen opgesteld door het American College of Rheumatology (ACR).²

De LTA geeft richtlijnen om op het juiste tijdstip huisartsgeneeskundige of specialistische zorg te bieden waarbij voor de patiënten de continuïteit in het beleid herkenbaar blijft. Ook geeft de LTA richtlijnen voor verwijzen en terugverwijzen alsmede enkele aanbevelingen voor gedeelde zorg.

Achtergronden

Hoewel de huisarts vaak patiënten ziet met gewrichtsklachten, is er maar zelden sprake van reumatoïde artritis. Uit huisartsregistratiesystemen blijkt dat deze diagnose in de doorsnee huisartspraktijk jaarlijks slechts één tot twee keer wordt gesteld. In de reumatologische praktijk is het beeld anders. Registraties van verrichtingen door reumatologen tonen dat meer dan een kwart van de patiënten die zij jaarlijks zien, lijdt aan reumatoïde artritis.³ Reumatologen stellen de diagnose reumatoïde artritis bij circa 10% van de nieuwe poliklinische patiënten; zij besteden een groot deel van hun consulttijd aan patiën-

ten met reumatoïde artritis. Uit deze getallen blijkt dat vooral de patiënten met reumatoïde artritis veelvuldig door de reumatoloog worden teruggezien. De ervaring van de reumatoloog met de diagnostiek en vooral ook het behandelen, vervolgen en begeleiden van patiënten met dit ziektebeeld, is dan ook groot.

De afgelopen jaren zijn er onderzoeksgegevens beschikbaar gekomen waaruit blijkt dat behandeling met *disease modifying anti-rheumatic drugs* (DMARD's) in de beginfase van de ziekte gewrichtsschade kan uitstellen of voorkomen. Het ziet er naar uit dat hiermee ook op langere termijn schade aan de gewrichten, verlies van ADL-functies en de mate van invaliditeit kunnen worden gereduceerd.

Deze nieuwe gegevens hebben consequenties voor het handelen van de huisarts en vergen een actiever beleid bij patiënten met artritis. Afhankelijk van de ernst van de klachten en het persisteren van de artritis overweegt de huisarts verwijzing naar de reumatoloog om de diagnose reumatoïde artritis te stellen of te bevestigen en voor instelling op DMARD's.

Omdat de huisarts veelvuldig bezig is met het uitsluiten van reumatoïde artritis bij mensen die hem raadplegen voor uiteenlopende gewrichtsklachten, is hij vooral geïnteresseerd in diagnostische kenmerken met een hoge specificiteit voor de ziekte.

Gegeven de lage voorafkans op reumatoïde artritis in de huisartspraktijk kan alleen zo het aantal fout-positieve diagnoses op een voldoende laag niveau worden gehouden. De huisarts legt het accent daarom op betrouwbaar vast te stellen kenmerken die bij reumatoïde artritis vrijwel obligaat aanwezig zijn: er dient sprake te zijn van artritis beiderzijds in drie of meer gewrichten of gewrichtsgroepen, waarbij vooral de MCP-, PIP- of polsgewrichten tot de aangedane gewrichten behoren. Bovendien dienen de klachten ten minste zes weken aan te houden.

Door voorselectie door de huisarts is de voorafkans op reumatoïde artritis in de reumatologische praktijk aanmerkelijk groter. De reumatoloog is in staat polyartritis vast te stellen, de diagnose reumatoïde artritis te bevestigen, dan wel andere mogelijke verklaringen voor de polyartritis in de differentiële diagnose te betrekken. Omdat gebruik van DMARD's na het stellen van de diagnose het beloop van reumatoï-

Inbreng van de patiënt en persoonlijk inzicht van de behandelend arts

Factoren van de kant van de patiënt zullen altijd het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de LTA aan de orde. De huisarts en de reumatoloog stellen, waar mogelijk, hun beleid vast in samenspraak met de patiënt en met erkenning van zijn verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is. Het persoonlijk inzicht van de huisarts en de reumatoloog speelt een belangrijke rol bij het transmurale beleid. Afweging van relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het in de LTA beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat de LTA bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

de artritis in gunstige zin kan beïnvloeden, is het zaak de diagnose zo vroeg mogelijk te stellen.

