



AGREE
INSTRUMENT

HANDBOEK

Mei 2003

Het AGREE Instrument en het handboek zijn producten van The AGREE Collaboration (Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation). Dit is een internationaal samenwerkingsverband van onderzoekers uit 13 landen met als doel de methodologie van richtlijnontwikkeling en implementatie te onderzoeken en op elkaar af te stemmen.

Het instrument en het handboek zijn (mede) tot stand gekomen door de inbreng van de Centre for Quality of Care Research (WOK) van de Universiteit van Nijmegen en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Het handboek is een Nederlandse vertaling van de Engelstalige “manual” waarin de Angelsaksische voorbeelden zijn vervangen door voorbeelden ontleend aan richtlijnen ontwikkeld door Nederlandse richtlijnorganisaties.

Financiering

De ontwikkeling van het AGREE Instrument is gefinancierd uit het EU BIOMED2 Programma (BMH4-98-3669). De ontwikkeling van het handboek is gefinancierd uit het EU vijfde kader programma (Grant code 47230-95255).

Dit document mag gekopieerd worden voor educatieve doeleinden, voor kwaliteitsbeleid en voor de beoordeling van klinische richtlijnen. Het mag niet gebruikt worden voor commerciële doeleinden of marketing.

Het instrument en het handboek zijn te downloaden vanaf de volgende websites:

- www.cbo.nl
- www.wokresearch.nl

Voor nadere informatie:

Jako Burgers
Centre for Quality of Care Research (WOK)
Universiteit van Nijmegen
E-mail: burgersi@knmg.nl

of

Kitty Rosenbrand
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
Utrecht
E-mail: k.rosenbrand@cbo.nl

1. INLEIDING	2
2. SAMENVATTING VAN INSTRUMENT EN ALGEMENE INSTRUCTIES.....	4
3. SCORINGSINSTRUCTIES PER ITEM	6
ONDERWERP EN DOEL	
Item 1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven	6
Item 2. De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.....	8
Item 3. De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.....	10
BETROKKENHEID VAN BELANGHEBBENDEN.....	
Item 4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld, komen uit alle relevante beroepsgroepen	12
Item 5. Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan.....	14
Item 6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.....	16
Item 7. de richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers.....	18
METHODOLOGIE.....	20
Item 8. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.....	20
Item 9. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven.....	22
Item 10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven ..	24
Item 11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	26
Item 12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende bewijsmateriaal.....	28
Item 13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.....	30
Item 14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld	32
HELDERHEID EN PRESENTATIE	34
Item 15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig	34
Item 16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld	38
Item 17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.....	40
Item 18. De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen.....	42
TOEPASSING	44
Item 19. De mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken.....	44
Item 20. De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen.....	46
Item 21. De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.....	48
ONAFHANKELIJKHEID VAN DE OPSTELLERS	50
Item 22. De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie	50
Item 23. Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd.....	52
4. INSTRUCTIES VOOR ALGEMEEN OORDEEL	54
5. REGISTER	55
APPENDIX 1. AGREE PARTNERS BETROKKEN BIJ ONTWIKKELING AGREE INSTRUMENT ...	59
APPENDIX 2. AGREE INSTRUMENT INVULFORMULIER	61

1. Inleiding

Achtergronden AGREE Instrument

Menig land staat voor de uitdaging consistente, passende en hoge kwaliteit gezondheidszorg te leveren met de beschikbare middelen. Klinische richtlijnen zijn belangrijke middelen om goede zorg in de praktijk te ondersteunen en te stimuleren en om effectievere en betere patiëntenzorg te leveren. De richtlijnen dienen wel aan bepaalde kwaliteitseisen te voldoen. Halverwege de jaren negentig werd herhaaldelijk de behoefte gevoeld om een internationale methodologie voor richtlijnontwikkeling op te stellen en om de kwaliteit en impact van richtlijnen in de praktijk te beoordelen.

Als reactie hierop ontwikkelde een groep van onderzoekers uit 13 landen het AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) Instrument als onderdeel van een onderzoeksproject gefinancierd door het "Biomedicine and Health Research" (BIOMED 2) 1994 -1998 Programma (BMH4-98-3669) van de Europese Unie. De doelstellingen van dit project waren het ontwikkelen van een internationaal raamwerk voor het beoordelen van klinische richtlijnen en het vaststellen van potentiële gebieden voor harmonisatie van richtlijnontwikkeling.

De AGREE Collaboration heeft een brede achterban van academische instellingen en organisaties die richtlijnen ontwikkelen. De personen en organisaties die participeerden in het AGREE project staan in Appendix 1 vermeld.

Ontwikkeling en validatie van het instrument

Het doel van het AGREE Instrument is een systematisch kader te bieden voor de beoordeling van de belangrijkste aspecten van kwaliteit van richtlijnen, waaronder het ontwikkelingsproces en de verslaglegging. Het instrument geeft geen specifieke criteria om de klinische inhoud van de richtlijn en de kwaliteit van het ondersteunende wetenschappelijk bewijsmateriaal ('evidence') te beoordelen. Voor een algemeen oordeel van de kwaliteit van de richtlijn dienen deze aspecten echter wel te worden meegenomen.

