

VU Research Portal

Veiligheidsnormen in Richtlijnen

Zuiderent-Jerak, Teun; Jerak-Zuiderent, Sonja; Bal, Roland

2010

document license

Unspecified

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Zuiderent-Jerak, T., Jerak-Zuiderent, S., & Bal, R. (2010). *Veiligheidsnormen in Richtlijnen: Kansen en valkuilen voor het besturen van kwaliteit*. Erasmus University Rotterdam.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Veiligheidsnormen in Richtlijnen; Kansen en Valkuilen voor het Besturen van Kwaliteit

Dr. Teun Zuiderent-Jerak

Drs. Sonja Jerak-Zuiderent

Prof.dr. Roland Bal

Sectie Healthcare Governance

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Erasmus Universiteit Rotterdam

Januari 2010



Inhoudsopgave

Samenvatting:	5
1) Inleiding: veiligheidsnormen als sturingsinstrument	7
1.1) Leeswijzer rapport.....	8
2) Methode van onderzoek	9
3) Richtlijnen en de sturing van kwaliteit	11
3.1) Normen in soorten en maten	11
3.2) Implicaties voor sturingsmogelijkheden.....	16
4) Sturen van kwaliteit en de vormgeving van richtlijnen	19
5) De kansen en beperkingen van veiligheidsnormen voor minimumkwaliteit	21
5.1) Vier typen veiligheidsrisico's	21
6) Conclusie: Gesitueerd inzetten van veiligheidsnormen voor eenvoudige risico's	25
7) Aanbevelingen: het gericht inzetten van veiligheidsnormen in richtlijnen als sturingsinstrumentarium	27
Geraadpleegde literatuur	29
Bijlage 1: geselecteerde richtlijnen voor dit onderzoek	
Bijlage 2: Veiligheidsnormen in geselecteerde richtlijnen	

Samenvatting:

Het iBMG heeft in opdracht van de Regieraad Kwaliteit van Zorg een onderzoek uitgevoerd naar de huidige situatie op het gebied van veiligheidsnormen in richtlijnen: welke normen zijn expliciet opgenomen? En welke normen ontbreken? Tevens heeft het iBMG de rol van veiligheidsnormen in sturingsvraagstukken rondom kwaliteit van zorg onderzocht.

Veiligheidsnormen, gedefinieerd door het ministerie van VWS als minimumvoorwaarden voor verantwoorde zorg, blijken veelal afwezig in richtlijnen. Daarnaast is vaak niet duidelijk of een aanbeveling een veiligheidsnorm, een overweging, een conditionele norm of een minimumnorm betreft.

Het voorgestelde beleid om meer veiligheidsnormen vast te stellen en deze op te laten nemen in richtlijnen om daar op verschillende niveaus op te kunnen sturen lijkt een voor de hand liggende oplossing om minimumkwaliteit te kunnen garanderen. Uit internationaal onderzoek is deze strategie in de praktijk echter onhaalbaar, onwenselijk en risicovol gebleken. Waar deze oplossing met name goed van toepassing is op eenvoudige risico's, past zij onvoldoende bij complexe, onzekere en ambigue risico's die in ruime mate aanwezig zijn in de gezondheidszorg. Het toepassen van deze oplossing voor het probleem van de sturing van minimumkwaliteit leidt daardoor niet alleen tot strategisch gedrag bij zowel richtlijngebruik als ontwikkeling, maar kan ook de patiëntveiligheid op nieuwe manieren in gevaar brengen.

Aan de hand van een analyse van richtlijnontwikkelpraktijken en onderzoek naar toezicht en sturing van kwaliteit, stellen wij vast dat een gerichte en gesitueerde inzet van veiligheidsnormen als sturingsinstrument wel haalbaar is. Deze strategie zal meer effect en minder ongewenste neveneffecten sorteren. Voor het besturen van andere aspecten van minimumkwaliteit is echter meer nodig dan een focus op veiligheidsnormen en moeten dan ook andere sturingsmodaliteiten ontwikkeld worden. De bevinding van dit onderzoek dat aanbevelingen in richtlijnen vaak weinig specifiek-normerend zijn, is dus geen probleem op zichzelf dat opgelost dient te worden door meer veiligheidsnormen in richtlijnen op te nemen. Deze strategie werkt voor eenvoudige risico's, terwijl voor andersoortige risico's de opener formulering van aanbevelingen in richtlijnen juist goed passend is. Het is dus van belang dat dit verschil tussen normerend waar mogelijk en ruimte biedend waar nodig enerzijds beter tot uitdrukking komt in aanbevelingen in richtlijnen en anderzijds terug is te vinden in de beleidsagenda voor het besturen van minimumkwaliteit.

1) Inleiding: veiligheidsnormen als sturingsinstrument

Op 9 november j.l. is de beleidstoezegging gedaan dat het ministerie van VWS werk zal maken van “het formuleren van duidelijke normen om de veiligheid van de geleverde zorg te kunnen waarborgen” (Klink 2009, p.1). Deze normen moeten in principe ontwikkeld worden door de beroepsgroep zelf, maar zijn niet enkel instrumenten voor zelfregulering. Ze worden geacht, eenmaal ontwikkeld, een aantal doelen te dienen die samen te vatten zijn als het *sturen van kwaliteit* op verschillende niveaus. Door de formulering van minimum veiligheidsnormen kunnen **professionals** “elkaar binnen een instelling aan[...]spreken en elkaar aan afspraken [...] houden”, zal de **Raad van Bestuur** “haar verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid verder waar [...] kunnen maken” en kan de **Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)** haar taken van “toezicht en handhaving” uitoefenen (ibid.). Voor **patiënten** zouden zulke veiligheidsnormen een ondergrens van kwaliteit garanderen die zorgaanbieders in ieder geval zullen leveren, waardoor zij zich “met vertrouwen [...] kunnen wenden tot de zorgaanbieders” (ibid., p.1-2).

Waar veiligheidsnormen dus ontwikkeld moeten worden door de beroepsgroep, is het de taak van beroepsgroep, ziekenhuisorganisaties *en* de overheid om dit publieke belang van de (minimum)kwaliteit van de zorg te garanderen aan burgers. De normen zijn echter onvoldoende ontwikkeld om deze sturing van kwaliteit mogelijk te maken. Volgens VWS ontbreken ze vaak of, waar ze wel voorhanden zijn, zijn ze “onvoldoende geëxpliciteerd” of is het probleem dat ze “te vrijblijvend worden nageleefd” (ibid., p.1).

VWS vraagt de beroepsgroep dus om haar reguliere taak van het opstellen van veiligheidsnormen serieuzer op te pakken en om “meer aandacht te hebben voor de ontwikkeling, explicitering, en naleving van normen die voor de veiligheid van de patiënt van cruciaal belang zijn en de minimumvoorwaarden voor verantwoorde zorg beschrijven” (ibid.). Veldpartijen hebben, deels in reactie hierop, acties ondernomen om het draagvlak voor veiligheidsnormen te vergroten, inhoudelijke veiligheidsnormen in kaart te brengen en vast te stellen, en na te denken over het structureel en herkenbaar opnemen van veiligheidsnormen in richtlijnen en standaarden. Hiertoe dient een procedure ontwikkeld te worden, in samenwerking met de Regieraad Kwaliteit van Zorg

en worden eventuele aanpassingen in bestaande richtlijnontwikkelpraktijken bezien. De IGZ maakt intussen samen met veldpartijen een conceptset veiligheidsnormen en dient te zorgen voor “beargumenteerde verbeteringen of aanscherpingen” waar bestaande toezicht- en handhavingsnormen nog geen “eenduidige en onbetwiste veiligheidsnormen zijn” (ibid., p.3).

Parallel aan deze ontwikkelingen, heeft de Regieraad Kwaliteit van Zorg onderzoekers van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) gevraagd om een analyse uit te voeren van de huidige situatie op het gebied van veiligheidsnormen in richtlijnen: welke normen zijn expliciet opgenomen? En welke normen ontbreken? Tevens heeft het iBMG de rol van veiligheidsnormen in sturingsvraagstukken rondom kwaliteit van zorg onderzocht, op basis van literatuurstudie en eerder uitgevoerd onderzoek. Over onze bevindingen omtrent de aanwezigheid en rol van veiligheidsnormen in richtlijnen berichten wij in dit rapport.

1.1) Leeswijzer rapport

De volgende paragraaf (2) bevat een korte *methodologische verantwoording*. Deze verantwoording is belangrijk om de beperkingen *en* zeggingskracht van de studie te bepalen. Het onderzoek is in een kort tijdsbestek uitgevoerd en conclusies en aanbevelingen kunnen in de periode januari - augustus 2010 nog aangescherpt worden op basis van bevindingen tijdens de vervolgstudie. De daaropvolgende paragraaf (3) gaat in op de *mogelijkheden en risico's* van het inzetten van *richtlijnen als sturingsinstrument* voor veiligheid. Paragraaf 4 richt zich op de mogelijke *implicaties* die het sturen op veiligheidsnormen hebben *voor de ontwikkeling van richtlijnen zelf*. In paragraaf 5 gaan we in op de *beperkingen en kansen voor het inzetten van veiligheidsnormen* en waarna we concluderen (6) dat het van belang is dat een sturingsinstrumentarium voor minimumkwaliteit zich niet beperkt tot het formuleren van veiligheidsnormen. Deze conclusies worden gevolgd door *aanbevelingen* (7) en *bijlagen* met daarin de analyse van specifieke veiligheidsnormen in richtlijnen.

2) Methode van onderzoek

De gerichte studie naar veiligheidsnormen in richtlijnen is onderdeel van een groter onderzoek dat het iBMG uitvoert naar de inhoud van richtlijnen voor de door de Regieraad vastgestelde 'top 25' van richtlijnonderwerpen. Dit grotere onderzoek bestaat naast een score van de kwaliteit van richtlijnen ook uit een tekstuele analyse van de inhoud van richtlijnteksten en een reeks interviews met richtlijnontwikkelaars over het ontwikkelproces en gemaakte keuzes in in- en exclusie van bepaalde vormen van kennis en formuleringen. Gezien de specifieke focus van het onderzoeksdeel naar veiligheidsnormen en gezien het korte tijdsbestek waarin dit onderdeel diende te worden uitgevoerd, is voor dit rapport alleen een tekstuele analyse uitgevoerd van richtlijnteksten voor een geselecteerde groep richtlijnen waarin veiligheidsnormen naar alle waarschijnlijkheid een grotere rol spelen. Richtlijnen waarbij de kans op iatrogene schade, mortaliteitsrisico's, en andere ernstige veiligheidsrisico's minder evident zijn, heeft het iBMG, in overleg met de Regieraad in het kader van dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Deze richtlijnen worden nog wel geanalyseerd in het grotere onderzoek naar de inhoud van richtlijnen voor de 'top 25' aan onderwerpen (zie voor een overzicht van de geselecteerde richtlijnen bijlage 1).

De geselecteerde richtlijnen zijn geheel geanalyseerd en gecodeerd in Atlas.ti v6¹. Deze analyse is door de hoofdonderzoeker aan een tweede analyseslag onderworpen waarna zij is voorgelegd aan enkele leden van de Regieraad. Op basis hiervan is het definitieve overzicht van veiligheidsnormen in de geselecteerde richtlijnen vastgesteld. Dit overzicht is terug te vinden in bijlage 2.

De inhoudelijke interpretatie en coderingen zijn, samen met literatuurstudie en het opnieuw analyseren van eerdere onderzoeksresultaten naar de ontwikkeling van richtlijnen, gebruikt als input voor de analyse van de ontwikkeling, het gebruik, en de sturing op basis van richtlijnen. Deze analyse is gekoppeld aan inhoudelijke voorbeelden uit het overzicht van veiligheidsnormen.

Aangezien de analyse van veiligheidsnormen nog niet besproken is met veldpartijen hebben zij dus nog geen gelegenheid gehad om omissies aan te geven of redundanties te

¹ Kwalitatieve data-analyse software

verwijderen. Tevens zijn er gezien het feit dat de interviews met richtlijnontwikkelaars alleen onderdeel uitmaken van de grotere studie, geen concrete uitspraken te doen over de precieze *reden* voor de afwezigheid of specifieke formuleringen van sommige veiligheidsnormen. Hierover kunnen in dit rapport dus alleen op basis van secundair materiaal en op basis van eerder onderzoek uitspraken over worden gedaan. Uiteraard geeft dit een beperking aan het onderzoek en maakt het dat de resultaten ervan met enige omzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd. Pas na afronding van de bredere onderzoeksopdracht kunnen meer definitieve uitspraken worden gedaan.

3) Richtlijnen en de sturing van kwaliteit

In de gemaakte beleidsafpraak bestaat geen twijfel over de ambitie om veiligheidsnormen in te bedden in richtlijnen en hier vervolgens op te gaan sturen om minimumkwaliteit te garanderen aan burgers. Mochten veldpartijen er onvoldoende in slagen de normen helder en stuurbaar te formuleren, dan zal VWS in eerste instantie de IGZ vragen veiligheidsnormen vast te stellen als IGZ handhavingsnormen. Mocht zelfs dit “niet een voldoende stevige basis voor handhaving bieden” (ibid., p.2) dan zal het ministerie overgaan tot wettelijke verankering van veiligheidsnormen in het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet cliëntenrechten. Dat de normen er komen, leidt dus geen twijfel. De vraag is echter wel of het doel van de garantie van minimumkwaliteit waargemaakt kan worden. Daarvoor is het immers enerzijds nodig dat de gegenereerde normen een basisniveau van kwaliteit garanderen en anderzijds dat er op deze normen ook gestuurd kan worden. Beide voorwaarden lijken echter nog geen vanzelfsprekendheid.

3.1) Normen in soorten en maten

VWS definieert veiligheidsnormen als volgt: “[N]ormen die de veiligheidsvoorwaarden beschrijven waaraan verantwoorde zorg moet voldoen” (ibid., p.1). VWS contrasteert deze normen met streefnormen door het volgende te stellen:

“Veiligheidsnormen echter zijn normen die de minimumvoorwaarden (structuur en proces) voor het leveren van verantwoorde zorg aangeven of het niveau van resultaten, dat als ondergrens moet worden beschouwd om nog te kunnen spreken van verantwoorde zorg. Er moet dus een duidelijke relatie bestaan tussen het niet voldoen aan de norm en grote kans op gezondheidsschade voor de patiënt.” (ibid.)

Hoewel dit op zichzelf een helder onderscheid is, is het in de praktijk van de analyse van richtlijnteksten verre van duidelijk waar deze grens precies ligt. Dit is natuurlijk in eerste instantie een probleem voor de onderzoekers voor dit rapport, maar heeft ook

belangrijke implicaties voor de relatie tussen veiligheidsnormen en minimumkwaliteit. Een van de opvallende bevindingen van de analyse van veiligheidsnormen in richtlijnen is dat waar in richtlijnen veiligheid wordt besproken, het onderscheid tussen verschillende *typen* normen lang niet altijd duidelijk wordt gemaakt. Zo bevat vrijwel elke richtlijn:

- streefnormen (de hoogst haalbare kwaliteit onder ideale omstandigheden)
- overwegingen ('in dit geval ook daaraan denken', die afhankelijk van de situatie meer of minder normerend zijn)
- conditionele normen ('als => dan' redeneringen waarbij een aanbeveling alleen onder bepaalde omstandigheden een norm wordt, en dan nog niet meteen een veiligheidsnorm)
- en veiligheidsnormen (minimumnormen die onder alle omstandigheden nageleefd moeten worden om veiligheidsproblemen te voorkomen die anders gegarandeerd optreden).