Het is niet wenselijk dat patiënten met reumatoïde artritis uit het zicht van de huisarts verdwijnen. In deze LTA wordt daarom geschetst hoe huisarts en reumatoloog in de verschillende fasen ieder een deel van de zorg voor de patiënt op zich kunnen nemen.

Uitgangspunten

De diagnose reumatoïde artritis wordt zelden in het eerste consult gesteld. In de beginfase van de ziekte variëren de klachten. De diagnostiek van reumatoïde artritis zal zich meestal uitstrekken over enkele consulten (*diagnostische fase*). Na de diagnostische fase zal de reumatoloog de patiënt op medicatie instellen (*instelfase*). Men spreekt van een *stabiele fase* als de reumatoïde artritis bij een met DMARD's ingestelde patiënt over langere tijd geringe ziekteactiviteit vertoont of in remissie is.

De *taken van huisarts en reumatoloog* zijn door de komst en de vroege inzet van de DMARD's veranderd.

De *taak van de huisarts* omvat naast een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek een adequate verwijzing van patiënten met (een vermoeden van) reumatoïde artritis. Tijdens de instelfase zal de huisarts slechts betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt bij klachten (tussentijdse



exacerbatie, comorbiditeit, klachten ten gevolge van de medicatie). Wel kan de huisarts de patiënt tijdens de instelfase ruimte bieden om een aantal facetten te bespreken: de gevolgen van de diagnose reumatoïde artritis voor het leven van de patiënt en diens omgeving, het omgaan met reumatoïde artritis als chronische ziekte en de verschillende mogelijkheden van behandeling.

In de stabiele fase kan de huisarts in overleg met de reumatoloog een deel van de controles verrichten.

De *taak van de reumatoloog* omvat – voortbouwend op de gegevens van de huisarts bij verwijzing – het stellen of bevestigen van de diagnose, het instellen, controleren en coördineren van de behandeling.

In de verschillende fasen is *onderlinge afstemming* van reumatoloog en huisarts voorwaarde voor doelmatige zorg aan patiënten met reumatoïde artritis.

Diagnostiek

De huisarts stelt in de *anamnese* – na uitsluiting van een trauma – de volgende vragen:

- Welke gewrichten of gewrichtsgroepen zijn pijnlijk?
- Wanneer zijn de klachten begonnen en zijn er eerdere episodes van gewrichtsklachten geweest?
- Is er alleen pijn bij bewegen (onbelast en belast) of ook in rust?
- Is er ochtendstijfheid die langer dan één uur aanhoudt?

In alle gevallen verricht de huisarts *lichamelijk onderzoek* van de pijnlijke gewrichten, waarbij links en rechts worden vergeleken. Daarbij wordt gezocht naar tekenen van artritis.

Voor de uitvoering en de interpretatie van de diagnostiek wordt verwezen naar de NHG-Standaard Reumatoïde artritis, eerste herziening.¹

AANVULLEND ONDERZOEK

Laboratoriumonderzoek is voor het stellen van de diagnose reumatoïde artritis van weinig betekenis. Alleen indien er op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek serieuze reden is om aan reumatoïde artritis te denken, kan de aanwezigheid van reumafactoren de diagnose verder ondersteunen. Voor het stellen van de diagnose reumatoïde artritis is *röntgenonderzoek* in de regel niet noodzakelijk, maar röntgenfoto's zijn wel belangrijk als uitgangspunt in een later stadium.

De reumatoloog onderzoekt – als dat nog niet door de huisarts is gedaan – de aanwezigheid van reumafactoren in het bloed en laat röntgenfoto's van handen/polsen en voorvoeten maken.

Positieve reumaseroïe en vroeg ontstane röntgenologische schade zijn geassocieerd met een ongunstig beloop van de aandoening.

Voorlichting

De voorlichting aan patiënten met reumatoïde artritis zal afhankelijk van de vragen van de patiënt en de fase van de ziekte altijd in stappen plaatsvinden. Het uitgangspunt is dat degene die behandelt ook de voorlichting verzorgt.