Het instrument werd in verschillende fasen ontwikkeld. Er werd uitgegaan van zes theoretische kwaliteitsdomeinen: (1) onderwerp en doel, (2) betrokkenheid van belanghebbenden, (3) methodologie, (4) helderheid en presentatie, (5) toepassing en (6) onafhankelijkheid van de opstellers. Op grond van bestaande instrumenten, checklists en literatuur werd een lijst van 82 items samengesteld die deze domeinen omvatten. Na enkele

commentaarrondes werd de eerste versie van het instrument gemaakt, bestaande uit 24 items.

Vervolgens werd deze versie uitgetest op 100 richtlijnen uit elf van de deelnemende landen met 195 beoordelaars. Na enkele wijzigingen en verbeteringen werd een tweede versie uitgetest op een aselechte steekproef van drie richtlijnen per land uit de oorspronkelijke verzameling van 100 richtlijnen, met 70 nieuwe beoordelaars. De definitieve versie van het instrument bestaat uit 23 items onderverdeeld in zes domeinen.

De acceptatie van het instrument was hoog: 95% van de beoordelaars vonden het instrument eenvoudig toe te passen en nuttig bij de beoordeling van de kwaliteit van richtlijnen. De betrouwbaarheid was voldoende voor de meeste domeinen: Cronbach's α varieerde van 0,64 tot 0,88; de interbeoordelaarsvariatie ("intra class correlations") varieerde van 0,57 tot 0,91 bij vier beoordelaars per richtlijn. Voor meer informatie over het validatieonderzoek wordt verwezen naar de publicatie *"The AGREE Collaboration. Development and validation of an International Appraisal Instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE Project. Qual Saf Health Care 2003; 12: 18-23"*.

Doel van het handboek

Het doel van dit handboek is praktische ondersteuning te bieden bij het beoordelen van klinische richtlijnen met behulp van het AGREE Instrument. Het is een aanvulling op het instrument en dient samen met het instrument gebruikt te worden. Het handboek kan worden gebruikt bij workshops en trainingssessies voor verschillende doelgroepen, zoals zorgverleners, beleidsmakers en managers.

Hoe het handboek te gebruiken

Bij elk van de 23 items wordt aanvullende informatie gegeven om het concept erachter te begrijpen. Er worden aanwijzingen gegeven voor het scoren. Vervolgens worden delen van bestaande richtlijnen gepresenteerd als voorbeelden van goede verslaglegging. Soms zijn delen van de tekst vetgedrukt om de kern aan te geven.

Als Appendix 2 is een invulformulier opgenomen om de scores te vermelden. Hiermee kunnen de scores tussen verschillende beoordelaars eenvoudig worden vergeleken.

Tot slot worden instructies gegeven om tot een algemeen oordeel over de richtlijn te komen. Hierbij worden zowel de item- en domeinscores als de klinische aspecten van de aanbevelingen overwogen.

2. Samenvatting van het instrument en algemene instructies

Het AGREE Instrument bevat 23 items onderverdeeld in zes domeinen. Elk domein beslaat een aparte dimensie van kwaliteit van richtlijnen.

- **Onderwerp en doel** (items 1-3) betreft het doel van de richtlijn, de specifieke klinische vragen waarop de richtlijn een antwoord geeft en de patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is.
- **Betrokkenheid van belanghebbenden** (items 4-7) richt zich op de mate waarin de richtlijn de opvattingen van de beoogde gebruikers weerspiegelt. Bij de ontwikkeling van de richtlijn dienen alle belanghebbenden, inclusief patiëntengroepen, te zijn betrokken.
- **Methodologie** (items 8-14) hangt samen met het proces waarin bewijsmateriaal is verzameld en samengesteld en met de gebruikte methoden om aanbevelingen op te stellen en te herzien. Hierbij gaat het om informatie over de zoekacties in de literatuur, de criteria voor het insluiten van literatuur en de methoden die zijn gebruikt bij het opstellen van de aanbevelingen. Er dient een expliciet verband te bestaan tussen de aanbevelingen en het wetenschappelijk bewijsmateriaal. De richtlijn dient extern te zijn beoordeeld voor publicatie en dient een heldere uitspraak te bevatten over de procedure voor herziening van de richtlijn.
- **Helderheid en presentatie** (items 15-18) gaat over het taalgebruik en de vorm van de richtlijn. Aangezien richtlijnen vooral artsen en patiënten moeten helpen bij het nemen van beslissingen in de praktijk, is het noodzakelijk dat zij eenvoudig te begrijpen, patiëntgericht en gebruikersvriendelijk zijn. Een goede richtlijn geeft heldere informatie over de verschillende beleidsopties en de mogelijke consequenties van elk van deze opties.
- **Toepassing** (items 19-21) houdt verband met de mogelijke organisatorische en financiële consequenties van het toepassen van de richtlijn. Richtlijnen dienen haalbaar te zijn binnen de huidige organisatie van de zorg en moeten passen in de routines van de praktijk en de tijdsdruk van het werk. Toetsingscriteria dienen te zijn afgeleid van de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn.
- **Onafhankelijkheid van de opstellers** (items 22-23) betreft de onafhankelijkheid van de aanbevelingen en de erkenning van mogelijke conflicterende belangen van leden van de werkgroep. Een toenemend aantal richtlijnen wordt gefinancierd, direct of indirect, uit externe bronnen. Er dient expliciet te zijn aangegeven dat de opvattingen en belangen van de financierende instantie geen invloed hebben gehad op de uiteindelijke aanbevelingen.