Of en wanneer een aanbeveling een streef-, gesitueerde of veiligheidsnorm is, is echter niet of nauwelijks uit de richtlijn af te leiden en wordt typisch gezien als de expertise van individuele zorgverleners. Zij worden geacht het onderscheidend vermogen te hebben om te zien wanneer een aanbeveling een advies of een norm is, en of het dan een streefnorm of een minimumnorm betreft. Soms zijn hiervoor in de tekst wel aanwijzingen te herkennen (zie onder) maar meestal is dit niet gespecificeerd. Daarnaast valt tevens op hoeveel ogenschijnlijk evidente veiligheidsnormen er *niet* opgenomen zijn in de geanalyseerde richtlijnen. Datgene wat al algemeen geldende praktijk is, is vaak juist niet opgenomen als veiligheidsnorm. Dit kan natuurlijk als een omissie worden gezien, maar eerder onderzoek naar richtlijnontwikkeling laat zien dat richtlijnontwikkelaars zich vooral richten op de relatie tussen de formulering van hun aanbevelingen en het effect dat ze trachten te sorteren in een zorgpraktijk. Volgens Tiago Moreira zijn richtlijnontwikkelgroepen dan ook niet bezig om samenvattingen van gewogen *evidence* te maken, maar trachten zij continu te zorgen voor "*the best fit between the knowledge endorsed in the guideline and the action that it mediates*" (2005, p. 1977). Daarmee pogen richtlijnontwikkelaars continu te zorgen voor passende antwoorden op reële vragen die in de praktijk leven op basis van beschikbare literatuur en andere overwegingen. Het opnemen van normen die dus al gemeengoed zijn in de

zorgverlening, zou tot een adequatere omschrijving van minimumkwaliteit leiden, maar zou van een richtlijn eerder een beschrijvend instrument maken dan een richtinggevend hulpmiddel, en dat beogen richtlijnen nu juist niet te zijn. Juist een specifieke analyse van de precieze definiëringen van richtlijnteksten laat goed zien hoe zorgvuldig de richtlijn als richtinggevend hulpmiddel wordt vormgegeven (Knaapen et al. te verschijnen).

Zo wordt in de richtlijn coronaire hartziekten / hartinfarct aan het begin van de richtlijn gesteld:

“Zoals altijd het geval is met richtlijnen, zijn deze niet voorschrijvend. Patiënten verschillen zoveel van elkaar dat individuele zorg het voornaamst is en er is nog steeds een belangrijke plaats voor klinische beoordeling, ervaring en gezond verstand” (p.3).

Aan de hand hiervan zou men verwachten dat bij alle aanbevelingen, zelfs als deze stellig geformuleerd zijn, hun normerend karakter beperkt is. Maar ook de opmerking aan het begin van de richtlijn lijkt niet absoluut. Waar voor veel aanbevelingen niet of nauwelijks vast te stellen is of het nu een veiligheidsnorm of een streefnorm betreft is het voor de goede verstaander overduidelijk dat een zorgverlener wel heel goede argumenten moet hebben om de volgende aanbeveling niet te volgen:

“• Verhoogde markers van myocardnecrose (CK-MB, troponines). Wacht niet op de resultaten om met reperfusiotherapie te beginnen!”

Met name het uitroepteken geeft aan dat hier “klinische beoordeling, ervaring en gezond verstand” slechts bij hoge uitzondering een legitieme reden voor afwijken zullen zijn. De inleidende tekst bij de richtlijn lijkt dus onderhevig aan het Chinese spreekwoord dat stelt: ‘Alles met mate, zelfs gematigdheid’. Vooral het weglaten van dit uitroepteken bij andere aanbevelingen laat over de duidelijkheid van de status van deze aanbeveling niet veel te wensen over. Kennelijk is het niet alleen van groot belang dat deze aanbeveling gevolgd wordt;

het is ook niet evident dat dit altijd gebeurt. Het opnemen van meer veiligheidsnormen die al voor zich spreken en die in principe van hetzelfde uitroepteken voorzien zouden kunnen worden, zou de zeggingskracht van *deze* aanbeveling doen afnemen.

De wens om richtlijnen een weergave te laten zijn van minimumkwaliteit is dus enerzijds begrijpelijk, maar lijkt anderzijds niet goed aan te sluiten bij de praktijk van richtlijnontwikkeling. Natuurlijk kan hieruit de conclusie worden getrokken dat de inhoud van richtlijnen aangepast moet worden en dat in de ontwikkelprocedures moet worden opgenomen dat een minimumniveau van kwaliteit helder gedefinieerd dient te zijn. Hierbij moet dan echter wel goed worden nagegaan of een *totale* omschrijving van minimumkwaliteit niet ten koste gaat van het *richtinggevende karakter* van *specifieke en nog niet voor zich sprekende veiligheidsnormen* die in de huidige ontwikkelpraktijk juist meer in het oog springen. Dit zou een verarming van de tekst kunnen opleveren omdat het formuleren van de minimumnorm dan het doel van de richtlijn wordt, in plaats van een formulering die een zo goed mogelijk antwoord geeft op de uitgangsvraag van de richtlijnontwikkelaars.

Ook is het waarschijnlijk niet uit onzorgvuldigheid dat veel van de aanbevelingen weinig normerend zijn gesteld, ook al kunnen ze in *sommige gevallen* tot ernstige iatrogene schade leiden. Zo kan het tot veiligheidsnorm verheffen van de aanbeveling uit de NHG standaard coronaire hartziekten, dat er zorg moet worden gedragen voor een goede, bij voorkeur schriftelijke overdracht in het geval van het inschakelen van ambulancepersoneel, in veel situaties tot kwaliteitsverbetering leiden, maar zijn er spoedsituaties waarin de focus op (met name schriftelijke) overdracht juist ten koste van de acute veiligheid zou kunnen gaan.

Historisch en sociologisch gezien hebben initiatieven om tot volledige standaardisering van minimumkwaliteit te komen dan ook tot veel problemen geleid. Al in de jaren '60 liet Harold Garfinkel (1967) zien dat onvolledige medische dossiers vaak geen kwestie van onzorgvuldige zorgverleners zijn maar dat er heel goede organisatorische redenen zijn voor 'slechte' dossiers. Zo zijn 'volledige' dossiers vaak een teken van een onervaren medicus die nog geen bijzaken van hoofdzaken kan scheiden en nog niet ziet dat volledige registratie de hoofdzaken juist verbloemt. Marc Berg heeft laten zien dat het onvolledige invullen van gegevens vaak juist noodzakelijk is om goede zorg te leveren (Berg 1997; Berg en Goorman 1999). Naar analogie zou dit dus wel eens kunnen betekenen dat *onvolledigheid* van minimumkwaliteit een voorwaarde is om de

problematische onderdelen van kwaliteit goed voor het voetlicht te brengen in richtlijnen.

Pogingen om minimumkwaliteit volledig vast te leggen hebben naast bovengenoemde problemen ook tot directe kwaliteitsproblemen geleid omdat zelfs minimumkwaliteit niet in alle situaties hetzelfde is (Wiener 2000). Richtlijnontwikkelaars blijken zich terdege bewust van deze risico's en laten in de formulering van aanbevelingen juist vaak *bewust* ruimte om te voorkomen dat er nieuwe risico's optreden doordat zorgverleners de richtlijn als blauwdruk gaan volgen.

Goede redenen voor niet scherp geformuleerde aanbevelingen

Bij de ontwikkeling van de richtlijn voor urineincontinentie bij ouderen een discussie gevoerd over de mogelijke invloed die koolzuurhoudende- en alcoholische dranken mogelijk zouden hebben op verergering van incontinentieproblemen. Hoewel er redelijk overtuigend bewijs is dat overmatig alcoholgebruik en het drinken van veel koolzuurhoudende dranken van invloed is op incontinentie, maakten de ontwikkelaars zich zorgen dat door hier een duidelijke aanbeveling over op te nemen in de richtlijn, verzorgenden deze aanbeveling blind zouden gaan volgen en incontinentie ouderen hun glaasje wijn of cola zouden ontfagen. In dit geval zou niet de veiligheid, maar wel de kwaliteit van leven in het geding kunnen raken door de aanbeveling uit de richtlijn. Hier is op geanticipeerd door alleen een vagere opmerking op te nemen over het consumeren van koffie en thee in grotere hoeveelheden en over alcohol en koolzuur niets op te nemen.

(Zuiderent-Jerak 2009b)

Door bewust niet geheel specifieke aanbevelingen te formuleren of zelfs specifieke evidence weg te laten, proberen richtlijnontwikkelaars de reflectie op de toepassing van individuele richtlijnen te bevorderen en starre regeltoepassing te voorkomen. Dit is niet alleen van belang in het geval van spanningen tussen veiligheid en kwaliteit van leven maar ook omdat het onvoldoende reflectief toepassen van meerdere richtlijnen gelijktijdig in het geval van comorbiditeit vaak direct tot complicaties leidt. Indien richtlijnen 'gevolgd' worden, treden dit soort complicaties immers juist vaak op (Boyd et al. 2005; van Weel en Schellevis 2006). Zo leidt de toepassing van volledige minimumkwaliteit in complexe zorgverlening vaak tot nieuwe risico's (Law 2000).

3.2) Implicaties voor sturingsmogelijkheden

Gegeven deze observaties bij de uitgevoerde analyse naar veiligheidsnormen in richtlijnen, lijkt het doel van VWS om tot definities van minimumkwaliteit in richtlijnen te komen niet alleen een praktisch probleem, maar ook niet vrij van nieuwe risico's. Hoewel het doel van gegarandeerde minimumkwaliteit door middel van in richtlijnen opgenomen veiligheidsnormen dus aantrekkelijk is, verdient het de aanbeveling lering te trekken uit de internationale ervaringen met het omzetten van richtlijnen in kwaliteitsindicatoren.

Van richtlijnen naar sturing in de Veterans Affairs zorg

Louise Walter et al. hebben in een studie naar de Veterans Affairs (VA) gezondheidszorg laten zien dat dit grootste gezondheidszorgsysteem in de VS met grote problemen te kampen kreeg toen de *adherence* aan veiligheidseisen uit richtlijnen normerend werd opgelegd. In het geval van colorectale screening op kanker, kwamen zij erachter dat het volgen van de veiligheidsnormen betreffende screening, snel leidde tot nieuwe veiligheidsproblemen en tot onvoldoende aandacht voor voorkeuren van patiënten met betrekking tot screening. Waar clinici voorheen op basis van de richtlijn een zorgvuldige afweging konden maken over het belang van de veiligheidseis in relatie tot andere informatie, waaronder patiëntenpreferenties, was dit minder goed mogelijk toen de veiligheidsnormen uit de richtlijn waren omgezet in normen voor minimumkwaliteit waarop gestuurd werd. In hun publicatie met de veelzeggende titel *Pitfalls of converting practice guidelines into quality measures* concluderen zij dan ook dat waar hogere *adherence* aan veiligheidsnormen gelijk werd geschakeld aan veilige zorg, men merkte dat: *“there are problems with converting practice guidelines, intended to offer guidance to clinicians, into performance measures that are meant to identify poor-quality care”* (p. 2466).

(Walter et al. 2004)

Maar ook van de nationale ervaringen met het gebruik van kwaliteitsmaten als sturingsinstrumenten kan veel geleerd worden. De ontwikkeling van de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ is weliswaar niet direct gekoppeld geweest aan de ontwikkeling van professionele standaarden door veldpartijen, maar de poging om een sturingsinstrument voor basiskwaliteit te ontwikkelen vertoont substantiële overeenkomsten met de huidige ontwikkeling van veiligheidsnormen. Hoewel het

initiële doel van deze indicatoren was om te komen tot kwaliteitsverbetering in een 'goed-beter paradigma' en een multi-interpretabele kaart waarin zorginstellingen vooral toelichtingen zouden kunnen geven bij de gerapporteerde uitkomsten (Berg et al. 2005) werd binnen een mum van tijd een *ranking* gecreëerd die, hoewel deze statistisch gezien een slechte raadgever is (Pons, Lingsma, en Bal 2009), zeker grote gevolgen heeft voor het kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen (Zuiderent-Jerak 2009a), en zeker niet alleen in positieve zin. Zo zijn er klassieke problemen op het gebied van *gaming* en *decoupling* (Pollit et al. te verschijnen; Bal 2008) maar daarnaast van tijd tot tijd zelfs conflicten tussen de prestatie-indicatoren en bestaande kwaliteitsagenda's.

Conflicterende normen en sturing

In het geval van diabetes ervaren zorgverleners sinds aanpassingen in de basisset prestatie-indicatoren een spanning tussen de jarenlange investering in diabetes ketenzorg waarbij alleen complexe patiënten in het ziekenhuis worden gezien, en het opnemen van de HbA1c waarde als prestatie-indicator met een lage score als maat van goede kwaliteit. Waar zorgverleners jarenlang hebben geïnvesteerd in goede zorg die juist tot een *hogere* gemiddelde HbA1c waarde in het ziekenhuis leidde, worden ze nu geacht een laag gemiddelde te scoren.

(Jerak-Zuiderent en Bal te verschijnen)

Naast deze problemen met het inzetten van veiligheidsnormen in richtlijnen vergen dergelijke normen ook van de IGZ een andere rol dan zij bij andere normen heeft. Waar streefnormen door de inspectie worden gebruikt voor risicoselectie en gefaseerd optreden, veronderstellen minimumnormen dat risicoselectie niet nodig is en dat elke overschrijding tot ingrijpen zou leiden: die minimumkwaliteit dient immers te worden gegarandeerd. Dit roept vragen op over hoe de inspectie de normen gemeten denkt te zien, hoe erop gestuurd gaat worden, en hoe met *gaming* reacties zal worden omgegaan, die bij minimumnormen nog waarschijnlijker zijn dan bij streefnormen. Dat het sturen op veiligheidsnormen op basis van richtlijnen geen sinecure is, waarbij de inspectie moet zoeken naar een nieuwe rol als toezichthouder, blijkt uit de commotie die is ontstaan rondom het toezicht op de intensive care zorg. Deze casus geeft immers enerzijds aan dat wanneer normen in richtlijnen tot *veiligheidsnormen* worden verheven, dit tot veel discussie over de status van de norm zelf zal leiden (van Everdingen, Scheffer, en Legemate 2009; Schellekens en van der Wal 2009) omdat dit een eenduidige status van de norm vereist die in richtlijnen slechts af en toe wordt

aangetroffen. Anderzijds geeft de casus aan dat de strikt handhavende rol die dergelijke normen van de inspectie vergen nogal wat bestuurlijke haken en ogen zitten.

Dit alles wijst erop dat pogingen om normstellend te opereren op basis van definities van minimumkwaliteit tot veel praktische problemen en bijbehorend strategisch gedrag leiden, met grote, niet altijd voorspelbare, gevolgen voor zorginstellingen *en* voor de inspectie. De ervaringen met de basisset in Nederland, met de vertaling van richtlijnen in veiligheidsnormen in de VS, en met het toezicht rond de ICs maken inzichtelijk dat het besturen van minimumkwaliteit op basis van veiligheidsnormen in richtlijnen nog de nodige reflectie vergt.