Tijdens de diagnostische fase geeft de huisarts voorlichting over gewrichtsklachten in het algemeen en over reumatoïde artritis in het bijzonder; hij kan daarbij gebruikmaken van de NHG-patiëntenbrieven.⁴

De reumatoloog, die de diagnose reuma-

toïde artritis bevestigt of stelt, bespreekt met de patiënt dat het om een chronische ziekte met een onvoorspelbaar beloop gaat. Tevens legt de reumatoloog uit dat niet goed kan worden voorspeld of, en in welke mate gewrichtsschade zal ontstaan en dat de ziekte soms na kortere of langere tijd tot stilstand komt. De reumatoloog kan daarbij gebruikmaken van de brochure Reumatoïde Artritis van het Nationaal Reumafonds en de Reumapatiëntenbond. In sommige ziekenhuizen is aanvullende informatie in de vorm van een patiënteninformatiedossier beschikbaar.

De volgende aandachtspunten kunnen in de regio besproken worden:

- Bij (een vermoeden van) reumatoïde artritis dienen nut en effect van medicijngebruik uitgelegd te worden.
- Het is belangrijk aan patiënten uit te leggen dat DMARD's pas na enige tijd effect hebben en niet (alleen) tegen de pijn bedoeld zijn.
- Als patiënten direct te maken krijgen met wetenschappelijk onderzoek, geeft de reumatoloog daarover uitgebreid informatie.
- Patiënten moeten weten welke rol reumaverpleegkundigen of reumaconsulenten kunnen vervullen.

Behandeling

De huisarts zal in de regel aan de patiënt met (een vermoedelijke) reumatoïde artritis een *nonsteroidal anti-inflammatoire drug* (NSAID) hebben voorgeschreven. In principe continueert de reumatoloog de behandeling met het door de huisarts voorgeschreven NSAID tenzij er een goede reden is om dit te veranderen. Soms kan een wijziging gerechtvaardigd zijn als het reeds voorgeschreven NSAID onvoldoende werkzaam blijkt te zijn, gezien het individueel uiteenlopende effect van de verschillende NSAID's.

Ter vermindering van de kans op gastro-intestinale complicaties kan bij aanwezigheid van risicofactoren (zie onder) worden overwogen een NSAID te combineren met een protonpompremmer, misoprostol of een hoog gedoseerde H2-antagonist, of worden overgegaan op een van de selectieve COX-2-remmers. Omdat er nog betrekkelijk weinig ervaring is met de laatstgenoemde middelen, is er niet veel bekend over langetermijneffecten en mogelijke ernstige

Samenvatting

- ▶ De Landelijke Transmurale Afspraak Reumatoïde artritis is het resultaat van het landelijk overleg tussen huisartsen en reumatologen over de zorg aan patiënten met (een vermoeden van) reumatoïde artritis.
- ▶ Bij (een vermoeden van) reumatoïde artritis en onvoldoende effect van NSAID's verwijst de huisarts naar de reumatoloog.
- ▶ De reumatoloog ziet deze patiënt binnen drie weken op de polikliniek ter bevestiging van de diagnose en voor de behandeling met één of meer tweedelijnsmiddelen (DMARD's).
- ▶ De Landelijke Transmurale Afspraak geeft richtlijnen voor verwijzen, terugverwijzen en doet enkele aanbevelingen voor gedeelde zorg.
- ▶ Bij de voorlichting geldt dat wie behandelt, ook de voorlichting verzorgt.
- ▶ In geval van comorbiditeit bij een patiënt die bij de reumatoloog onder behandeling is, dienen regionale afspraken tussen huisarts en reumatoloog te worden gemaakt.



bijwerkingen. Het beleid hierin loopt tussen de behandelaars uiteen en zal zich de komende jaren waarschijnlijk verder uitkristalliseren.