SAMENVATTING VAN INSTRUMENT EN ALGEMENE INSTRUCTIES

Het instrument bevat bij elk item aanvullende informatie om het item beter te begrijpen. Elk item wordt gescoord op een vierpunts Likert schaal. Het AGREE Instrument bevat instructies over het berekenen van de domeinscores. Ook is een algemeen oordeel bijgevoegd, waarin wordt bepaald of de richtlijn wordt aanbevolen voor gebruik in de praktijk.

3. Scoringsinstructies per item

ONDERWERP EN DOEL

Item 1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.

Eén van de belangrijkste uitgangspunten bij het proces van richtlijnontwikkeling is het vaststellen en afbakenen van het onderwerp van de richtlijn. Dit helpt de werkgroep bij het bepalen van de meest geschikte ontwikkelingsstrategie en het verhelderen van de vragen waarop zij een antwoord moet geven. Het doel van de richtlijn dient in detail te zijn beschreven, inclusief de te verwachten gezondheidswinst van de richtlijn.

Bepaling itemscore

Bestudeer de openingsparagrafen of –hoofdstukken voor een beschrijving van het onderwerp en het doel van de richtlijn. In sommige gevallen is de motivatie en noodzaak voor de richtlijn beschreven in een apart document, bijvoorbeeld in een projectplan.

Richtlijnen voor het scoren van item 1:

4: Zeer Eens	de richtlijn beschrijft zowel haar doelen als de impact op de samenleving helder en specifiek
2-3: Eens/Oneens	de richtlijn beschrijft haar doelen alleen in algemene termen, bijvoorbeeld “verbeteren van de kwaliteit van zorg” of “reduceren van kosten”
1: Zeer Oneens	de richtlijn beschrijft haar doelen niet

Item 1: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: NHG-Standaard Cholesterol (eerste herziening). Huisarts Wet 1999; 42(9): 406-417.

De NHG-Standaard Cholesterol is herzien omdat uit nieuw onderzoek blijkt dat medicamenteuze behandeling van een verhoogd cholesterol niet alleen de morbiditeit, maar ook de mortaliteit door coronaire hartziekten (CHZ) en de totale mortaliteit verlaagt.^{noot 1} Bij drie groepen personen met een sterk verhoogd risico is deze verlaging klinisch dusdanig relevant dat bij hen medicamenteuze verlaging van het cholesterol wordt geadviseerd. Dit betreft personen:

- met verschijnselen van hart- vaatziekten (HVZ) (secundaire preventie);
- zonder verschijnselen van HVZ maar met belangrijke risicofactoren voor CHZ, zoals een verhoogd cholesterol in combinatie met diabetes mellitus of in combinatie met hypertensie, hogere leeftijd en roken (primaire preventie);^{noot 2}
- met familiale hypercholesterolemie (FH) of met een andere vetstofwisselingsstoornis.

Het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) heeft in 1998 de Consensus Cholesterol herzien.^{noot 3} Deze standaard sluit hier nauw op aan.

De NHG-Standaard Cholesterol omvat richtlijnen voor opsporing, diagnostiek en behandeling van een verhoogd cholesterol bij personen ouder dan 18 jaar met een verhoogd risico op CHZ bij wie behandeling van een verhoogd cholesterol zinvol kan zijn. Preventie van een verhoogd cholesterol en behandeling van aandoeningen die een verhoogd cholesterol kunnen veroorzaken vallen buiten het bestek van deze standaard. Dat geldt evenzeer voor behandeling van familiale hypercholesterolemie en andere vetstofwisselingsstoornissen.

Toelichting: De tekst van de noten is niet weergegeven, omdat deze geen nieuwe relevante informatie verschaft in het kader van dit item.

Item 2. De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.

Nadat het onderwerp van de richtlijn is vastgesteld, is het mogelijk om het werkplan te vertalen in gestructureerde klinische vragen. Deze helpen de richtlijnontwikkelingswerkgroep bij het selecteren van relevant wetenschappelijk bewijsmateriaal. Aangezien zij het uitgangspunt vormen voor een systematisch literatuuronderzoek, dienen zij zo helder en specifiek mogelijk te zijn geformuleerd, waarbij de patiëntenpopulatie, de interventie of blootstelling, de uitkomstmaten, en de vergelijkingsmaat (bijvoorbeeld de gebruikelijke behandeling of andere alternatieve therapie) zijn gedefinieerd.