4) Sturen van kwaliteit en de vormgeving van richtlijnen

Als de ontwikkeling van richtlijnen nu een formalistische bezigheid was, waarbij ontwikkelaars een procedure aflopen om *evidence* te wegen, dan zouden bij de ontwikkeling van veiligheidsnormen voor basiskwaliteit 'alleen' de risico's van strategisch gedrag achteraf (Pollit et al. te verschijnen), implementatieproblemen (Zuiderent-Jerak 2007) en mogelijke nieuwe veiligheidsrisico's (Boyd et al. 2005) verwacht mogen worden. Maar richtlijnontwikkelaars zijn zich, zoals gezegd, terdege bewust van de buitenwereld *op het moment dat zij richtlijnen ontwikkelen*, en dit heeft ook direct gevolgen voor de geformuleerde aanbevelingen (Moreira 2005; Moreira, May, en Bond 2009; Moreira, May, en Eccles 2006). Om een voorbeeld uit de ouderenzorg te geven: hoewel er wellicht betrouwbare evidentie is dat er voor goede incontinentiezorg drie keer zo veel verzorgenden nodig zijn als er op dit moment in de ouderenzorg werkzaam zijn, heeft de ontwikkelgroep voor de richtlijn urineincontinentie bij ouderen hier geen aanbeveling over opgenomen in de richtlijn. Een dergelijke aanbeveling zou immers de richtlijn tot de inzet van een politieke strijd maken, en de aandacht van alle andere aanbevelingen afleiden (Zuiderent-Jerak 2009b). Door deze gevoeligheid voor de buitenwereld bij de vormgeving van richtlijnen, is de waarschijnlijkheid zeer groot dat het te verwachten strategische gedrag ten opzichte van veiligheidsnormen niet alleen plaatsvindt bij *toepassing* van de richtlijn, maar evenzeer bij de *ontwikkeling van nieuwe richtlijnen*. Het gebruik van richtlijnen in het toezicht van de IGZ (zowel het thematisch toezicht het toezicht op basis van prestatie-indicatoren), als het sturen van richtlijnen van verzekeraars dragen al bij aan een politisering van richtlijnen. De introductie van veiligheidsnormen zal dit naar alle waarschijnlijkheid verder versterken. VWS lijkt zich daar terdege van bewust maar het blijft de vraag of ministerie of IGZ voldoende zicht zullen hebben op het proces van afweging en formulering van aanbevelingen bij richtlijnontwikkeling zodat duidelijk zal zijn wanneer en hoe de inzet van de Kwaliteitswet productief is.

Het risico van de huidige zoektocht naar het vormgeven van minimumkwaliteit in richtlijnen als sturingsinstrument is dus niet alleen dat spanningen tussen de richtlijn en de zorgpraktijk kunnen leiden tot strategisch gedrag en nieuwe veiligheidsrisico's; het

proces van richtlijnontwikkeling wordt er ook nog verder door gepolitiseerd dan nu al het geval is.

5) De kansen en beperkingen van veiligheidsnormen voor minimumkwaliteit

In het voorgaande hebben wij enige kanttekeningen geplaatst bij de haalbaarheid van sturing op minimumkwaliteit door veiligheidsnormen in richtlijnen op te nemen. Dat wil echter niet zeggen dat wij enkel valkuilen en knelpunten zien bij het opnemen van veiligheidsnormen in richtlijnen. Wij willen enkel waken voor te snelle conclusies die verbonden lijken te worden aan het feit dat er weinig duidelijke veiligheidsnormen zijn aangetroffen in richtlijnen. Dit is waarschijnlijk geen kwestie zijn van een *algemeen gebrek* aan zulke normen, dat opgelost moet worden door minimumkwaliteit te gaan definiëren in richtlijnen. De zorgvuldigheid waarmee richtlijnontwikkelaars ruimte voor gesitueerde afweging creëren in veel van hun aanbevelingen is niet alleen een kwestie van strategisch gedrag en indekken tegen eventuele aansturings- of zelfs juridische consequenties: de afwezigheid van veel scherp geformuleerde veiligheidsnormen geeft vooral ook blijk van een goed begrip van de complexiteit van zorgverlening en de risico's van de eenvoudige toepassing van richtlijnen, of dat nu is voor relatief eenduidige kankerzorg (Walter et al. 2004) of in het geval van comorbiditeit en richtlijninterferenties (Boyd et al. 2005). Het opstellen van veiligheidsnormen is daarmee een goede oplossing, maar wel een die alleen past bij een specifiek type risico: een eenvoudig risico, dat door een regelgebaseerde toepassing van een norm te allen tijde voorkomen wordt. Het moge duidelijk zijn dat hoewel er vele van dergelijke risico's zijn in de gezondheidszorg, de oplossing onvoldoende past bij andere typen risico's om veiligheidsnormen als infrastructuur voor minimumkwaliteit te hanteren.

5.1) Vier typen veiligheidsrisico's

Zoals wij en anderen recentelijk elders hebben betoogd, (de Bont et al. 2009; Bijker, Bal, en Hendriks 2009; WRR 2008) is het belangrijk om bij het besturen van veiligheid een onderscheid te maken in verschillende typen risico's. Risico's verschillen in die zin dat er meer of minder kennis voorhanden kan zijn over een risico en de benodigde oplossingen. Ook is de mate waarin overeenstemming bestaat over waarden die in het geding zijn bij bepaalde risico's bepalend voor wat voor type risico het betreft. Waar

duidelijkheid bestaat over de aard van een risico, de oplossing bekend is, en geen verschillende waarden in het geding zijn, kunnen we spreken van eenvoudige risico's.

Voorbeeld eenvoudig risico:

Risico: Toediening van verkeerde dosering cytostatica door voorschrijf- of bereidingsfout.

Norm: "In het afleverproces van cytostatica vinden – voor toediening aan de patiënt – minimaal 2 onafhankelijke checks plaats op juistheid van voorschrift en toe te dienen middel plaats"

(voorbeeld uit set veiligheidsnormen veldpartijen)

In dit voorbeeld zijn risico en oplossing evident, en zijn geen waardeconflicten in het geding. Risico's waarvoor deze voorwaarden niet gelden, kunnen getypeerd worden als complex, onzeker en ambigu. Veiligheidsnormen zijn dus vooral van toepassing op 'eenvoudige risico's'. Voor complexe, onzekere en ambigue risico's, dat wil zeggen, voor risico's waarvan respectievelijk interveniërende factoren als comorbiditeit meespelen, de aard en omvang van schade onvoldoende bekend zijn, en de afweging van verschillende waarden in het geding komt, zoals bijvoorbeeld bij patiëntenpreferenties die tegen veiligheidsnormen ingaan, zal de oplossing van veiligheidsnormen als sturingsinstrument minder passend zijn. Toch maken al deze drie andere risico's integraal deel uit van de minimumkwaliteit van zorgverlening.

Deze verschillende risico's vergen andere benaderingen om ze aan te pakken. Als veiligheidsrisico's eenvoudig zijn, dan kunnen oplossingen, die immers voorhanden zijn, geïmplementeerd worden. Het opnemen van veiligheidsnormen in richtlijnen en het eventueel wettelijk verankeren van zulke normen is een goed voorbeeld van deze implementatieaanpak. Onzekere risico's daarentegen vergen echter eerder exploratie dan implementatie. Voor complexe risico's is consultatie een passender aanpak en zolang risico's ambigu zijn, doordat er spanning op het gebied van waarden spelen, dan is een helderder articulatie van deze waarden en spanningen een geschikte aanpak. Het gevaar van de vaststelling van veiligheidsnormen en hun implementatie door opname in richtlijnen is dus dat de aanwezige onzekerheden, complexiteiten en ambigüiteiten botsen met de gezochte oplossing. Een implementatieaanpak inzetten waar deze niet

geëigend is, leidt per definitie tot veel 'implementatieproblemen' (Zuiderent-Jerak 2007). Gegeven deze analyse van de verschillende risico's in de zorg en het bijzondere karakter van eenvoudige risico's, kunnen we nu ook specifieker zijn over waar de kracht van veiligheidsnormen optimaal kan worden ingezet.

6) Conclusie: Gesitueerd inzetten van veiligheidsnormen voor eenvoudige risico's

Het strak reguleren van minimumkwaliteit door middel van veiligheidsnormen is een specifieke oplossing die goed past bij eenvoudige risico's in de zorgverlening. De eerste resultaten van de inventarisaties door de IGZ en door veldpartijen bevestigen dit beeld: de voorbeelden zijn met name 'technisch' van aard en bieden geen plaats aan complexiteit, onzekerheid of ambiguïteit. Door deze bril bezien, lijken er overigens wel een aantal buitenbeentjes in de lijsten voor te komen. Zo is er bij de aanbeveling van de IGZ dat als veiligheidsnorm voor medicatieveiligheid zou moeten gelden: "Elke dienstapothek is, m.b.t. de patiëntgegevens, digitaal gekoppeld aan de andere apotheken en aan de apothekhoudende huisartsen" (IGZ 2009, p. 3) niet vanzelfsprekend sprake van een 'eenvoudig' risico. Het moge duidelijk zijn dat dit een veiligheidsnorm is voor een buitengewoon complexe en onzekere praktijk, waarbij de koppeling van systemen organisatorisch, technisch en interprofessioneel nog op veel onzekerheden en waardeconflicten stuit. De aanbeveling erboven: "Geen ontslag van een patiënt zonder overdracht met actueel medicatieoverzicht en ontslagreceptuur naar openbare apotheek, huisarts of andere zorginstelling" (ibid.) lijkt een veiligheidsnorm voor hetzelfde domein, terwijl hier wel sprake is van een 'eenvoudig' risico.

Het onderscheid in verschillende typen risico's biedt een onderscheidend kader voor het analyseren van welke risico's er wel en welke er niet door veiligheidsnormen in richtlijnen kunnen worden geadresseerd. Ons advies is dan ook om dit kader te hanteren en ruimte te laten voor andersoortige risico's, in plaats van het verschil tussen "toezicht- en handhavingsnormen [die] niet zonder meer eenduidige en onbetwiste veiligheidsnormen zijn" op te lossen door deze voor te leggen "aan wetenschappelijke verenigingen, zodat waar nodig beargumenteerde verbeteringen of aanscherpingen kunnen worden aangebracht" (Klink 2009, p.3). Dit moet natuurlijk *wel* gebeuren voor al bestaande veiligheidsnormen zodat het draagvlak ervan onder veldpartijen geborgd wordt, maar tevens moet gerealiseerd worden dat veiligheidsnormen slechts een oplossing zijn voor een beperkt deel van de minimumkwaliteit van zorgverlening. Het streven naar minimumkwaliteit van zorg, gedefinieerd in veiligheidsnormen waarop

gestuurd kan worden, loopt anders het risico meer besturings- en veiligheidsproblemen te creëren dan zij oplost.

Discussies rondom de therapietrouw van chronische patiënten kunnen hier het nodige inzicht bieden: waar deze discussie zich lang heeft gericht op het verhogen van algehele therapietrouw op basis van behandelplannen, is het doel van therapietrouw tegenwoordig steeds vaker om patiënten te ondersteunen bij heel *gerichte* therapietrouw op momenten waar therapieontrouw echt risicovol is, terwijl er op andere momenten meer ruimte wordt geboden voor afwegingen over de relatie tussen therapietrouw en bijvoorbeeld een rol als ouder, collega of sporter (Zuiderent-Jerak in press). Net zoals door deze aanpak de dichotomie tussen ‘vrijlaten’ en ‘strak sturen’ wordt overwonnen in het *gesitueerd* inzetten van therapietrouwbevorderende interventies, zo kan een meer gesitueerde inzet van sturing op veiligheidsnormen ook effectiever zijn zonder veel schadelijke neveneffecten te sorteren. Het is dus van belang het verschil tussen normerend waar mogelijk en ruimte biedend waar nodig beter tot uitdrukking te laten komen in aanbevelingen in richtlijnen maar dit verschil ook centraal te stellen in de beleidsagenda voor het besturen van minimumkwaliteit. Het selectief inzetten van veiligheidsnormen geeft immers ook meteen de noodzaak aan om andere sturingsmodaliteiten te verkennen voor complexe, onzekere en ambigue aspecten van minimumkwaliteit. Hoe deze modaliteiten er precies uit zouden kunnen zien, dient onderwerp te zijn van nader onderzoek maar gedacht kan worden aan meer verkennende besturingsinstrumenten zoals het farmacotherapeutisch overleg (FTO) of het stimuleren van kwaliteitsverbetertrajecten die een opener karakter hebben dan traditionele doorbraakprojecten (Zuiderent-Jerak et al. 2009).

7) Aanbevelingen: het gericht inzetten van veiligheidsnormen in richtlijnen als sturingsinstrumentarium

1. Er zijn slechts in beperkte mate veiligheidsnormen te vinden in richtlijnen; dit moet echter niet gezien worden als een gebrek per se;
2. Het verdient de aanbeveling niet alleen de *afwezigheid* maar ook de *aanwezigheid* van veiligheidsnormen in richtlijnen te willen verklaren – dan zal blijken dat veiligheidsnormen alleen in heel specifieke gevallen een gepaste oplossing zijn;
3. Veiligheidsnormen zijn een specifieke oplossing voor een bepaald type risico: het past goed bij ‘eenvoudige risico’s’ waarvan vaststaat dat ze simpelweg en altijd voorkomen moeten worden;
4. Omdat veel aspecten van minimumkwaliteit niet in deze definitie van eenvoudige risico’s passen, moet het instrument van de veiligheidsnormen selectief en gericht worden ingezet: het kan nooit een oplossing bieden voor de minimumkwaliteit als geheel;
5. Om toch de besturing van complexe, onzekere en ambigue aspecten van minimumkwaliteit te kunnen aansturen, moeten andere sturingsmodaliteiten verkend worden;
6. Veiligheidsnormen kunnen dan ingezet worden waar ze hun waarde bewijzen zonder onnodig veel nieuwe risico’s te genereren.