Als risicofactoren voor het optreden van gastro-intestinale complicaties van NSAID's bij patiënten met reumatoïde artritis gelden: een hogere leeftijd (in de praktijk vanaf 70 jaar), een ulcus, perforatie of gastro-intestinale bloeding in de voorgeschiedenis en gelijktijdig gebruik van anti-coagulantia of corticosteroïden en in mindere mate gebruik van laag gedoseerd (tot en met 100 mg per dag) acetylsalicylzuur. Een patiënt bij wie de diagnose reumatoïde artritis is gesteld en de activiteit van de artritis ondanks NSAID's aanhoudt, wordt binnen drie weken naar de reumatoloog verwezen voor eventuele instelling met DMARD's. Aan welk van de beschikbare middelen de voorkeur moet worden gegeven, is geen uitgemaakte zaak. Daarnaast kan het middel van keus regionaal verschillen. Ten slotte zijn veel reumatologen betrokken bij wetenschappelijk onderzoek naar het optimale medicamenteuze beleid om de progressie van reumatoïde artritis te remmen. De patiënt wordt dan soms gevraagd om mee te doen aan dit wetenschappelijk onderzoek; in voorkomende gevallen informeert de reumatoloog ook de huisarts hierover.

Het voorschrijven (instellen en monitoren) van DMARD's wordt overgelaten aan de reumatoloog.

De meest gebruikte DMARD's zijn sulfasalazine en methotrexaat; in mindere mate worden (hydroxy)chloroquine, intramusculair goud, ciclosporine, leflunomide en azathioprine gebruikt. Ook d-penicillamine wordt nog wel als DMARD gebruikt.

Corticosteroïden kunnen worden voorgeschreven als adjuvans of ter overbrugging tot de werking van het DMARD intreedt. Nieuw is de behandeling met anti-tumornecrosefactor α (anti-TNF α)-middelen: etanercept en infliximab. Deze behandeling is vooralsnog alleen geïndiceerd als de reumatoïde artritis onvoldoende reageert op andere behandelingen.

DMARD's kunnen een gunstig effect op de ziekteactiviteit hebben. Van sulfasalazine, methotrexaat, leflunomide, etanercept en infliximab is in dubbelblinde gecontroleerde onderzoeken röntgenologisch vastgesteld dat de progressie van afwijkingen ge-

remd wordt. Ook is er bij het gebruik van deze middelen verbetering van fysiek functioneren en van kwaliteit van leven aangetoond. Bovendien treedt het effect van de zo-even genoemde middelen beduidend sneller in dan van de overige DMARD's, hetgeen een belangrijk voordeel is. Of combinatie van een aantal DMARD's, en zo ja welke, een beter effect geeft dan de verschillende DMARD's afzonderlijk, is nog onduidelijk.

Veel reumatologen zullen de behandeling beginnen met sulfasalazine of methotrexaat. Bij onvoldoende effect of bijwerkingen zal vaak een ander DMARD gekozen worden. Er kan gekozen worden voor een step-up-beleid: men begint met één DMARD, dat bij onvoldoende effect wordt vervangen door of gecombineerd met een ander DMARD. Er kan ook gekozen worden voor een step-down-beleid: men begint met een combinatie van DMARD's om de ziekteactiviteit zo snel mogelijk te onderdrukken; bij een goed klinisch effect wordt de medicatie afgebouwd.

Hoge leeftijd is op zich geen reden om patiënten met reumatoïde artritis op een andere dan de boven beschreven wijze te behandelen. Wel dient bij deze patiënten vaker rekening te worden gehouden met comorbiditeit. Zo zal de methotrexatdoserings moeten worden aangepast aan een afgenomen nierfunctie. Op oudere leeftijd zal vaker gebruikgemaakt worden van een lage dosering prednison als ondersteunende behandeling.

Omdat de huisarts tijdens de instelfase met de bijwerkingen van deze middelen te

maken kan krijgen, worden deze hier in het kort besproken. Ook wordt ingegaan op de rol die de huisarts kan spelen bij de controles.

Aan patiënten die methotrexaat gebruiken mogen geen trimethoprim bevattende preparaten worden voorgeschreven in verband met de sterk verhoogde kans op leukopenie. Tijdens het gebruik en tot twee jaar na het staken van leflunomide mag een vrouw niet zwanger worden en een man geen kind verwekken, tenzij een strenge *wash-out* met colestyramine wordt toegepast. Voor methotrexaat en azathioprine worden zwangerschap en het verwekken van nageslacht tot en met drie maanden na beëindiging van het gebruik afgeraden. Er worden bij gebruik van alle DMARD's behalve (hydroxy)chloroquine regelmatig laboratoriumcontroles uitgevoerd, vooral om bijwerkingen op het gebied van de bloedaanmaak, de lever- en nierfunctie op te sporen. In het begin van de behandeling is dit eenmaal per twee tot vier weken, tijdens de stabiele fase eenmaal per drie maanden. Urineonderzoek gericht op proteïnurie vindt alleen plaats bij behandeling met goud of d-penicillamine.