Bepaling itemscore

Bestudeer de openingsparagrafen of –hoofdstukken voor een beschrijving van het onderwerp en het doel van de richtlijn. In sommige gevallen zijn de vragen beschreven in een apart document, bijvoorbeeld in een specificatie van een literatuursearch.

Richtlijnen voor het scoren van item 2:

4: Zeer Eens	de vragen die in de richtlijn aan de orde komen, zijn specifiek beschreven
2-3: Eens/Oneens	de vragen zijn beschreven in algemene termen
1: Zeer Oneens	er is geen beschrijving van de vragen in de richtlijn of daarmee samenhangende documenten

Item 2: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: CBO-richtlijn Decubitus (tweede herziening), 2002.

1. Wat is decubitus en hoe kan decubitus het beste worden geclassificeerd?
2. Hoe is het ontstaan van decubitus te verklaren?
3. Hoe vaak komt decubitus voor en hoe nuttig is prevalentie- en/of incidentieonderzoek?
4. Wat zijn de argumenten voor het gebruik van risicofactoren dan wel indicatoren?
5. Wat is de voorspellende waarde van een risicoscorelijst(instrument)?
6. In hoeverre heeft niet-wegdrukbaar roodheid een voorspellende waarde voor het ontwikkelen van decubitus?
7. Wat is de voorspellende waarde van ondervoeding, voor het ontwikkelen van decubitus?
8. Welke verpleegkundige maatregelen zijn zinvol bij de preventie van decubitus?
9. Welke verpleegkundige maatregelen zijn niet zinvol bij de preventie van decubitus?
10. Welke fysiotherapeutische maatregelen zijn zinvol bij de preventie van decubitus?
11. Welke fysiotherapeutische maatregelen zijn niet zinvol bij de preventie van decubitus?
12. Welke ergotherapeutische maatregelen zijn zinvol bij de preventie van decubitus?
13. Welke voedingsmaatregelen zijn zinvol bij de preventie van decubitus?
14. Welke voedingsmaatregelen zijn niet zinvol bij de preventie van decubitus?
15. Welke geneeskundige maatregelen zijn zinvol bij de preventie van decubitus?
16. Welke geneeskundige maatregelen zijn niet zinvol bij de preventie van decubitus?
17. Welke drukreducerende systemen zijn er en wanneer past men ze toe?
18. Dienen bij een patiënt ook in specifieke situaties preventieve maatregelen te worden genomen?
19. Wat is het nuttige effect van lokale middelen en behandelwijzen bij de behandeling van decubitus?
20. Wat is het nuttige effect van andere behandelwijzen bij de behandeling van decubitus?
21. Wat is het nuttige effect van wondbehandeling bij de behandeling van decubitus?

Toelichting: Dit betreft een overzicht van alle vragen die in de richtlijn worden beantwoord. De afzonderlijke vragen worden als titels van elke paragraaf gepresenteerd. Dit overzicht zelf is niet opgenomen in de richtlijn.

Item 3. De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.

De doelpopulatie dient expliciet te zijn beschreven. In de meeste gevallen betekent dit ook dat het ziektebeeld waar de richtlijn betrekking op heeft, helder dient te zijn omschreven. Criteria, zoals de leeftijdsgrenzen en de ernst van de ziekte, kunnen hier ook in worden opgenomen. Dit item vormt een onderdeel van de omschrijving van de belangrijkste vragen die de richtlijn behandelt (zie item 2).

Bepaling itemscore

Bestudeer de openingsparagrafen of –hoofdstukken voor een beschrijving van de doelpopulatie van de richtlijn. De uitsluiting van sommige patiëntgroepen (bijvoorbeeld kinderen) valt ook onder dit item.

Richtlijnen voor het scoren van item 3:

4: Zeer Eens	de richtlijn geeft een heldere omschrijving van de doelpopulatie, zodat de richtlijngebruikers precies weten op wie zij de richtlijn zouden moeten toepassen
2-3: Eens/Oneens	de richtlijn geeft een omschrijving van de doelpopulatie, maar deze is onhelder of ondubbelzinnig
1: Zeer Oneens	de richtlijn geeft geen omschrijving van de doelpopulatie

Item 3: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: CBO-richtlijn Decubitus (tweede herziening) 2002

Doelstelling

Deze richtlijn is een document met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. De richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming gericht op het expliciteren van goed medisch, paramedisch en verpleegkundig handelen. De richtlijn beoogt een leidraad te geven voor de dagelijkse praktijk van preventie, diagnostiek en behandeling van decubitus. **De richtlijn is geschreven voor patiënten van alle leeftijden, mannen zowel als vrouwen, die een zeker risico hebben om in het kader van hun ziekte decubitus te krijgen, als wel voor de patiënten die decubitus hebben.** De richtlijn biedt aanknopingspunten voor zowel intra- als extramurale afspraken of lokale protocollen, hetgeen voor de implementatie bevorderlijk is. Zeer actueel is het transmurale aspect, waaraan speciaal ook aandacht wordt besteed.