Geraadpleegde literatuur

- Bal, Roland. 2008. De nieuwe zichtbaarheid; Sturing in tijden van marktwerking, Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Berg, M. 1997. *Rationalizing medical work: decision-support techniques and medical practices*: MIT press.
- Berg, Marc, en Els Goorman. 1999. The contextual nature of medical information. *International Journal of Medical Informatics* 56:51-60.
- Berg, Marc, Yvonne Meijerink, Marit Gras, Anne Goossensen, Wim Schellekens, Jan Haeck, Marjon Kallewaart, en Herre Kingma. 2005. Feasibility first; Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals. *Health Policy* 75 (1):59-73.
- Bijker, Wiebe, Roland Bal, en Ruud Hendriks. 2009. *The Paradox of Scientific Authority: The role of scientific advice in democracies*. Cambridge: The MIT Press.
- de Bont, Antoinette, Sonja Jerak-Zuiderent, Teun Zuiderent-Jerak, Roland Bal, en Pauline Meurs. 2009. Veiligheid in de zorg; Achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg 2009. Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit.
- Boyd, Cynthia M., Jonathan Darer, Chad Boulton, Linda P. Fried, Lisa Boulton, en Albert W. Wu. 2005. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 294 (6):716.
- van Everdingen, Jannes J.E., Gert Jan Scheffer, en Johan Legemate. 2009. Morgen gebeurt het; Commentaar op de wijze van normstelling door de inspectie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 153 (A320).
- Garfinkel, Harold. 1967. 'Good' organizational reasons for 'bad' clinic records. In *Studies in Ethnomethodology*. Englewood-Cliffs, N.Y.: Prentice-Hall.
- IGZ. 2009. Veiligheidsnormen. Brief d.d. 5 november 2009 (IGZ-2009-203363/GH):1-4.
- Jerak-Zuiderent, Sonja, en Roland Bal. te verschijnen. Locating the worths of performance indicators; Performing transparency and accountabilities in health care In *By the Very Act of Counting. On the co-construction of society, numbers, and their subjects and objects*, edited by A. Rudinow Sætnan, H. Mork Lomell en S. Hammer. London en New York: Routledge.
- Klink, A. 2009. Stand van zaken ontwikkeling veiligheidsnormen ziekenhuiszorg. *CZ/TSZ-2966336*:1-3.
- Knaapen, Loes, Hervé Cazeneuve, Alberto Cambrosio, Patrick Castel, en Beatrice Fervers. te verschijnen. 'Pragmatic evidence'; A case study of the production of French cancer clinical guidelines. *Social Science & Medicine*.
- Law, John. 2005. *Ladbroke Grove, or How to Think about Failing Systems*. Centre for Science Studies, Lancaster University 2000 [cited september 2005 2005]. Available from <http://www.lancs.ac.uk/fass/sociology/papers/law-ladbroke-grove-failing-systems.pdf>.
- Moreira, Tiago. 2005. Diversity in clinical guidelines; the role of repertoires of evaluation. *Social Science & Medicine* 60:1975-1985.
- Moreira, Tiago, Carl May, en John Bond. 2009. Regulatory Objectivity in Action; Mild cognitive impairment and the collective production of uncertainty. *Social Studies of Science* 39 (5):665-690.

- Moreira, Tiago, Carl May, en Martin P. Eccles. 2006. A new method of analysis enables a better understanding of clinical practice guideline development processes. *Journal of Clinical Epidemiology* 59:1199-1206.
- Pollit, Christopher, Stephen Harrison, George Dowswell, Sonja Jerak-Zuiderent, en Roland Bal. te verschijnen. Performance regimes in health care: Institutions, critical junctures and the logic of escalation in England and The Netherlands. *Evaluation*.
- Pons, Heleen, Hester Lingsma, en Roland Bal. 2009. De ranglijst is een slechte raadgever. *Medisch Contact* 64 (47):1969-1972.
- Schellekens, Wim, en Gerrit van der Wal. 2009. Intensive care. Minimumnormen voor de zorgverlening. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 153 (A380).
- Walter, Louise C., Natalie P. Davidowitz, Paul A. Heineken, en Kenneth E. Covinsky. 2004. Pitfalls of converting practice guidelines into quality measures: lessons learned from a VA performance measure. *JAMA* 291 (20):2466.
- van Weel, Chris, en François G. Schellevis. 2006. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *The Lancet* 367 (9510):550-551.
- Wiener, Carolyn L. 2000. *The Elusive Quest. Accountability in Hospitals*. New York: Aldine de Gruyter.
- WRR. 2008. *Onzekere veiligheid; Verantwoordelijkheden rond fysieke veiligheid*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Zuiderent-Jerak, Teun. 2007. Preventing implementation; Experimental Interventions with Standardization in Healthcare. *Science as Culture* 16 (3):311-329.
- . 2009a. Competition in the Wild; Configuring healthcare markets. *Social Studies of Science* 39 (5):765-792.
- . 2009b. The issues, the evidence and their partial (dis-)connections; On the composition of the common good in guideline production. In *Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Social Studies of Science (4S)*. Washington D.C.
- . in press. Embodied Interventions - Interventions on Bodies; Experiments in practices of science and technology studies and hemophilia care. *Science, Technology, & Human Values*.
- Zuiderent-Jerak, Teun, Mathilde Strating, Anna Nieboer, en Roland Bal. 2009. Sociological refigurations of patient safety; ontologies of improvement and 'acting with' quality collaboratives in healthcare. *Social Science & Medicine* 69 (12):1713-1721.

Bijlage 1: geselecteerde richtlijnen voor dit onderzoek

Onderwerp	Titel - Richtlijn	Jaar	Bron	commentaar
Coronaire hartziekten	Acuut myocardinfarct met ST-segmentelevatie - NVVC-richtlijnen in zakformaat Praktijkrichtlijnen	2003	http://www.nhj.nl/cardiologie.nl/2/pagecontent/main_richtlijnen/riz	
	NHG-standaard acuut coronair syndroom (acuut myocardinfarct en instabiele angina pectoris)	2003	http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgs_tandaarden/NHGStandaard/M80_std.htm#Inleiding	

Onderwerp	Titel - Richtlijn	Jaar	Bron	commentaar
Coronaire hartziekten	NHG-Standaard Stabiele angina pectoris (Tweede herziening)	2004	http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgs_tandaarden/NHGStandaard/M43_std.htm#Inleiding	
	Guidelines on the management of stable angina pectoris	2006	http://www.nvvc.nl/UserFiles/Richtlijnen/ESC/Stable%20Angina%20Pectoris%202006.pdf	
Beroerte	Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte	2009	http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Cardiovasculaire-aandoening/	

Onderwerp	Titel - Richtlijn	Jaar	Bron	commentaar
Diabetes mellitus	NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (Tweede herziening)	2006	http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgs_tandaarden/NHGStandaard/M01_std.htm#Opsporing	
	Acute Ontregeling Diabetes Mellitus DKA-HHS	2005	http://www.internisten.nl/uploads/9f/j-/9fj-2H_GuDi0hqpYdduP1Q/1-acuteontregelingdm.update2005.website.pdf	
Astma + COPD	Astma richtlijn	2004	http://www.nvalt.nl/p_copd_astma_allergie?wid=752&func=viewSubmission&sid=7212&pageId=4	Richtlijn + samenvattingskaart
	Astma bij kinderen	2006	http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgs_tandaarden/NHGStandaard/M24_std.htm#Inleiding	

Onderwerp	Titel - Richtlijn	Jaar	Bron	commentaar
	Astma bij volwassenen	2007	http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgs_tandaarden/NHGStandaard/M27_std.htm#Inleiding	
	NHG-Standaard COPD (tweede herziening)	2007	http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgs_tandaarden/NHGStandaard/M26_std.htm#Inleiding	
Pneumonie	Diagnostiek en behandeling van 'community-acquired' pneumonie (CAP)	2003	http://www.nvalt.nl/p_definitief?wid=48&func=viewSubmission&sid=2913&pageId=15	Richtlijn + samenvattingskaart
	NHG-Standaard Acut hoesten	2003	http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgs_tandaarden/NHGStandaard/M78_std.htm#Inleiding	

Onderwerp	Titel - Richtlijn	Jaar	Bron	commentaar
Decubitus	Decubitus tweede herziening	2002	http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Huidaandoeningen/	Richtlijn + samenvattingskaart
Antistolling	Richtlijn Neuraxisblokkade en antistolling Veneuze Tromboembolie en Secundaire Preventie Arteriële Trombose	2003 2009	http://www.anesthesiologie.nl/richtlijnen?func=viewSubmission&sid=29&pageId=10&wid=118 http://www.cbo.nl/Downloads/492/rl_stol_09.pdf	Richtlijn + samenvattingskaart
Bloedtransfusie	Richtlijn Bloedtransfusie	2004 (in ontwikkeling - wordt herzien!)	http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Overig/	Richtlijn + samenvattingskaart

Onderwerp	Titel - Richtlijn	Jaar	Bron	commentaar
Intensive care	Richtlijn Organisatie en werkwijze op intensive care- afdelingen voor volwassenen in Nederland	2006	http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Overig/	Richtlijn + samenvattings- kaart

Bijlage 2: Veiligheidsnormen in geselecteerde richtlijnen

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Coronaire hartziekten / hartinfarct / 2003</p> <p><u>Bron:</u> http://www.nhj.nl/cardiologie.nl/2/pagecontent/main_ri chtlijnen/riz</p>	<p>ACUTE ZORG / DIAGNOSE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klachten van pijn of onaangenaam gevoel op de borst. • Verhoogde markers van myocardnecrose (CK-MB, troponines). Wacht niet op de resultaten om met reperfusietherapie te beginnen! <p>FIBRINOLYTISCHE THERAPIE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij gebruik van alteplase en reteplase moet een aan het gewicht aangepaste dosis heparine worden gegeven met vroege en frequente aanpassing op geleide van de aPTT 	<ul style="list-style-type: none"> • Goed voorbeeld van ontbreken normen voor no-brainers? • Minimumvoorwaarde • Voorbeeld voor een minimumvoorwaarde binnen en op basis van 'discretionary ruimte' van professional 	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>• [onder een tabel met een overzicht van “Fibrinolytische protocollen voor acuut myocardinfarct”:] Deze tabel beschrijft frequent gebruikte fibrinolytische protocollen. NB. Aspirine moet worden gegeven aan alle patiënten zonder contra-indicaties.</p> <p>HEPARINE CO-THERAPIE: Heparine (...) - aPTT moet worden gecontroleerd op 3, 6, 12, 24 uur na starten van de behandeling</p> <p>REVALIDATIE: (...)Revalidatie is gericht op het zo volledig mogelijk herstel van de patiënt, inclusief het hervatten van werk. Er moet rekening gehouden worden met lichamelijke, psychologische en socio-economische factoren. Revalidatie is ook geïndiceerd bij patiënten met significante linker ventrikel disfunctie. De behandeling moet zo spoedig mogelijk na ziekenhuisopname beginnen, en worden gecontinueerd in de daarop volgende weken en maanden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minimumvoorwaarde binnen en op basis van ‘discretionary ruimte’ van professional? • Minimumvoorwaarde • Minimumvoorwaarde met ‘discretionary ruimte’ voor professional 	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Coronaire hartziekten / NHG-standaard acuut coronair syndroom ACS (acuut myocardinfarct en instabiele angina pectoris) / 2003 (samenvattingskaart)</p> <p><u>Bron:</u> http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M80_svk.htm#Begrippen</p>	<p>DIAGNOSTIEK:</p> <p>(...) Lijkt een ACS met klachten in rust waarschijnlijk, bel dan onmiddellijk een ambulance.</p> <p>Vraag bij een vermoeden van een acuut coronair syndroom naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> * duur van de klachten (pijn >30 minuten maakt een AMI waarschijnlijk); * lokalisatie: pijn retrosternaal, of in de linker arm gelokaliseerd (past bij ACS); * uitstraling van de pijn, bijvoorbeeld naar arm(en), schouder, hals of kaken (past bij ACS); * vegetatieve verschijnselen of verschijnselen passend bij cardiogene shock, zoals zweten, misselijkheid, braken, bleek of grauw zien (past meer bij een AMI); * ischemische hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis, zeker als de pijn vergelijkbaar is met die van een eerder MI of van AP (past bij ACS); * verlichting van de klachten bij gebruik van nitraten sublinguaal (past bij IAP). <p><u>Vraag om de klinische toestand te kunnen inschatten naar:</u></p>	<p>Minimumvoorwaarden diagnostiek</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>* duizeligheid, collapsneiging, bewustzijn, kortademigheid, niet plat kunnen liggen;</p> <p><u>en met het oog op eventuele behandeling naar:</u></p> <p>* medicatiegebruik, zoals acetylsalicylzuur, cumarinderivaten, antiarrhythmica;</p> <p>* comorbiditeit, zoals diabetes mellitus, COPD, CVA/TIA, hypertensie, aneurysma aortae, allergie voor acetylsalicylzuur, astma;</p> <p>* intoxicaties.</p> <p>Ga bij twijfel over de diagnose de (overige) risicofactoren voor een ACS na, zoals ischemische hart- en vaatziekten bij eerstegraads familieleden voor het zestigste levensjaar, roken, diabetes mellitus, hypertensie en een verhoogd cholesterolgehalte.</p> <p>EVALUATIE:</p> <p><u>Ga na of er een vermoeden bestaat van een ACS met of zonder klachten in rust. Maak tevens een inschatting van de klinische stabiliteit van de patiënt.</u></p>	<p>Minimumvoorwaarden evaluatie</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>RICHTLIJNENBELEID: MEDICAMENTEUZE BEHANDELING</p> <p><u>ACS met klachten in rust</u> * Is een ACS met klachten in rust waarschijnlijk [professionele inschatting = voorwaarde], bel dan direct een ambulance met A1-indicatie en ga zelf ook naar de patiënt. * <u>Geef bij pijn een snelwerkend nitraat sublinguaal, nitroglycerinespray of isosorbidedinitraat 5 mg tablet. Herhaal dit bij aanhoudende pijn na 5 en 10 minuten.</u> (...) * <u>Geef bij pijn en onvoldoende reactie op nitraten zo nodig morfine 5-10 mg, langzaam intraveneus, of fentanyl 50 µg.</u> * Geef acetylsalicylzuur in een oplaaddosis van minimaal 160 mg (en ten hoogste 320 mg) per os (bijvoorbeeld 2 tabletten van 80 mg) aan patiënten die nog geen acetylsalicylzuur gebruiken (ook degenen die cumarinederivaten gebruiken). * Geef 0,5 mg atropine intraveneus bij bradycardie (hartfrequentie <50 slagen per minuut) met hemodynamische gevolgen.</p>	<p>'conditioned' minimumvoorwaarde gekoppeld aan professionele inschatting ["Is een ACS waarschijnlijk, dan ..."; of "geef bij pijn...", "geef bij pijn (...) zo nodig", "geef (...) bij (patiënten die (...) gebruiken)",]</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>OVERDRACHT AMBULANCEVERPLEEGKUNDIGEN</p> <p>* Blijf bij de patiënt tot de ambulance is gearriveerd.</p> <p>* <u>Zorg voor een goede mondelinge én zo mogelijk schriftelijke overdracht</u> naar de ambulanceverpleegkundigen.</p>	<p>'conditioned' minimumvoorwaarde gekoppeld aan professionele inschatting [over wat een 'goede' overdracht is]</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Coronaire hartziekten / stabiele angina pectoris (tweede herziening) / 2004</p> <p><u>Bron:</u> http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M43_std.htm#Inleiding</p>	<p>DIAGNOSTIEK:</p> <p>ANAMNESE: <u>Vraag bij vermoeden van angina pectoris naar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * aard, lokalisatie, uitstraling en frequentie van optreden van de klachten (pijn, beklemming); * uitlokkende factoren (zoals inspanning, emoties, kou, warmte; maakt stabiele AP waarschijnlijk); * begeleidende vegetatieve verschijnselen (zoals zweten, misselijkheid, bleek gelaat, angst, onrust; pleit voor ernstige ischemie (ACS)); * duur van de klachten (bij stabiele AP duren klachten in de regel minutenlang); * hoe lang de klachten bestaan (klachten korter dan 2 maanden, die tevens ernstig zijn of frequent optreden, passen bij IAP); * hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis of in de familie (bij eerstegraads familieleden voor het 60ste levensjaar; dit verhoogt de kans op belangrijke coronairsclerose). <p><u>Ga de overige risicofactoren voor coronairsclerose na</u>, zoals roken, diabetes mellitus, hypertensie en een verhoogd</p>	<p>'conditioned' minimumvoorwaarde gekoppeld aan professionele inschatting [bij vermoeden]</p> <p>minimumvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>cholesterolgehalte.</p> <p><u>Vraag om de ernst van de klachten te bepalen naar:</u> * mate van inspanning waarbij klachten optreden (klachten bij geringe inspanning wijzen op ernstige ischemie); * een eventuele recente verergering: frequentietoename, optreden bij een lager inspanningsniveau of langere duur van de aanvallen (sterke toename van de angineuze klachten pleit voor IAP).</p> <p><u>Inventariseer medicatiegebruik, comorbiditeit, en intoxicaties.</u></p> <p><u>Laat bij een onduidelijke anamnese een klachtendagboek bijhouden.</u></p> <p>RICHTLIJNENBELEID: <u>Bespreek met patiënt het behandelingsdoel:</u> klachtenvrij zijn of klachten van acceptabele frequentie en ernst.</p> <p>VOORLICHTING: <u>Informeer de patiënt over:</u> *aard en (stabiele) beloop van de aandoening;</p>	<p>minimumvoorwaarde</p> <p>minimumvoorwaarde</p> <p>minimumvoorwaarde</p> <p>minimumvoorwaarde</p> <p>minimumvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>* provocerende momenten (inspanning, emoties, kou, warmte);</p> <p>* leefregels en behandelingsmogelijkheden ter vermindering van de klachten en verbetering van de prognose;</p> <p>* alarmsymptomen (instabiele AP of acuut myocardinfarct).</p> <p>MEDICAMENTEUZE BEHANDELING: AANVALSBEHANDELING: Isosorbidedinitraat (ISDN) 5 mg sublinguaal; (...). <u>Waarschuw na 15 minuten de huisarts bij aanhoudende klachten.</u></p> <p>CONTRLOLES: Wekelijks tot stabiele instelling, daarna niet meer noodzakelijk. <u>Bespreek</u> beloop, klachten en vragen van de patiënt, werking en bijwerkingen van geneesmiddelen, risicofactoren, de leefregels en de alarmsymptomen. <u>Meet</u> de bloeddruk en de hartfrequentie.</p> <p><u>CONSULTATIE / VERWIJZING:</u> *bij angineuze klachten die niet binnen 15 minuten afnemen in rust of na behandeling met nitraten (ACS met klachten in rust): met spoed (zie NHG-Standaard Acuut</p>	<p>minimumvoorwaarde</p> <p>minimumvoorwaarde</p> <p>minimumvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>coronair syndroom);</p> <ul style="list-style-type: none"> * bij instabiele AP zonder klachten in rust: <u>binnen 24 uur</u>; * bij angineuze klachten die ondanks combinatiebehandeling met twee middelen blijven bestaan en aanzienlijke beperkingen geven in het dagelijks leven; * patiënten met een kans tussen de 30% en 70% (atypische AP) op belangrijke coronairsclerose, bij wie een inspanningstest niet mogelijk is op medische gronden of omdat vrije toegang niet tot mogelijkheden behoort; * patiënten bij wie tijdens een inspanningstest forse afwijkingen worden vastgesteld, zoals een lage maximale inspanningscapaciteit en forse inspanningsgeïnduceerde ischemie; * AP-patiënten met chronisch hartfalen in de voorgeschiedenis. 		