Samenwerken, verwijzen en terugverwijzen

De huisarts draagt zorg voor verwijzing naar de reumatoloog en bereidt de verwijzing in een gesprek met de patiënt voor.

VERWIJNSINDICATIES

Consultatie van of verwijzing naar de reumatoloog vindt plaats in de volgende situaties:

Tabel 1 Meest voorkomende bijwerkingen van veel gebruikte DMARD's

Sulfasalazine	maagdarmklachten, hoofdpijn, depressieve gevoelens, huiduitslag, leukopenie, agranulocytose, leverfunctiestoornissen
Methotrexaat	maagdarmklachten, leukopenie, trombopenie, pneumonitis, leverfunctiestoornissen, stomatitis, subcutane noduli
Leflunomide	maagdarmklachten, leverfunctiestoornissen, leukopenie, hypertensie
Etanercept, infliximab	geen specifieke bijwerkingen; onduidelijk of de kans op infecties en op lange termijn maligniteiten verhoogd is. Tijdens gebruik in de praktijk lijken vooral intracellulaire infecties (tuberculose, listeriose, brucellose) vaker op te treden. Tijdens behandeling met anti-TNF α -middelen kunnen infecties, waaronder sepsis, gemaskeerd verlopen. Het is belangrijk hierop bedacht te zijn. Voor het starten van infliximab vindt een screening plaats op tuberculose met een Mantouxtest en thoraxfoto.
Goud, d-penicillamine	maagdarmklachten, leukopenie, trombopenie, proteïnurie, stomatitis, dermatitis
(Hydroxy)chloroquine	retina-afwijkingen bij langdurig hoge dosering, zonlichtintolerantie
Azathioprine	maagdarmklachten, leukopenie, trombopenie, griepachtig beeld, leverfunctiestoornissen
Ciclosporine	nierfunctieverlies, hypertensie, hypertrichose, tandvleeshypertrofie



- Er blijft twijfel bestaan over de diagnose.
- De artritis komt binnen zes tot twaalf weken niet volledig tot rust. De reumatoloog ziet deze patiënt binnen drie weken ter bevestiging van de diagnose en voor instelling op één of meer DMARD's.
- Tijdens de instelling op de medicamenteuze behandeling (instelfase) treden er bijwerkingen of exacerbaties op.
- Ondanks medicatie blijft de pijn heftig en blijven er ontstekingsverschijnselen.
- Er treden complicaties op zoals deformatie van een gewricht, peesruptuur of -luxatie.
- Er zijn extra-artculaire complicaties (zie NHG-Standaard).¹

Redenen om *met spoed* te verwijzen zijn:

- ernstige bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling (leukopenie, pneumonitis);
- vermoeden van instabiliteit van de cervicale wervelkolom met (sub)luxatie van de eerste of tweede cervicale wervel;
- vermoeden van bacteriële artritis;
- zenuwuitval;
- peesruptuur.

TERUGVERWIJSINDICATIES

De reumatoloog verwijst de patiënt terug naar de huisarts als er geen sprake meer is van artritis en de patiënt geen DMARD's gebruikt.

GEDEELDE ZORG

Om een goede afstemming tussen huisarts en reumatoloog te bewerkstelligen, dient de huisarts voor een adequate verwijzing naar de reumatoloog zorg te dragen. Na de diagnostische fase informeert de huisarts – bijvoorbeeld door de patiënt een brief mee te geven – de reumatoloog over veranderingen, comorbiditeit en tussentijds relevant onderzoek.

De reumatoloog informeert de huisarts in ieder geval na afronding van de diagnostiek, bij belangrijke veranderingen in het klinisch beeld, bij aanvang van een nieuwe behandeling, en ten minste één keer per jaar.

Het lijkt zinvol om de patiënt met de huisarts contact op te laten nemen als de diagnose reumatoïde artritis vaststaat; reumatoloog en huisarts kunnen hierover regionaal een afspraak maken.