BETROKKENHEID VAN BELANGHEBBENDEN**Item 4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld, komen uit alle relevante beroepsgroepen.**

Er is geen algemene regel te geven voor welke professionele groepen betrokken dienen te zijn in de richtlijnwerkgroep. Dit dient te worden afgestemd op het onderwerp van de richtlijn en op de te verwachte rol en activiteiten van de verschillende partijen op grond van de aanbevelingen. Op z'n minst dient de werkgroep representatief te zijn voor alle professionele groepen die de richtlijn waarschijnlijk gaan gebruiken. Informatie over de samenstelling van de werkgroep, inclusief de disciplines en instellingen waar de leden aan verbonden zijn, dient aanwezig te zijn (bijvoorbeeld in een bijlage).

Bepaling itemscore

Bestudeer de openingsparagrafen of –hoofdstukken, de verantwoording en bijlages voor de samenstelling van de richtlijnwerkgroep.

Richtlijnen voor het scoren van item 4:

4: Zeer Eens	de richtlijnwerkgroep omvat alle relevante disciplines
2-3: Eens/Oneens	de richtlijnwerkgroep omvat niet alle relevante disciplines
1: Zeer Oneens	de richtlijn geeft geen enkele informatie over de richtlijnwerkgroep of geeft alleen auteursnamen zonder informatie over hun disciplines

Item 4: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON). Richtlijn Behandeling van het mammacarcinoom, 2002.

Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in de zomer van 2000 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die met de behandeling van mammacarcinoom te maken hebben (zie hiervoor de samenstelling van de werkgroep). *[Hierin worden de namen en functies van alle werkgroepleden gegeven en de instellingen waaraan zij zijn verbonden]*

Naast de verschillende beroepsgroepen hadden ook vertegenwoordigers van de Vereniging voor Integrale Kankercentra (VIKC) en het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON) zitting in de werkgroep.

De voordelen van een dergelijke multidisciplinaire benadering zijn duidelijk: niet alleen wordt hiermee de zorg het best weerspiegeld, ook zal het draagvlak voor de richtlijn optimaal zijn. De richtlijn is uiteraard gericht op verbetering van de zorg voor de patiënte. Dit doel is expliciet gewaarborgd doordat twee afgevaardigden van de patiëntenvereniging voor vrouwen met borstkanker, de BorstkankerVereniging Nederland (BVN), zitting hadden in de werkgroep. Bij het samenstellen van de werkgroep is zoveel mogelijk rekening gehouden met de geografische spreiding van de werkgroepleden, evenredige vertegenwoordiging van de diverse betrokken verenigingen en instanties, alsmede met een spreiding in academische achtergrond.

De werkgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en waren gemandateerd door hun vereniging.

Item 5. Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan.

Aangezien het hoofddoel van klinische richtlijnen het verbeteren van de zorg is, dienen ervaringen en verwachtingen van patiënten meegenomen te worden bij de ontwikkeling van richtlijnen. Daarom dienen patiënten in het proces van richtlijnontwikkeling betrokken te worden.

Bepaling itemscore

Bestudeer de openingsparagrafen of –hoofdstukken, de verantwoording en de bijlagen voor de samenstelling van de werkgroep en bestudeer de paragrafen die het richtlijnontwikkelingsproces beschrijven.

Richtlijnen voor het scoren van item 5:

4: Zeer Eens	de richtlijnwerkgroep bevat patiënten of vertegenwoordigers van patiënten, de richtlijn is becommentarieerd door vertegenwoordigers van patiënten of er is een onderzoek gedaan naar de voorkeuren en het perspectief van patiënten
2-3: Eens/Oneens	patiënten worden genoemd in de richtlijn of in hiermee samenhangende documenten maar er is geen informatie over dat zij betrokken zijn geweest bij het richtlijnontwikkelingsproces (zie item 4)
1: Zeer Oneens	de richtlijn geeft geen enkele informatie over het perspectief en de verwachtingen van patiënten

Item 5: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Chronisch hartfalen 2002.

Verslag van het patiëntenpanelgesprek

Methode

In een panelgesprek met 8 patiënten, 5 begeleiders (partners, ouders) en 4 organisatoren (CBO en Hartstichting) werd op 14 september 2001 gesproken over door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NP/CF) vastgestelde criteria voor kwaliteit: informatie, zelfstandigheid, organisatie, bejegening, steun, vakbekwaamheid, accommodatie en evaluatie. De voor de richtlijnen relevante informatie wordt hieronder samengevat.

Toelichting: De informatie betreft aanbevelingen die puntsgewijs per criteria worden gepresenteerd (3 pagina's).

Item 6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.

De beoogde gebruikers dienen duidelijk in de richtlijn te zijn benoemd, zodat zij onmiddellijk kunnen vaststellen of de richtlijn voor hen relevant is. De beoogde gebruikers van bijvoorbeeld een richtlijn over lage rugpijn kunnen huisartsen, praktijkverpleegkundigen, neurologen, orthopedisch chirurgen, reumatologen en fysiotherapeuten zijn.