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Coronaire hartziekten / Guidelines on the management of stable angina pectoris / 2006 (p. 46 – Conclusions and recommendations)</p> <p>Bron: http://www.nvvc.nl/UserFiles/Richtlijnen/ESC/Stable%20Angina%20Pectoris%202006.pdf</p>	<p>(...)</p> <p>2. Every patient with suspected stable angina pectoris <u>requires prompt and appropriate cardiological investigation</u> to ensure that the diagnosis is correct and that the prognosis is evaluated. <u>As a minimum, each patient should have a carefully taken history and physical examiner</u>, a comprehensive risk factor evaluation, and a resting ECG.</p> <p>(...)</p> <p>4. The exercise ECG <u>should be interpreted with attention to haemodynamic response, workload achieved, and lineal features of the individual as well as symptoms and ST-segment response.</u> <u>Alternative investigations are needed when</u> exercise is not possible or the ECG is not interpretable, or in addition to exercise testing when the diagnosis remains uncertain or functional assessment is inadequate.</p> <p>(...)</p> <p>7. The interpretation of chest pain is particularly difficult in young and middle-aged</p>	<p>minimumvoorwaarde / gedeeltelijk 'conditioned' [wat is 'an appropriate cardiological investiagtion']</p> <p>mimumvoorwaarde</p> <p>minimumvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>women. The classical symptom complex of chronic stable angina, which is a reliable indicator of obstructive coronary disease in men, (...)</p> <p>However, <u>these complexities should not prevent appropriate investigation and treatment for women, particularly the use of non-invasive investigations for the purposes of risk stratification and use of secondary preventative therapies.</u></p> <p>8. After initial risk evaluation, risk-factor correction by life-style modification <u>should be implemented in addition to pharmacological intervention as necessary.</u> (...) strongly advised....(...) may modify the initial risk (...)</p> <p>9. In terms of specific pharmacological therapy (...)</p> <p>In the absence of contraindications or intolerance, patients with stable angina pectoris <u>should be treated with aspirin (75 mg/day) and statin therapy.</u></p> <p>A beta-blocker <u>should be used</u> first line or, alternatively, calcium-channel blocker or long-acting nitrate may be used to provide anti-anginal effects, as described earlier, with additional therapy <u>if necessary.</u></p> <p>ACE-inhibition is <u>indicated</u> in patients with</p>	<p>minimumvoorwaarde / gedeeltelijk 'conditioned' [wie besluit wat 'necessary' is?]</p> <p>minimumvoorwaarde</p> <p>minimumvoorwaarde</p> <p>minimumvoorwaarde ? [is</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>co-existing ventricular function, hypertension, or diabetes and should be strongly considered in patients with other high-risk features. Beta-blockers <u>should be recommended</u> in all post-MI patients and in patients with LV dysfunction, unless contraindicated.</p> <p>10. Anti-anginal drug treatment <u>should be tailored to the needs of the individual patient</u> and <u>should be monitored individually</u>.</p> <p>The dosing of one drug <u>should be optimized before adding</u> another one, and it is advisable to switch drug combinations before attempting a three drug regimen.</p> <p>11. <u>If not undertaken for further prognostic evaluation</u>, coronary arteriography <u>should be undertaken when</u> symptoms are not satisfactorily controlled by medical means when symptoms are not satisfactorily controlled by medical means, with a view to revascularization.</p>	<p>geïndiceerd een (impliciete?) norm?]</p> <p>minimumvoorwaarde</p> <p>minimumvoorwaarde [voorbeeld voor 'discretionary ruimte' voor individuele zorg = norm?]</p> <p>minimumvoorwaarde [hoe moet je bepalen wat een 'optimale' dosering is? En wie doet / besluit dat?]</p> <p>'conditioned' minimumvoorwaarde ['if not (...) should be when (...)'] - voorbeeld voor 'discretionary ruimte' voor individuele zorg en professional discretionary ruimte = norm?]</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>12. PCI is an effective treatment for stable angina pectoris and is indicated for patients with angina not satisfactorily controlled by medical treatment when there are <u>anatomically suitable lesions.</u> (...)</p> <p>14. There is evidence ^{674,675} that some gaps remain between best practice and usual care in the management of stable angina. Specifically, many individuals with stable angina are not referred for functional testing to confirm the diagnosis and determine prognosis (...)</p> <p>As is the practice in some countries, local, regional or national registers of the outcome of PCI and surgery <u>should be created and maintained.</u></p>	<p>minimumvoorwaarde ? [is geïndiceerd een (impliciete?) norm?]</p> <p>ruimte voor definitie van '<u>anatomically suitable lesions</u>'?</p> <p>minimumvoorwaarde om 'uitkomsten te registreren' [interessante norm – om implementatie gap te voorkomen - beleidsnorm?]</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Beroerte / Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte/ 2009 (blz. 217!!!)</p> <p><u>Bron:</u> http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Cardiovasculaire-aandoening/</p>	<p>1. ACUTE FASE (...)</p> <p>1.3. ACUTE BEHANDELING INFARCT</p> <p>1.3.1. Indicatie intraveneuze trombolysen (...)</p> <p>Het wordt aanbevolen om alle patiënten met een acuut herseninfarct die voldoen aan de inclusie- en exclusiecriteria volgens onderstaande criteriatabel voor trombolysen van het acuut herseninfarct intraveneus te trombolysen met alteplase (rt-PA). <u>De behandeling dient in ieder geval gestart te worden binnen 3 uur na het ontstaan van de verschijnselen</u>, maar bij voorkeur zo snel mogelijk (hoe eerder, hoe beter). (...)</p> <p>Inclusiecriteria voor intraveneuze trombolysen: (...)</p> <p>- het tijdstip van het ontstaan van de verschijnselen <u>moet betrouwbaar zijn vastgesteld</u>.</p>	<p>Minimumvoorwaarde</p> <p>minimumvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>1.3.2. Indicaties intra-arteriële trombolysse (...)</p> <p>Bij patiënten die niet verbeteren na intraveneuze trombolysse <u>dient vóór de intra-arteriële behandeling de CT daarom opnieuw vervaardigd te worden.</u></p> <p><u>Mechanische trombectomie dient alleen in studieverband te worden uitgevoerd.</u> (...)</p> <p>1.4 Beleid bij verhoogde glucose, bloeddruk en temperatuur</p> <p>1.4.1 Glucose (...) De werkgroep is van mening dat het zinvol is om het glucosegehalte in de acute fase na een beroerte onder de 10 mmol/l te houden.</p> <p>Behandeling met insuline kan hiervoor nodig zijn.</p> <p>Een infuus met glucose <u>dient niet gegeven</u></p>	<p>Minimumvoorwaarde [hoe specifiek is 'die niet verbeteren' voor een arts?]</p> <p>Meer een verbod dan een minimumvoorwaarde?</p> <p>Interessant hoe voorzichtig geformuleerd deze aanbeveling is...</p> <p>Minimumvoorwaarde verwoven in een vrijblijvende aanbeveling</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p><u>te worden voordat</u> het glucosegehalte bekend is. (...)</p> <p>1.4.2 Verhoogde bloeddruk De werkgroep is <u>van mening dat het zinvol is</u> om patiënten met ernstige hypertensie in de acute fase na een herseninfarct te behandelen. Een <u>langzame verlaging van 15%</u> gedurende de eerste 24 uur <u>lijkt redelijk</u>. De hoogte van de bloeddruk die behandeld moet worden is onbekend. <u>Er bestaat consensus in de werkgroep</u> dat behandeling aangewezen is bij een persisterende diastolische bloeddruk >120 mmHg en een systolische bloeddruk >220 mmHg. (...)</p> <p><u>Het lijkt verdedigbaar</u> de bestaande behandeling tegen hypertensie te continueren in de acute fase na een herseninfarct als er geen contra-indicaties bestaan zoals hypotensie.</p> <p>1.4.3 Temperatuur</p>	<p>Interessant voorbeeld voor <i>consensus in plaats van evidence</i> >>> handelen ook bij ontbrekende hard evidence noodzakelijk ~ gebaseerd op verworven kennis / ervaring?</p> <p>[Interessant voorbeeld voor 'acting without evidence' ~ minimumvoorwaarde = acting vs. not acting?]</p> <p>minimuvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>(...) De oorzaak van koorts die optreedt na een beroerte <u>dient opgespoord en behandeld te worden.</u> (...) 1.5 Delier na een beroerte: herkenning en behandeling (...) Aangezien preëxistente cognitieve stoornissen een belangrijke risicofactor vormen <u>moet hier aandacht voor zijn.</u> Voor het vaststellen hiervan kan het gebruik van de IQCODE nuttig zijn.</p> <p><u>Bij tekenen van een delier dient direct onderzoek plaats te vinden naar de oorzaak.</u> Indien mogelijk moet er gestart worden met behandeling gericht op de oorzaak en op de specifieke verschijnselen van het delier. Voor dit laatste is haloperidol de eerste keus (zie CBO-richtlijn Delier 2005). (...)</p> <p>2. SECUNDAIRE PREVENTIE (...) 2.2 Diagnostiek van carotisstenose voor carotidesobstructie (...) <u>Als er aanwijzingen zijn voor een stenose</u></p>	<p>Minimumvoorwaarde = aandacht</p> <p>Minimumvoorwaarde = onderzoek naar oorzaak</p> <p>Geïndiceerd = Minimumvoorwaarde?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>van meer dan 70% bij vrouwen of van 50-69% bij mannen, <u>dan is nader onderzoek met MRA/CTA geïndiceerd.</u></p> <p>(...)</p> <p>2.3 Chirurgische secundaire preventie</p> <p><u>Bij</u> patiënten die in de afgelopen zes maanden een herseninfarct, TIA of retinale ischemie hebben doorgemaakt en een carotisstenose van meer dan 70% hebben, <u>dient een carotis endarteriectomie te worden overwogen.</u></p> <p>[Een carotis endarteriectomie kan ook worden overwogen bij mannen die in de afgelopen 12 weken een herseninfarct of TIA hebben gehad en die een stenose van 50-70% hebben. Na 12 weken is een operatie zinloos.</p> <p>Een operatie dient bij voorkeur binnen 2 weken na het ontstaan van de symptomen, echter niet in de acute fase, te gebeuren. Hiervoor is het gewenst dat de initiële diagnostiek (inclusief duplex) binnen 3 dagen afgerond is.</p> <p>(...)</p>	<p>Minimumvoorwaarde? = dient te overwogen worden?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>Hoe interpreteren wij 'is van belang' = als minimumvoorwaarde?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>2.4 Leefgewoonte en medicamenteuze preventie</p> <p><u>Het is van belang</u> om bij patiënten na TIA of herseninfarct <u>alle risicoverhogende leefstijlfactoren te identificeren.</u> (...)</p> <p>3. REVALIDATIEFASE (...)</p> <p>3.2 Intensiteit en duur van oefentherapie</p> <p><u>Patiënten</u> die opgenomen zijn in 'stroke units', revalidatiecentra, en verpleeghuizen met revalidatiefaciliteiten <u>dienen in de gelegenheid te worden gesteld om minimaal twee keer per dag, minimaal 20 tot 30 minuten per behandelsessie, te oefenen onder begeleiding van een fysio- en / of ergotherapeut.</u> (...)</p> <p>3.3 Afasietherapie: vroege interventie en intensiteit. Na het ontstaan van de afasie <u>dient zo snel mogelijk gestart te worden met de logopedische begeleiding</u>, zodat in elk geval binnen de eerste drie maanden een aanzienlijk deel van de therapie kan</p>	<p>Minimumvoorwaarde = behandelsessies met fysio- en / of ergotherapeut voorzien</p> <p>Minimumvoorwaarde = zo snel mogelijk [geeft interpreter en handlingsruimte] logopedische begeleiding voorzien</p> <p>Minimumvoorwaarde = aantal uren / sessies</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>plaatsvinden. (...)</p> <p>De minimale intensiteit van afasietherapie is <u>twee uur per week</u>. (...)</p> <p>3.4 Slikscreening (...) De slikscreening (zie einde paragraaf) <u>dient uitgevoerd te worden door daartoe gekwalificeerd personeel</u>.</p> <p>4. ALGEMENE ZORGASPECTEN</p> <p>4.1 Organisatie van zorg</p> <p><u>Bij de overgang van patiënten</u> met een beroerte van een intramurale setting naar de thuissituatie, of naar een andere woonvorm bijvoorbeeld een verzorgingshuis, (...)</p> <p><u>Er dient een centraal aanspreekpunt te zijn</u> voor de CVA-patiënten en zijn naasten in de thuissituatie. (...)</p>	<p>Minimumvoorwaarde</p> <p>Minimumvoorwaarde = organisatie van zorg = central aanspreekpunt</p> <p>'negatieve' minimumvoorwaarde = is niet voldoende</p> <p>(herhaald) informeren = is belangrijk = minimumvoorwaarde?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>Het geven van voorlichting alleen <u>is niet voldoende</u> om psychosociale problemen en verminderde kwaliteit van leven op de lange termijn te verbeteren. (...)</p> <p><u>Het is belangrijk</u> dat zorgverleners patiënten en partners <u>herhaald informeren over het bestaan van een patiëntenvereniging</u> en de mogelijkheden die zo'n vereniging biedt. (...)</p> <p>4.3 Begeleiding van mantelzorgers</p> <p><u>De werkgroep is van mening</u> dat na ontslag van een patiënt met een beroerte uit een (poli)klinische (revalidatie)behandeling naar huis er <u>altijd een controleafspraak moet worden aangeboden</u> voor zowel de patiënt als de partner. (...)</p> <p>Gezien het feit dat overbelasting van naastbetrokkenen van patiënten met een beroerte op langere termijn vaak al voorspeld kan worden aan het begin van de revalidatie,</p>	<p>Mening van werkgroep = minimumvoorwaarde?</p> <p>Is 'belang' genoeg voor een minimumvoorwaarde?</p> <p>Is 'van belang' genoeg voor een minimumvoorwaarde?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p><u>is het van belang om deze naasten</u> met een hoog-risicoprofiel <u>bij de start van de revalidatie op te sporen en extra te begeleiden.</u> (...)</p> <p><u>Het is van belang</u> om binnen de stroke service <u>af te spreken en vast te leggen</u> wie de contacten en eventuele zorg voor de naastbetrokkenen op zich neemt. (...)</p> <p><u>Partners die overbelast zijn</u> (vastgesteld met een gestandaardiseerde meting) of een grotere kans hebben op overbelasting op basis van het risicoprofiel, <u>dienen adequate professionele zorg aangeboden te krijgen.</u> (...)</p> <p>Daarnaast zijn programma's gericht op specifieke individuele problemen en zorgbehoeften, gericht op de eigen context van het gezin ook positief gebleken. <u>Het geven van enkel emotionele steun is niet genoeg.</u></p>	<p>Minimumvoorwaarde = adequate professionele zorg [wie besluit hoe wat dit precies is in een situatie? De gestandaardiseerde meting?]</p> <p>Minimumvoorwaarde = meer dan het 'geven van enkel emotionele steun'?</p> <p>is 'is belangrijk' = minimumvoorwaarde?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>4.4 Neuropsychologische gevolgen (...)</p> <p>Informatieverstrekking en educatie over cognitieve, emotionele en gedragsmatige veranderingen na een beroerte <u>is belangrijk</u> en stap één in de behandeling hiervan. (...)</p> <p>4.5 Autonomie Herstel dan wel behoud van autonomie <u>is van belang</u> voor de kwaliteit van leven na een beroerte.</p> <p>Zorgverleners <u>dienen hier aandacht voor te hebben</u> en de patiënt <u>en</u> diens naasten <u>voor te bereiden</u> op een zo autonoom mogelijk leven na ontslag naar huis.</p> <p>Maar ook bij die patiënten die niet naar een zelfstandige woonvorm ontslagen kunnen worden geldt dat er aandacht zal moeten zijn voor een zo hoog mogelijk niveau van autonomie. <u>Een eenduidige aanpak is hierbij van belang.</u> De hierboven</p>	<p>Hoe interpreteren wij 'is van belang' = als minimumvoorwaarde?</p> <p>commitment = minimumvoorwaarde voor ketenzorg en voor bepaalde kwaliteit en visie van zorg</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>genoemde aandachtspunten kunnen hiervoor worden toegepast in de dagelijkse praktijk.</p> <p>5. ORGANISATIE EN FINANCIERING</p> <p>5.1 Ketenaansturing</p> <p>Partijen die zich verbinden aan de keten, worden <u>geacht een gezamenlijk commitment aan te gaan</u> om voor de doelgroep CVA-patiënten zorg van een bepaalde kwaliteit en vanuit een bepaalde visie te verlenen. (...)</p> <p><u>Voor het goed functioneren van de keten is het belangrijk dat er een ketencoördinator is.</u></p> <p>Deze <u>coördinator behoort ten dienste te staan van de hele keten</u>, en niet namens één partij te opereren. (...)</p>	<p>Ketencoördinator = minimumvoorwaarde?</p> <p>Minimumvoorwaarde?</p> <p>Kennis en deskundigheid van indicatiestellers = minimumvoorwaarde</p> <p>Gemeenten hebben de taak te informeren... = minimumvoorwaarde?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>5.4 Wet maatschappelijke ondersteuning</p> <p>Indicatiestellers voor thuiszorg <u>dienen voldoende kennis en deskundigheid te hebben</u> op het gebied van beroerte om de juiste vorm van zorg te kunnen aanbieden. (...)</p> <p>Om te voorkomen dat als gevolg van de Wmo de druk op mantelzorgers en vrijwilligers toeneemt, <u>hebben gemeenten de taak</u> deze groepen specifiek <u>te informeren</u> over de ondersteuningsmogelijkheden die de Wmo biedt. (...)</p>		