Nadat de patiënt door de reumatoloog met bevredigend resultaat is ingesteld op een (combinatie van) DMARD('s) kan het zijn dat tussentijdse exacerbaties of bijwerkingen van de medicatie de patiënt doen besluiten de huisarts te raadplegen. Geadviseerd wordt met de reumatoloog afspraken te maken hoe er in voorkomende gevallen gehandeld dient te worden, zodat er duidelijkheid bestaat wanneer de huisarts kan besluiten tot bijstelling van (de dosering van) de medicatie en wanneer een tussentijds consult bij de reumatoloog aangewezen is.

De volgende suggesties voor gedeelde zorg kunnen in de regio worden besproken:

- De reumatoloog stuurt de patiënt voor herhaalrecepten naar het spreekuur van de huisarts als de frequentie van de controles bij de reumatoloog lager is dan eens per drie maanden.
- Als de klachten gedurende één jaar bij gebruik van DMARD's stabiel zijn gebleven, overweegt de reumatoloog de controles tot één keer per jaar te beperken. De reumatoloog kan in dat geval de patiënt naar de huisarts verwijzen met een advies over herhaalmedicatie en de noodzakelijke laboratoriumcontroles.
- Bij een acute exacerbatie of toename van klachten in de stabiele fase neemt de patiënt contact op met de huisarts, waarna deze overlegt met of verwijst naar de reumatoloog.

COMORBIDITEIT

Omdat de behandeling van reumatoïde artritis in de regel jaren duurt, kan de patiënt soms bij comorbiditeit die niet direct aan de reumatoïde artritis is gerelateerd een beroep doen op de reumatoloog. Het is nuttig hierover regionaal goede afspraken te maken. In principe informeren huisarts en reumatoloog elkaar over comorbiditeit, zeker als hiervoor verwijzing naar een andere specialist nodig is.

Totstandkoming

In november 1999 startte een werkgroep van huisartsen en reumatologen benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. Namens het NHG hadden zitting in de werkgroep: dr. A.M. Bohnen, prof.dr. W.J.H.M. van den Bosch, H.A.H.M. Lagro, allen huisarts en namens de NVR: W. Hissink Muller, dr. A.A. Kruize, dr. M.J. van der Veen en S. Zanen, allen reumatoloog.

In maart 2002 is een conceptversie voorgelegd ter becommentariëring aan een steekproef van 50 huisartsen (NHG-leden). Het bestuur van de NVR heeft de conceptversie ter goedkeuring aan alle leden van de NVR voorgelegd. In juni 2002 is de concepttekst voorgelegd aan de Autorisatiecommissie van het NHG en aan het bestuur van de NVR. Met enkele tekstuele wijzigingen is de LTA geautoriseerd.

De coördinatie was in handen van de huisartsen S. Flikweert en dr. Tj. Wiersma (NHG) en de reumatoloog prof.dr. D.M.F.M. van der Heijde (NVR).

© 2002 Nederlands Huisartsen Genootschap

Noot 1

Lagro HAHM, Van den Bosch WJHM, Bohnen AM, Van den Boogaard H, Flikweert S, Wiersma Tj. NHG-Standaard Reumatoïde artritis (eerste herziening) Huisarts Wet 2002;45(10):534-43.

Noot 2

American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. 2002 update. *Arth Rheum* 2002;46:328-46.

Noot 3

Sedert een aantal jaren registreren reumatologen de door hen gestelde diagnoses. In 1998 werd deelgenomen door 38 praktijken. Er werden 57.027 diagnoses gesteld bij 36.676 patiënten. In 9838 van de 57.027 diagnoses (17%) betrof het reumatoïde artritis. Hieruit valt af te leiden dat meer dan een kwart van de patiënten aan reumatoïde artritis lijdt. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 63 jaar. De man/vrouwverhouding bedroeg 1:2,3.⁷
TNO Preventie en Gezondheid. Standaard diagnoseregistratie van reumatische ziekten. Presentatie gegevens 1994-1998. Activiteiten in 1999. Leiden: TNO-rapport PG/VGZ/99.070.1999.

Noot 4

<http://nhg.artsennet.nl/patiëntenvoorlichting>