Bepaling itemscore

Bestudeer de openingsparagrafen of –hoofdstukken voor een beschrijving van de beoogde gebruikers van de richtlijn.

Richtlijnen voor het scoren van item 6:

4: Zeer Eens	de richtlijn benoemt de beoogde gebruikers duidelijk
2-3: Eens/Oneens	de richtlijn benoemt de beoogde gebruikers niet duidelijk
1: Zeer Oneens	de richtlijn geeft geen enkele informatie over de beoogde gebruikers

Item 6: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: CBO-richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen en Herpes Neonatorum, 2002.

Richtlijngebruikers

De richtlijn SOA is vooral bedoeld voor zorgverleners die zich met curatieve SOA-zorg bezighouden, te weten huisartsen, GGD-artsen (van die GGD'en die een curatieve taakstelling hebben), dermatovenereologen, gynaecologen, bacteriologen, virologen, internisten, verloskundigen en sociaal verpleegkundigen.

Item 7. De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers.

Richtlijnen dienen net als alle interventies eerst te worden getest in de praktijk voor validatie alvorens ze wijd te verspreiden en te implementeren. Dit kan de richtlijnwerkgroep nuttige feedback geven over de acceptatie en haalbaarheid van de aanbevelingen in de praktijk.

Bepaling itemscore

Bestudeer de paragrafen die het richtlijnontwikkelingsproces beschrijven.

Richtlijnen voor het score van item 7:

4: Zeer Eens	de richtlijn geeft duidelijke informatie over het uittesten van de richtlijn onder de beoogde gebruikers in de praktijk
2-3: Zeer/Oneens	de richtlijn geeft informatie over de haalbaarheid van de richtlijn in de praktijk (bijvoorbeeld door de beoogde gebruikers te raadplegen tijdens het externe beoordelingsproces) maar zonder de richtlijn daadwerkelijk in de praktijk te hebben getest
1: Zeer Oneens	de richtlijn is niet vooraf getest of geeft geen informatie hierover

Item 7: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

De zogenaamde commentaarronde in de ontwikkelingsprocedure van de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap voldoet enigszins aan dit criterium. Hierin wordt de ontwerpstandaard met een vragenlijst (commentaarformulier) naar vijftig aselekt gekozen huisartsen uit het NHG-ledenbestand gestuurd. De vragen betreffen vooral de haalbaarheid van de richtlijn in de praktijk.

Commentaarformulier 'Acuut Coronair Syndroom'

De term acuut coronair syndroom (ACS) is in deze standaard gebruikt omdat deze aansluit bij de internationale literatuur en de door cardiologen gebruikte terminologie.

1. *Was u bekend met wat onder de term acuut coronair syndroom wordt verstaan?*
2. *Vindt u de omschrijving voldoende helder?*
3. *In deze standaard wordt gesteld dat alle patiënten met ACS binnen 24 uur worden verwezen. Sluit dit aan bij uw handelwijze?*

In de paragraaf achtergronden wordt ingegaan zowel op de veelsoortige klachtenpresentatie van het acuut coronair syndroom als op ontwikkelingen rond behandeling.

4. *Worden bij de variatie in klachtenpresentatie de belangrijkste dilemma's en valkuilen voldoende voor het voetlicht gebracht?*
5. *Worden de 'nieuwe' behandelmogelijkheden voldoende helder beschreven?*

(Indien u ervaring heeft met deze behandelmogelijkheden in uw regio)

6. *Worden alle elementen (inhoudelijk en randvoorwaardelijk) beschreven die van invloed zijn op de huidige gang van zaken rond deze behandelmogelijkheden?*

In de paragraaf 'richtlijnen diagnostiek' wordt, als bij telefonische aanmelding een acuut coronair syndroom waarschijnlijk lijkt, voorgesteld dat de huisarts de ambulance onmiddellijk belt of dit laat doen.

7. *Sluit deze handelwijze aan bij uw huidige manier van praktijkvoering?*

Bent u van plan zo te gaan handelen?

[..]

23. *Sluit de diagnostiek en het beleid bij het subacute myocardinfarct zonder acute klachten aan bij uw huidige handelwijze?*

[...]

27. *Wilt u aangeven welke factoren voor u een belemmering vormen om volgens de standaard te gaan werken?*
28. *Voorziet u nog andere problemen bij een algemene invoering van de standaard en zo ja, welke?*
29. *Kan de standaard naar uw mening als norm gaan gelden?*
30. *Hoeveel tijd heeft u aan het lezen van de standaard en het beantwoorden van de vragenlijst besteed?*

METHODOLOGIE

Item 8. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.

Omdat de biomedische literatuur zeer omvangrijk is, kan een enkele bron nooit al het wetenschappelijk bewijsmateriaal leveren. Een zoekstrategie met gebruikmaking van uiteenlopende bronnen geeft meer kans op het vinden van al het relevante bewijsmateriaal. Details van de zoekstrategie dienen te worden gegeven, inclusief de belangrijkste zoektermen, de periode waarover de artikelen zijn verzameld en de geraadpleegde bronnen. Mogelijke bronnen zijn elektronische databestanden (bijvoorbeeld MEDLINE, EMBASE, CINAHL) en databestanden van systematische reviews (bijvoorbeeld Cochrane Library, DARE). De literatuursearch dient aan te sluiten bij de belangrijkste vragen waarop de richtlijn een antwoord geeft (zie item 2).