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Diabetes mellitus / NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (Tweede herziening) / 2006</p> <p>Bron: http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStand_aard/M01_std.htm#Opsporing</p>	<p>RICHTLIJNEN & DIAGNOSTIEK BELEID</p> <p>CONTROLES</p> <p>*driemaandelijkse controle: vraag naar welbevinden, eventuele hypo- of hyperglykemie, problemen met voedings- en bewegingsadvies en medicatie.</p> <p>* Beoordeel lichaamsgewicht, nuchtere bloedglucose. Beoordeel bij patiënten die 2-4 dd insuline gebruiken de 4-puntsdagcurve en het HbA1c (elke 3-6 maanden). Meet de bloeddruk bij gebruik van antihypertensiva. Verricht voetonderzoek bij een hoog risico op een ulcus.</p> <p>* Jaarlijkse controle: zoals bij driemaandelijkse controle. Bovendien: O vraag naar visusproblemen,</p>	<p>Relatie tussen het niet voldoen aan de norm en grote kans op gezondheidsschade niet duidelijk...</p> <p>Controles (driemaandelijks / jaarlijks) = minimumvoorwaarden?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>cardiovasculaire klachten, neuropathie en seksuele problemen;</p> <p>O meet bloeddruk en gewicht; inspecteer bij insulinegebruikers de spuitplaatsen; verricht voetonderzoek;</p> <p>O bepaal nuchter glucose, HbA1c, creatinine en bij diuretica- of RAS-remmergebruik het kaliumgehalte; nuchter lipidspectrum; bij patiënten met een levensverwachting van minimaal tien jaar de albumine/creatinine-ratio of de albumineconcentratie in de eerste ochtendurine;</p> <p>O bereken de creatinineklaring;</p> <p>O verricht fundusonderzoek, bij voorkeur via digitale fundusfotografie.</p> <p>Beleid bij intercurrente ziekten: bij koorts, braken of diarree <u>extra vochtinname (bouillon), tijdelijke verhoging van de bloedglucoseverlagende medicatie op basis van bloedglucose. Staak metformine bij dreigende dehydratie. Staak insuline nooit, ook niet bij minder eten.</u></p> <p>Beleid bij hypoglykemisch coma: <u>20-40 ml 50%-glucoseoplossing</u> i.v. of 1 mg glucagon</p>	<p>Minimumvoorwaarden?</p> <p>Minimumvoorwaarden?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>s.c. of i.m. <u>Bij terugkeer van het bewustzijn koolhydraatrijke voeding; ga oorzaak hypoglykemie na.</u></p> <p>CONSULTATIE / VERWIJZING:</p> <p>Verwijs: (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> * bij creatinineklaring <30 ml/min naar nefroloog, <u>overweeg overleg</u> bij een creatinineklaring <60 ml/min, <u>zeker indien tevens macroalbuminurie bestaat</u> vanwege de ongunstige prognose; * bij <u>ernstige hyperglykemie</u> (sufheid of coma, snelle en/of diepe ademhaling, dehydratie of braken): <u>opname</u>; * bij <u>onvoldoende herstel uit hypoglykemisch coma</u>; * bij <u>afwijkingen oogfundus naar oogarts</u>; * bij <u>diabetisch ulcus naar voetenteam (spoed)</u>; 	<p>Verwijzen = minimumvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>* bij <u>vrouwen met zwangerschap(swens) naar internist.</u></p> <p>Verwijs bij <u>voetproblemen naar pedicure met diabetesaantekening, podotherapeut of voetenteam.</u></p>		

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Diabetes mellitus / Acute Ontregeling Diabetes Mellitus DKA- HHS / 2005</p> <p>Bron: http://www.internisten.nl/uploads/9f/j-/9fj-2H_GuDi0hqpydduP1Q/1-acuteontregelingdm.update2005.website.pdf</p>	<p>BEHANDELPROTOCOL VOOR DKA</p> <p>Criteria: plasma glucose > 14 mmol/l, arteriële pH < 7.25, bicarbonaat < 15 mmol/l, ketonemie verhoogd.</p> <p>De behandeling kan vereenvoudigd worden bij minder ernstige vormen van ontregeling.</p> <p>1. Intraveneuze vochttoediening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Start na de diagnose met NaCl 0,9 %, 1000 ml per uur - Bij hypovolemische shock: NaCl 0,9 % 1000 ml per uur en/of plasma-vervangmiddel - Bij tekenen van dehydratie zonder shock: <ul style="list-style-type: none"> gecorrigeerd plasma-Na > 142 mmol/l: NaCl 0,45 of 0,6 %, 4-14 ml/kg/uur (afhankelijk van mate van dehydratie) gecorrigeerd plasma-Na < 142 mmol/l: NaCl 0,9 %, 4-14 ml/kg/uur (afhankelijk van mate van dehydratie) - Bij plasma glucosegehalte < 14 mmol/l: NaCl vervangen door glucose 5% met dezelfde infusiesnelheid. De insulinetoediening aanpassen om het plasmagluucose te handhaven tussen 12 en 15 mmol/l 	<p>Bij DKA minimumvoorwaarde:</p> <p>1. Intraveneuze vochttoediening</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>2. Insulinetoediening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geef 0,15 E/kg als intraveneuze bolus - Vervolg met continue intraveneuze toediening: 0,1 E/kg/uur - Bij onvoldoende daling van het plasmagluucose (< 3 mmol/uur): verdubbel de dosis - Bij glucosegehalte < 14 mmol/l: zie onder 1. <p>3. Kaliumsuppletie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij aanvangskalium < 3,3 mmol/l: insulinetoediening uitstellen, geef 40 mmol K⁺ per uur (kaliumchloride), totdat het plasmakalium > 3,5 mmol/l is. - Bij plasmakalium > 5.5 mmol/l: geen kaliumsuppletie - Bij plasmakalium tussen 3,5 en 5,5 mmol/l: voeg 20-30 mmol K⁺ (kaliumchloride, zonodig kaliumfosfaat) toe aan iedere liter infusievloeistof en handhaaf het plasmakalium tussen 4 en 5 mmol/l. <p>4. Bicarbonaat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij pH < 7.0: geef 300-500 ml (= 50- 80 mmol) NaHCO₃ 1,4 % als zij-infuus, 200 ml per uur - (Alternatief: voeg 50-100 ml (= 50-100 mmol) NaHCO₃ 8,4 % toe aan 1000 ml NaCl 0,45 %, 	<p>2. Insulinetoediening</p> <p>3. Kaliumsuppletie</p> <p>4. Bicarbonaat</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>infuusnelheid: zie onder 1)</p> <p>BEHANDELPROTOCOL VOOR HHS</p> <p>Criteria: plasmagluucose > 30 mmol/l, arteriële pH > 7.30, bicarbonaat > 15 mmol/l, effectieve serum osmolariteit > 320 mOsm/kg H₂O, geen ketonemie of ketonurie van betekenis.</p> <p>1. Intraveneuze vochttoediening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Start na de diagnose met NaCl 0,9 %, 1000 ml per uur - Bij hypovolemische shock: NaCl 0,9 % 1000 ml per uur en/of plasma-vervangmiddel - Bij tekenen van dehydratie zonder shock: <ul style="list-style-type: none"> gecorrigeerd plasma-Na > 142 mmol/l: NaCl 0,45 of 0,6 %, 4-14 ml/kg/uur (afhankelijk van mate of herstel van dehydratie) gecorrigeerd plasma-Na < 142 mmol/l: NaCl 0,9 %, 4-14 ml/kg/uur - Bij plasma glucosegehalte < 14 mmol/l: NaCl vervangen door glucose 5% met dezelfde infusiesnelheid. De insulinetoediening aanpassen om het plasmagluucose te handhaven tussen 12 en 15 mmol/l. 	<p>Bij HHS minimumvoorwaarde:</p> <p>1. Intraveneuze vochttoediening</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Astma + COPD / Astma richtlijn / 2004</p> <p><u>Bron:</u> http://www.nvalt.nl/p_copd_astma_allergie?wid=752&func=viewSubmission&sid=7212&pageld=4</p>	<p>SAMENVATTINGSKAART:</p> <p>Acuut ernstig astma</p> <p>(...) De basisbehandeling van een patiënt met een astma-aanval bestaat uit een β-sympathomimeticum plus parasymphaticolyticum per inhalatie glucocorticosteroïden intraveneus per os</p>	<p>Minimumvoorwaarde?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Astma + COPD / Astma bij kinderen / 2006</p> <p><u>Bron:</u></p> <p>http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M24_std.htm#Inleiding</p>	<p><u>RICHTLIJNEN BELEID</u></p> <p>NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING</p> <p>De <u>huisarts geeft voorlichting over:</u> aard van de aandoening, school- en beroepskeuze, manier waarop het kind en de ouders met de aandoening omgaan, doel en werking van de medicatie. Instructie van de inhalatietechniek.</p> <p>* <u>Niet roken in omgeving kind of door kind zelf is de belangrijkste maatregel.</u></p> <p>* Bij aangetoonde inhalatieallergie voor huisdieren: huisdieren afraden.</p> <p>* Bij aangetoonde huisstofmijtallergie: totaalpakket maatregelen ter vermindering van de blootstelling aan huisstofmijtexpo- sitie aanbieden: regelmatig ventileren, glad slaapkamervloeroppervlak, aangepast schoonmaken, beddengoed 1 × per 2 weken wassen op 60 °C of (matras)hoezen.</p> <p>* Aspecifieke prikkels vermijden.</p> <p>MEDICAMENTEUZE BEHANDELING</p> <p><u>Tot 6 jaar:</u> gezien de onzekere diagnose heeft starten van medicatie altijd het karakter van een proefbehandeling</p>	<p>Voorlichting geven en erop wijzen dat niet te roken in omgeving kind of door kind zelf belangrijk is etc. = minimumvoorwaarde?</p> <p>Alles voor kinderen tot 6 jaar geen duidelijk diagnose = dus geen minimumvoorwaarde?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>*stap 1: β 2-sympathomimeticum 1-2 weken, evalueer effect</p> <p>* Stap 2: Bij onvoldoende effect: heroverweeg diagnose en controleer inhalatietechniek. Inhalatiecorticosteroïd op proef.</p> <p>Bij onvoldoende effect na 4-6 weken: verwijs.</p> <p>Bij voldoende effect: probeer dosis te verminderen in periodes van 2-4 weken.</p> <p><u>Vanaf 6 jaar</u>:</p> <p>* Intermitterende symptomen (< 1 × per week): β 2-sympathomimeticum.</p> <p>*Persisterende symptomen (> 1 × per week of > 2 × daags gebruik van een bronchusverwijder): inhalatiecorticosteroïd.</p>	<p>proefbehandeling = minimumvoorwaarde?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>RICHTLIJNEN ACUUT ERNSTIG ASTMA (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Geef β 2-sympathomimeticum</u>, bijvoorbeeld salbutamol via dosisaerosol-inhalatiekamer: 100 μg, 4 tot 8 puffs, 1-2 puffs per keer in inhalatiekamer (via vernevelaar: 5 mg/ml, <4 jr 0,5 ml, \geq4 jr 1 ml). <u>Herhaal inhalatie na kwartier.</u> <p>Bij verbetering: inhaleer bijvoorbeeld elke 3 uur.</p> <p><u>Geef bij kortdurende/onvolledige verbetering prednis(ol)on.</u></p> <p><u>Bij zuigelingen en peuters drank</u> (5 mg/ml, 1-2 mg/kg lichaamsgewicht, max. 40 mg/dag) <u>eenmaal daags gedurende 5 dagen. Controleer volgende dag.</u> (...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Bij onvoldoende verbetering binnen half uur:</u> <u>verwijs met spoed bij alarmsymptomen</u> zoals uitputting, bij onvoldoende zorgmogelijkheid en bij ziekenhuisopname of zeer ernstig verlopen exacerbatie in het voorafgaande jaar. 	<p>Acute situatie = minimumvoorwaarde duidelijk ?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Astma + COPD / Astma bij volwassenen / 2007</p> <p><u>Bron:</u> http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStand aard/M27_std.htm#Inleiding</p>	<p><u>RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK</u></p> <p>ANAMNESE</p> <p>* <u>Denk aan astma bij</u> dyspnoe, een piepende ademhaling of langer dan 3 weken bestaande hoestklachten.</p> <p>* <u>Besteed onder andere aandacht aan:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o Aard en ernst van de luchtwegklachten; o Aanwijzingen voor allergische prikkels; o Aanwijzingen voor niet allergische prikkels; o Roken, aantal jaren roken, gemiddeld aantal sigaretten per dag (eventueel als 'pakjaren': een pakjaar is gelijk aan 20 sigaretten per dag gedurende een jaar). <p>LICHAMELIJK ONDERZOEK</p> <p>* <u>Let op de mate van dyspnoe, het gebruik van hulpademhalingspijpen en de inspiratiestand.</u></p> <p>* <u>Ausculteer de longen; let op verlengd exspirium en expiratoir piepen en bepaal bij ernstige dyspnoe de</u></p>	<p>minimumvoorwaarden "anamnese"</p> <p>minimumvoorwaarden "lichamelijk onderzoek"</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>ademhalings- en hartfrequentie.</p> <p>EVALUATIE</p> <p><u>Stel diagnose astma bij patiënten met periodiek optreden van dyspnoe, piepen op de borst en/of (productief) hoesten.</u></p> <p>Reversibiliteit na bronchusverwijding (FEV1 toename ten opzichte van de waarde voor bronchusverwijding met $\geq 12\%$ of bij een kleiner longvolume ≥ 200 ml) ondersteunt de diagnose en <u>is verplicht voor de diagnose bij patiënten met periodiek hoesten zonder dyspnoe of piepen op de borst.</u></p> <p><u>Herhaal bij</u> blijvend vermoeden spirometrie in een periode met klachten.</p> <p><u>RICHTLIJNEN BELEID</u></p> <p>VOORLICHTING EN ADVIEZEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Adviseer met kracht te stoppen met roken</u> (zie NHG-Standaard Stoppen met roken). • <u>Herhaal dit advies jaarlijks.</u> • <u>Adviseer</u> influenzavaccinatie. 	<p>minimumvoorwaarden “evaluatie”</p> <p>Voorlichten en adviseren = minimumvoorwaarden?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>• Adviseer voldoende te bewegen (bijvoorbeeld dagelijks een half uur matig intensief wandelen, fietsen, zwemmen, fitness). Saneren: zie tekst standaard.</p> <p>(...)</p> <p>CONTROLE (...)</p> <p>* Controleer patiënten met persisterend astma regelmatig, bijvoorbeeld elke 2 tot 4 weken, tot de behandeldoelen of de optimale medicamenteuze behandeling bereikt is. <u>Continueer de hiervoor noodzakelijke medicatie gedurende 3 maanden.</u></p> <p>* Controleer patiënten bij wie de behandeldoelen of de optimale medicamenteuze behandeling bereikt is <u>1 of 2 maal per jaar.</u></p> <p>* <u>Halveer de dosis ICS of stop LWBM na het behalen van de behandeldoelen gedurende 3 maanden. Continueer bij bevredigend resultaat het beleid gedurende 3 maanden of maak bij verslechtering de medicatiewijziging ongedaan.</u></p>	<p>minimumvoorwaarden “controle”</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>* <u>Verricht jaarlijks spirometrie bij ICS gebruik en bij diegene die roken.</u></p> <p>BEHANDELING ERNSTIGE EXACERBATIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamenteuze behandeling: <ul style="list-style-type: none"> o <u>Geef een bèta-2-sympathicomimeticum per inhalatiekamer</u>, bijvoorbeeld salbutamol; dosis-aerosol per inhalatiekamer (100 microg per keer in inhalatiekamer; 5 maal inademen; procedure 4-10 keer herhalen), eventueel per injectie (0,5 mg/ml 1 ml); o <u>herhaal inhalaties na enkele minuten;</u> o <u>voeg bij onvoldoende verbetering ipratropium 2-4 puffs (1 puff per keer);</u> o <u>geef bij verbetering: prednisolon 1 dd 30 mg gedurende 7-14 dagen.</u> • <u>Verwijs als:</u> <ul style="list-style-type: none"> o er binnen een half uur geen verbetering optreedt; o er thuis onvoldoende zorgmogelijkheden zijn; o eerdere exacerbaties steeds noodzaakten 	<p>Minimumvoorwaarden voor acute situatie "ernstige exacerbatie": Medicamenteuze behandeling en verwijs</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	tot een ziekenhuisopname; o de patiënt uitgeput raakt.		