Bepaling itemscore

Bestudeer de paragrafen die het richtlijnontwikkelingsproces beschrijven. In sommige gevallen worden de zoekstrategieën beschreven in aparte documenten of in een bijlage bij de richtlijn.

Richtlijnen voor het scoren van item 8:

4: Zeer Eens	de richtlijn geeft duidelijke informatie over de zoekstrategie, inclusief de gebruikte databestanden of andere bronnen en de zoektermen. Een alternatief is dat de richtlijn is gebaseerd op een gepubliceerde systematische review of meta-analyse van goede kwaliteit (bijvoorbeeld Cochrane Review)
2-3: Eens/Oneens	de richtlijn geeft informatie over de zoekmethoden maar zonder zoektermen te geven
1: Zeer Oneens	de richtlijn gebruikte geen systematische methoden of geeft geen informatie over hoe het wetenschappelijk bewijsmateriaal is verzameld

Item 8: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: CBO-richtlijn Decubitus (tweede herziening), 2002

Wetenschappelijke onderbouwing

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Om dit te bewerkstelligen werd binnen de werkgroep een literatuurcoördinator aangesteld.

Zowel door het CBO als door de literatuurcoördinator werd een literatuursearch uitgevoerd in de volgende databases: Cochrane, Medline, Embase, Cinahl en Pubmed. De volgende trefwoorden zijn gebruikt bij het zoeken van literatuur: 'Pressure Ulcer', 'Pressure Ulcers', 'Pressure Sore', 'Pressure sores' en 'Decubitus'. De zoekactie is vervolgens verfijnd met behulp van de trefwoorden: 'Randomized clinical trials', 'Cohort studies', 'Retrospective studies', 'Prospective studies', 'Case control studies' en 'Case studies'. Artikelen met de term 'decubitus position' zijn uit de literatuursearch verwijderd.

De literatuursearch had een scope van 1992 (moment van de eerste herziening) tot juli 2000. Het bleek onmogelijk om helemaal volledig te zijn, daarom hebben in de werkgroep aanwezige experts ook van buiten de scope individueel literatuur aangedragen. Het geheel leverde ruim 400 artikelen op, die werden gelezen en beoordeeld. De meeste hiervan zijn in de literatuurlijst van deze richtlijn opgenomen.

Daarnaast werden artikelen geëxtraheerd uit referentielijsten van opgevraagde literatuur. Ook werden andere richtlijnen aangaande decubitus geraadpleegd, waarbij voorop moest staan dat ook deze richtlijnen werden samengesteld aan de hand van wetenschappelijke bewijzen. Na selectie door de werkgroepleden bleven de artikelen over die als onderbouwing bij de verschillende conclusies staan vermeld. De geselecteerde artikelen zijn vervolgens door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijs.

Item 9. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven.

De literatuur zoekstrategie moet balanceren tussen specificiteit (het vermogen om artikelen op te sporen die nauw samenhangen met de vraagstelling) en sensitiviteit (het vermogen om het maximale aantal relevante artikelen op te sporen). De eerste zoekactie kan veel artikelen opleveren die geen directe relatie hebben met de belangrijkste vragen. Richtlijnontwikkelaars kunnen irrelevante artikelen uitsluiten met behulp van in- en exclusiecriteria die bijvoorbeeld het studieontwerp, de grootte van de studie, de geografische regio, het tijdsvak of specifieke klinische criteria omvatten. Deze criteria dienen expliciet te zijn beschreven evenals de redenen om bepaald bewijsmateriaal uit te sluiten.

Bepaling itemscore

Bestudeer de paragrafen die het richtlijnontwikkelingsproces beschrijven. In sommige gevallen worden de inclusie- en exclusie criteria beschreven in aparte documenten of in een bijlage bij de richtlijn.

Richtlijnen voor het scoren van item 9:

4: Zeer Eens	de richtlijn beschrijft expliciet de inclusie- en exclusiecriteria voor het selecteren van wetenschappelijk bewijsmateriaal
2-3: Eens/Oneens	de richtlijn geeft alleen algemene informatie over het selecteren van wetenschappelijk bewijsmateriaal
1: Zeer Oneens	de richtlijn geeft geen beschrijving van de selectiecriteria

Item 9: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Zie voorbeeld bij item 8.

Item 10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven.

Een belangrijk aspect van richtlijnontwikkeling is hoe de aanbevelingen worden geconstrueerd. Aangezien het wetenschappelijk bewijsmateriaal zich zelden direct laat vertalen in aanbevelingen, is er bij de meeste richtlijnen sprake van extrapolatie van bewijs. Dit vereist overeenstemming in de werkgroep, hetgeen meestal wordt bereikt door middel van consensusmethoden. De methoden om tot de uiteindelijke besluiten te komen en de gebieden waarop men van mening verschilde dienen te zijn vastgelegd ten behoeve van de transparantie van de grondslag van de aanbevelingen.