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Astma + COPD / NHG Standaard COPD (tweede herziening) / 2007</p> <p><u>Bron:</u></p> <p>http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M26_std.htm#Inleiding</p>	<p><u>RICHTLIJNEN BELEID</u></p> <p>Voorlichting en adviezen Veranderingen van leefstijl, zoals stoppen met roken en meer bewegen, zijn de basis van het beleid.</p>	<p>Minimumvoorwaarde = voorlichting en advies over stoppen met roken</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Pneumonie / Diagnostiek en behandeling van 'community-acquired' pneumonie (CAP) / 2003</p> <p>Bron: http://www.nvalt.nl/p_definitief?wid=48&func=viewSubmission&sid=2913&pageld=15</p>	<p>DIAGNOSTIEK (...) • <u>Radiologisch onderzoek is onmisbaar voor het stellen van de diagnose CAP.</u> (...)</p> <p>ANTIBIOTISCHE THERAPIE (...) • Pneumokokkenpneumonie gaat gepaard met hoge morbiditeit en mortaliteit. Dit tezamen met de hoge incidentie maakt dat <u>de initiële therapie van CAP primair tegen S. Pneumonie gericht moet zijn</u> en dat men <u>daarvoor het meest werkzame middel dient te kiezen</u>, dus in het algemeen penicilline-G.</p> <p>• <u>Bij verdenking op een L. pneumophila, en bij ernstig zieke patiënten dient vanaf het begin tevens behandeling gericht te zijn tegen deze bacterie.</u></p> <p>COMPLICATIES (...) • <u>Bij aanwezigheid van bacteriën in, of een pH < 7,0 van het pleuravocht is drainage geïndiceerd.</u></p>	<p>Minimumvoorwaarde</p> <p>Voorbeeld voor “duidelijke relatie tussen het niet voldoen aan de norm en grote kans op gezondheidsschade aan de patient” = Minimumvoorwaarden</p> <p>impliciert “indicatie” een minimumvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
Pneumonie / NHG-Standaard Acuut hoesten / 2003 <u>Bron:</u> http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M78_std.htm#Inleiding	OVERWEGINGEN BIJ HET TELEFONISCH CONSULT De patiënt <u>dient op korte termijn gezien te worden bij</u>: alarmsymptomen; leeftijd < 3 maanden; verminderde weerstand. (...)	Minimumvoorwaarde?	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Decubitus / Decubitus (tweede herziening) / 2002</p> <p>Bron: http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Huidaandoening-en/</p>	<p>RISICO-INVENTARISATIE (...) <u>Voor patiënten behorend tot de risicopopulatie (eigenlijk zijn dit alle patiënten in de zorg), dient een systematische en protocollaire evaluatie van het risico op decubitus plaats te vinden.</u> (...)</p> <p><u>De risico-inschatting dient geïntegreerd plaats te vinden in het zorgproces.</u> De frequentie van de risico-inschatting van de patiëntenpopulatie is afhankelijk van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • het tijdstip waarop een patiënt bed- of rolstoelgebonden raakt; • het tijdstip waarop de conditie van de patiënt ernstig verandert (verslechtert of juist verbetert) <p>(...)</p> <p>Niet-wegdrukbaar roodheid (decubitus graad 1) ontwikkelt zich bij een aanzienlijk deel van de patiënten tot manifeste decubitus. <u>Bij het constateren van niet-wegdrukbaar roodheid dienen direct preventieve maatregelen te worden genomen.</u> Mits tijdig gestart met de preventieve maatregelen is de</p>	<p>Minimumvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>niet-wegdrukbaar roodheid meestal reversibel.</p> <p>BELANGRIJKSTE PREVENTIEVE MAATREGELEN</p> <p>Om decubitus te voorkomen <u>moeten daarom preventieve maatregelen genomen worden bij patiënten die moeilijk of niet zelfstandig van houding kunnen veranderen en/of bed- of (rol)stoelgebonden zijn.</u></p> <p><i>In liggende houding:</i> (...)</p> <p><i>In de zijligging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • (...) • <u>controleer</u> of de stuit vrij ligt; <p><i>Rechtop zitten in bed:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>dient zoveel mogelijk te worden beperkt</u>, in verband met het toenemen van de hoge drukken en schuifkrachten in de stuit; • <u>bij een instelbare stoel: let op de zithoogte en de zitdiepte.</u> 	<p>minimumvoorwaarde</p> <p>Minimumvoorwaarden voor verschillende liggingen en wisselligingsschema</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p><u>De patiënt dient ten minste eens in de vier uur van houding te veranderen</u> (zogenoemde wisselhouding of wisselliging) bij gebruik van een anti-decubitusmatras of matras met oplegmatras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>controleer of er geen ‘bottoming out’-effect optreedt.</u> <p><u>Pas een wisselligingsschema toe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>tussen de zijliggingen in dient de patiënt op de rug te worden gelegd;</u> • ter preventie van hieldecubitus bij rugligging <u>dient een kussen onder de onderbenen te worden gebruikt.</u> <p><u>Het wisselligingsschema wordt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zijligging links • semi-Fowler • zijligging rechts • semi-Fowler • zijligging links • enzovoorts. <p>Patiënten die niet of onvoldoende in een wisselligingsschema kunnen worden verpleegd, <u>dienen op een altemnerend</u></p>	<p>Minimumvoorwaarde</p> <p>Minimumvoorwaarde?</p> <p>minimumvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Antistolling / Richtlijn Neuraxisblokkade en antistolling / 2003</p> <p><u>Bron:</u> http://www.anesthesiologie.nl/richtlijnen?func=viewSubmission&sid=29&pageld=10&wid=118</p>	<p>OPSPOREN VAN PATIËNTEN MET EEN VERHOOGDE BLOEDINGSNEIGING</p> <p>Bij een patiënt met verdenking op het bestaan van een aangeboren verhoogde bloedingsneiging wordt een compleet hemostaseonderzoek verricht voor het stellen van een classificerende diagnose. Het onderzoek bestaat ten minste uit het verrichten van een bloedingstijd, oriënterende stoltijden, telling van het aantal trombocyten en het verrichten van een specifieke bepaling voor de aanwezigheid van de ziekte van Von Willebrand. (...)</p> <p>BEOORDELEN VAN DE ERNST VAN EEN REEDS VASTGESTELDE VERHOOGDE BLOEDINGSNEIGING (...)</p> <p>Enkelvoudige anticoagulancia (...) <i>Laagmoleculaire heparine (LMWH)</i> (...) 3. Toediening van LMWH in therapeutische dosering is een contra-indicatie voor neuraxisblokkade en voor het verwijderen van een epidurale/spinale katheter. Indien een</p>	<p>Minimumvoorwaarde?</p> <p>'conditioned' minimumvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p><u>patiënt werd behandeld met LMWH in therapeutische dosering, wordt een interval van minimaal 24 uur aangehouden tussen de laatste toediening en een neuraxisblokkade of verwijderen van de katheter.</u> Daarna wordt weer een interval van 24 uur aangehouden tot een eventuele volgende therapeutische dosis LMWH. (...)</p> <p><u>5. Indien LMWH gedurende meer dan vijf dagen zijn toegediend, wordt het trombocytenaantal bepaald voor de neuraxisblokkade of het verwijderen van de katheter.</u> <u>Het trombocytenaantal dient hoger te zijn dan 80 x 10⁹/l.</u> (...)</p> <p>10. Na een neuraxisblokkade of verwijderen van een epidurale/spinale katheter <u>wordt voldoende aandacht geschonken aan de postoperatieve neurologische controle.</u> (...)</p> <p><i>Ongefractioneerde heparine (intraveneus) peroperatief volledig (in de cardiochirurgie)</i> De volgende adviezen zijn algemeen geaccepteerd om de risico's op een neuraxiaal</p>	<p>= indien (...) dan (...)</p> <p>'conditioned' minimumvoorwaarde = indien (...) dan (...)</p> <p>Minimumvoorwaarde?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>hematoom bij volledige heparinisatie zo veel mogelijk te beperken (een enkele hiervan is echter gebaseerd op klinische studies):</p> <ul style="list-style-type: none"> • centrale blokkade niet toepassen bij patiënten met een bekende stollingsstoornis; • in geval van traumatische punctie de operatie 24 uur uitstellen; • tijdsinterval tussen punctie en hepariniseren ten minste één uur laten bedragen; • heparine-effect en antagoneren hiervan zo scherp mogelijk instellen; • epidurale katheters verwijderen als stolling weer is hersteld; • frequente controle postoperatief op symptomen van neuraxiaal hematoom. <p>(...)</p> <p><i>Thrombolytica/Fibrinolytica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Als het onverhoopt toch noodzakelijk is een neuraxisblokkade uit te voeren bij patiënten die thrombolytica of fibrinolytica hebben gekregen, <u>dienen de effecten van trombolysen te zijn opgeheven.</u> <p>Als trombolysen nodig blijkt na neuraxisblokkade, <u>dienen ten minste tien dagen te zijn verlopen.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • In de fase hierna is <u>frequente neurologische monitoring vereist.</u> 	<p>'conditioned' minimumvoorwaarden = "als (...) dan"</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>MONITORING POSTOPERATIEF (...) Controle van de patiënt vindt regelmatig plaats tot 24 uur na het verwijderen van de katheter, <u>ten minste om de zes uur en vaker bij het uiten van klachten van pijn in de rug al of niet radiculair, onverklaarbaar verlengde duur van de blokkade of onverklaarbare toename van de sensibiliteitsuitval of motorische blokkade.</u></p> <p><u>Bij verdenking op een neuraxiaal hematoom is sprake van een acute situatie die onverwijld alle aandacht en zo nodig directe therapie behoeft en geen uitstel duldt.</u></p> <p>Symptomen die kunnen wijzen op een (zich ontwikkelend) neuraxiaal hematoom zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een langere duur dan de verwachte duur van de blokkade; • toename in intensiteit van de blokkade; • ontstaan van motorische/sensibele uitval na een vrij interval; • heftige pijn onder in de rug, eventueel uitstralend in de benen. 	<p>minimumvoorwaarde</p> <p>Minimumvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Antistolling / Veneuze Trombo-embolie en Secundaire Preventie Arteriële Trombose / 2009 (366 blz.!!!)</p> <p>Bron:</p> <p>http://www.cbo.nl/Downloads/492/rl_stol_09.pdf</p>	<p>MEDICAMENTEUZE BEHANDELING VAN VENEUZE TROMBO-EMBOLIE</p> <p>(...)</p> <p>1. Patiënten met objectief aangetoonde DVT dienen ten minste vijf dagen te worden behandeld met heparine. (graad 1A volgens ACCP-gradering)</p> <p>(...)</p> <p>3. Na het vaststellen van DVT dienen patiënten naast de heparine ook direct te worden behandeld met vitamine-K-antagonisten.</p> <p>(...)</p> <p>Initiële behandeling met heparine</p> <p>(...)</p> <p>4. Bij patiënten met een ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring < 30 ml/min) dient intraveneus ongefractioneerde heparine te worden gegeven in plaats van LMWH. (graad 2C volgens ACCP-gradering)</p> <p>(...)</p> <p>Initiële behandeling van longembolie</p> <p>(...)</p> <p>8. Bij diagnose van longembolie dient direct te worden gestart met zowel</p>	<p>Minimumvoorwaarden voor medicamenteuze behandeling</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p><u>heparine als vitamine-K-antagonisten.</u> De heparine dient te worden gestaakt indien de INR stabiel is en twee dagen hoger dan 2,0, met een minimale heparinebehandeling van vijf dagen. (graad 1A volgens ACCP-gradering) (...)</p> <p>Langetermijnbehandeling van veneuze trombo-embolie (...)</p> <p>2. Patiënten met een eerste idiopathische veneuze trombo-embolie dienen gedurende zes maanden met VKA te worden behandeld. (graad 1A volgens ACCPgradering)</p> <p>3. Patiënten met een eerste VTE en antifosfolipidenantistoffen dienen gedurende een jaar met VKA te worden behandeld. (graad 1C volgens ACCPgradering) (...)</p> <p>Intensiteit van antistollingsbehandeling met vitamine-K-antagonisten (...)</p> <p>1. Bij de behandeling van veneuze trombo-embolie met VKA dient een therapeutische range van INR 2,0-3,0 te worden</p>		

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p><u>aangehouden.</u> (graad 1A volgens ACCP-gradering) (...)</p> <p>Behandeling van veneuze trombo-embolie bij patiënten met maligniteit</p> <p>1. Patiënten met een maligniteit die een VTE (DVT of longembolie) ontwikkelen, <u>dienen te worden behandeld met LMWH in therapeutische dosering subcutaan gedurende zes maanden.</u> (graad 1A volgens ACCP-gradering)</p> <p>2. Indien de maligniteit niet is genezen, <u>dient antistollingsbehandeling na de initiële zes maanden met vitamine-K-antagonisten te worden gecontinueerd.</u> (graad 1C+ volgens ACCP-gradering) (...)</p> <p>NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING VAN TROMBO-EMBOLIE (...)</p> <p>Compressietherapie</p> <p>1. Patiënten <u>dienen zo spoedig mogelijk na de diagnose van diepveneuze trombose te starten met het dragen van een therapeutisch-elastische kous (klasse III, 34-46 mmHg) voor een periode van bij</u></p>	<p>Minimumvoorwaarden voor niet-medicamenteuze behandeling</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p><u>voorkeur twee jaar</u> (graad 1A volgens ACCP-gradering). (...)</p> <p>BIJZONDERE SITUATIES VAN VENEUZE TROMBO-EMBOLIE</p> <p>Behandeling van veneuze trombo-embolie tijdens zwangerschap (...)</p> <p>1. Patiënten met objectief aangetoonde veneuze trombo-embolie in de zwangerschap <u>dienen te worden behandeld met heparine, waarbij de voorkeur uitgaat naar LMWH in een dosering van tweemaal daags, aangepast aan het gewicht.</u> (graad 1C+ volgens ACCP-gradering)</p> <p>2. (...) De anti-Xa-spiegel <u>dient vier uur na subcutane toediening van LMWH te worden afgenomen.</u> De streefwaarde is bij toediening eenmaal daags tussen 1,0 en 2,0 IE/ml en bij toediening tweemaal daags tussen 0,6 en 1,0 IE/ml (graad 2C volgens ACCP-gradering)</p> <p>3. Vrouwen die worden behandeld voor</p>	<p>Minimumvoorwaarden voor bijzondere situaties van veneuze trombo-embolie:</p> <p>- minimumvoorwaarden bij behandeling tijdens zwangerschap</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>VTE met LMWH dienen 24 uur voor de bevalling of (electieve) sectio caesarea de LMWH te staken. (graad 1C volgens ACCP-gradering)</p> <p>4. In de zwangerschap worden bij voorkeur geen VKA gegeven voor de behandeling van VTE. Indien toch wordt besloten tot behandeling met VKA, mogen deze niet in de 6e tot de 16e week en niet na 36e zwangerschapsweek worden gegeven. (graad 1C volgens ACCP-gradering)</p> <p>5. Aanbevolen wordt om bij vrouwen die voor een zwangerschap VKA gebruiken als behandeling van VTE en die een zwangerschap nastreven, fenprocoumon om te zetten in acenocoumarol. Zodra de vrouw over tijd is, dient zij een zwangerschapstest te verrichten. (graad 1C volgens ACCP-gradering)</p> <p>6. De antistollingsbehandeling dient bij een VTE opgetreden tijdens de zwangerschap ten minste tot zes weken postpartum te worden gecontinueerd. (graad 1C+ volgens ACCP-gradering) (...)</p>		

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>Behandeling van veneuze trombo-embolie bij kinderen (...)</p> <p><i>Initiële behandeling met heparine</i> (...)</p> <p>3. De anti-Xa-spiegel <u>dient te worden gecontroleerd totdat deze in de therapeutische range ligt.</u> (...) (...)</p> <p><i>Intraveneuze ongefractioneerde heparine</i></p> <p>1. <u>Indien veneuze trombo-embolie initieel wordt behandeld met ongefractioneerde heparine, dient na een oplaaddosis van 75 IE/kg (max. 5000 IE) in tien minuten intraveneus te worden gestart met een onderhoudsdosis van 28 IE/kg/uur bij zuigelingen tot een jaar en met een dosis van 20 IE/kg/uur bij oudere kinderen.</u> (graad 1C+ volgens ACCP-gradering)</p> <p>2. <u>Er dient te worden gestreefd naar een therapeutische APTT-range, overeenkomend met heparinespiegels van 0,3-0,7 IE/ml anti-Xa-activiteit.</u> (neonaten: graad 2C, kinderen: graad 1C+ volgens ACCP-gradering) (...)</p>	<p>- minimumvoorwaarden bij behandeling van kinderen</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>ACCP-gradering) (...)</p> <p>Acuut coronair syndroom (ACS)</p> <p><i>Non-ST-segmentelevatie acuut coronair syndroom</i></p> <p><u>Aan alle patiënten met NSTE-ACS dient aspirine te worden gegeven, behoudens contra-indicaties.</u> (graad 1A volgens ACCP-gradering). De aanbevolen dosis is 75-100 mg per dag, met een oplaaddosis van 160-300 mg. De behandeling wordt levenslang voortgezet. (graad 1C volgens ACCP-gradering) (...)</p> <p><u>Aan patiënten met NSTE-ACS die geen laag risico hebben op basis van ecg en cardiale markers, dient clopidogrel in combinatie met aspirine te worden gegeven, behoudens contra-indicaties.</u> De aanbevolen dosis is 75 mg per dag, met een oplaaddosis van 300 mg. De behandeling wordt zes tot twaalf maanden voortgezet. (graad 1A volgens ACCP-gradering) (...)</p>	<p>minimumvoorwaarden</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p><u>worden toegediend.</u> <u>Tevens dient te worden gestart met een therapeutische dosis LMWH.</u> (graad 1C volgens ACCP-gradering) (...)</p> <p>BIJZONDERE SITUATIES BIJ VENEUZE PREVENTIE VAN VENEUZE TROMBO-EMBOLIE (...)</p>		

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Bloedtransfusie / Richtlijn Bloedtransfusie / 2004 (in ontwikkeling – wordt herzien!)</p> <p>Bron:</p> <p>http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Overig/</p>	<p>OVERWEGINGEN OM TE BESLUITEN TOT TRANSFUSIE: (...)</p> <p><u>Bij een patiënt met chronische anemie zonder andere behandelopties dient men bij symptomen van anoxie altijd te transfunderen.</u></p> <p>De absolute transfusie-indicatie is Hb < 3 mmol/l. Ook mag de kwaliteit van leven bij de indicatie worden betrokken; hiertoe kan men eenvoudige leeftijdsparameters hanteren. (...)</p> <p>BELEID ROND CHIRURGIE EN PUNCTIES BIJ GEBRUIK VAN ACETYLSALICYLZUUR OF CLOPIDOGREL</p> <p>Electieve chirurgie en puncties</p> <p><u>Bepaal het aantal dagen na stoppen van acetylsalicylzuur en clopidogrel dat nodig is om ten minste 100 x 10⁹/l functionerende trombocyten te kunnen verwachten.</u> (...)</p> <p><u>Wacht die periode na de laatste gift van acetylsalicylzuur of clopidogrel.</u></p>	<p>Minimumvoorwaarde</p> <p>Minimumvoorwaarden?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>(...)</p> <p>Niet-electieve chirurgie en puncties waarbij lokale hemostase niet goed mogelijk is</p> <p><u>Ingrep verrichten 2 uur nadat 1 transfusie van trombocyten (5 x 10⁹ trombocyten/kg lichaamsgewicht; voor volwassenen 1 pool van 5 donoren) is gegeven</u></p>	<p>minimumvoorwaarde</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
<p>Intensive care / Richtlijn Organisatie en werkwijze op intensive care- afdelingen voor volwassenen in Nederland/ 2006</p> <p><u>Bron:</u> http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Overig/</p>	<p>ANSTURING (...)</p> <p>CONTINUÏTEIT (...) Naast de <u>beschikbaarheid van een intensivist overdag geldt daarbij als minimumvoorwaarde dat elke afdeling waar IC-patiënten worden behandeld, voldoende aantoonbare waarborgen treft voor de directe behandeling van acute problemen op het gebied van circulatie, respiratie en luchtwegmanagement.</u></p> <p><u>Een IC-arts</u> geschoold in basale IC-geneeskunde <u>dient binnen vijf minuten op de IC aanwezig te kunnen zijn.</u></p> <p>(...)</p> <p>FORMATIE, OMVANG, AANTALLEN EN BEZETTINGSGRAAD (...) De werkgroep heeft zich gerealiseerd dat het bijzonder moeilijk is om de exacte formatie, omvang en aantallen aan te geven. Dé IC-afdeling bestaat niet. Iedere IC kent zijn eigen profiel, patiëntenmix en context en maakt deel uit van een groter geheel. Daarom is voor</p>	<p>Minimumvoorwaarden</p> <p>Voorbeeld voor 'bandbreedten' ipv minimumvoorwaarden?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>formatie, unit-omvang en aantallen een bandbreedte gesteld.</p> <p>(...)</p> <p>Om de continuïteit van zorg te waarborgen is wel een minimale omvang van de staf noodzakelijk.</p> <p>En voor behoud van voldoende kennis en ervaring is het noodzakelijk dat een IC-afdeling een minimaal aantal behandeldagen per jaar heeft met een minimaal aantal complexe patiënten.</p> <p>KWALITEITSBELEID</p> <p>(...)</p> <p><i>De beste methode voor het optimaliseren van de patiëntenzorg bestaat niet.</i></p> <p>Wel wordt in alle verschillende benaderingen het systematisch meten, evalueren en verbeteren van de zorgverlening benadrukt. Iedere IC-afdeling heeft daartoe een aantoonbaar functionerend kwaliteitssysteem waarin deze aspecten centraal staan.</p> <p>Om de kwaliteit van de verleende zorg te kunnen meten en evalueren en te kunnen verbeteren, <u>zijn zogenoemde kwaliteitsindicatoren noodzakelijk.</u></p> <p>Indicatoren zijn meetbare elementen van zorg die een indruk geven van de kwaliteit van die</p>	<p>Minimumvoorwaarden? Wie en hoe wordt bepaalt wat een 'minimale omvang' is? Of 'voldoende kennis en ervaring' en 'een minimaal aantal behandeldagen' en 'een minimaal aantal complexe patiënten'? voorfase van minimvoorwaarde?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p>zorg.</p> <p><i>Richtlijnen</i> over uiteenlopende IC-behandelingen <i>hebben positieve effecten op de uitkomst van ICpatiënten en dienen daarom te worden geïmplementeerd.</i></p> <p><i>Processen die aantoonbaar de kwaliteit van zorg op een IC bevorderen, dienen te worden vastgelegd in landelijke richtlijnen en lokale protocollen.</i> Bijvoorbeeld: opname- en ontslagbeleid en transport van IC-patiënten.</p> <p>CONCENTRATIE VAN ZORG, REGIONALISATIE EN TRANSPORT (...) <u>Elke regio dient te kunnen beschikken over een transporteenheid voor IC-patiënten die voldoende uitgerust is en over voldoende geschoold personeel beschikt.</u> (...)</p> <p><u>Een IC van niveau 1 is verplicht bij een te verwachten behandelduur van langer dan 72 uur, binnen 24 uur na opname van de betreffende patiënt contact op te nemen</u></p>	<p>Minimumvoorwaarden?</p> <p>Minimumvoorwaarden?</p>	

Onderwerp/ richtlijn / jaar	aanbeveling	interpretatie	Commentaar / observaties
	<p><u>met de coördinator van de regio.</u> (...)</p> <p>Tussen ziekenhuizen zijn vaak al bepaalde verwijspatronen ontstaan. <u>Deze moeten worden geformaliseerd om op regionaal niveau de IC-capaciteit te managen.</u> Zo kan altijd een IC-bed beschikbaar zijn voor de acute patiënt.</p> <p>Het nastreven van een optimale bezettingsgraad is geen doel op zich, maar er bestaat wel een relatie tussen de bezettingsgraad en het weigerpercentage.</p>	<p>Minimumvoorwaarde = altijd een IC-bed beschikbaar?</p>	