Bepaling itemscore

Bestudeer de paragrafen die het richtlijnontwikkelingsproces beschrijven. In sommige gevallen worden de methoden om de aanbevelingen op te stellen beschreven in aparte documenten of in een bijlage bij de richtlijn.

Richtlijnen voor het scoren van item 10:

4: Zeer Eens	de richtlijn geeft een duidelijke beschrijving van de gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen. Indien informele consensusmethoden zijn gebruikt, dient de richtlijn te beschrijven hoe meningsverschillen werden opgelost
2-3: Eens/Oneens	de richtlijn geeft informatie over de gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, maar het blijft onduidelijk hoe de uiteindelijke besluitvorming plaatsvond
1: Zeer Oneens	de richtlijn geeft geen enkele informatie over de gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen

Item 10: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: CBO-richtlijn Osteoporose (tweede herziening), 2002.

Werkwijze werkgroep

De werkgroep werkte gedurende drie jaar (18 vergaderingen) aan de totstandkoming van de richtlijn. De uit 19 personen bestaande werkgroep werd onderverdeeld in vier subgroepen, analoog aan de vier uitgangsvragen. Voor de vijfde vraag is een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd. Hoewel de afzonderlijke tekstgedeelten door individuele werkgroepleden of subwerkgroepen zijn voorbereid, is dit document nadrukkelijk geschreven uit naam van de gehele werkgroep. De werkgroepleden zochten systematisch literatuur en beoordeelden de kwaliteit en inhoud ervan.

Vervolgens schreven de werkgroepleden een paragraaf of hoofdstuk voor de conceptrichtlijn, waarin de beoordeelde literatuur werd verwerkt. Tijdens vergaderingen lichtten zij hun teksten toe, dachten mee en discussieerden over andere hoofdstukken. De uiteindelijke teksten vormden samen de conceptrichtlijn die op 20 april 2001 tijdens een landelijke richtlijnbijeenkomst aan alle relevante (beroeps)groepen is aangeboden. Relevante beroepsgroepen werden hiertoe gericht of via aankondiging in een tijdschrift uitgenodigd. De commentaren van deze bijeenkomst zijn in de richtlijn verwerkt en samengevat in voorliggend document.

Toelichting: Dit voorbeeld komt niet in aanmerking voor de hoogste score ("Zeer Eens"), omdat het niet duidelijk is hoe de uiteindelijke aanbevelingen tot stand zijn gekomen. Waarschijnlijk betreft het een informele consensusprocedure.

Item 11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen.

De te behalen gezondheidswinst door het toepassen van de aanbevelingen dient te worden vergeleken met andere goede behandelingen. Hierbij worden de effecten op uitkomsten als kwaliteit van leven of levensduur en de schadelijke effecten en risico's besproken. Sommige richtlijnen kunnen een overzicht ('balance sheet') bevatten met een specificatie van de gezondheidswinst, schadelijke effecten en kosten van de interventies die worden besproken in de richtlijnen.

Bepaling itemscore

Bestudeer de aanbevelingen en de noot of tekst die deze onderbouwen.

Richtlijnen voor het scoren van item 11:

4: Zeer Eens	de voor- en nadelen van het toepassen van de meeste aanbevelingen zijn besproken
2-3: Eens/Oneens	de voor- en nadelen van het toepassen van sommige aanbevelingen zijn besproken
1: Zeer Oneens	de voor- en nadelen van het toepassen van de aanbevelingen wordt niet besproken in de richtlijn

Item 11: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: CBO richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen en Herpes Neonatorum, 2002.

1.1 Wat is de handelwijze (diagnostiek en behandeling) bij klachten van urethritis of bij verdenking op urethritis?

[...] Verificatie van de diagnose zou een betere therapietrouw en effectievere partnerwaarschuwing opleveren, hoewel hiervoor in de literatuur geen bewijs wordt gevonden. Een additioneel voordeel is de mogelijkheid van epidemiologische surveillance. Een adequate risicoanamnese is noodzakelijk voor een juiste inschatting van de a-priori-kans op gonorrhoe.

Infecties met *N. gonorrhoeae* komen vaker voor in specifieke seksuele netwerken (prostituees en prostituanten, mannen met homoseksuele contacten, heteroseksuelen met veel wisselende partners).

Naast correcte toepassing van de curatieve richtlijnen, vormen partnerwaarschuwing en adequate voorlichting een essentieel onderdeel van de therapie.

Conclusies

Urethritis wordt meestal veroorzaakt door *Mycoplasma*-species en/of *trachomatis*, en soms door *N. gonorrhoeae*.¹ (Niveau 3 C)

Het nut van dubbelbehandeling is meer gebaseerd op theorie en mening van deskundigen dan op aantoonbaar bewijs. (Niveau 4)

Overige overwegingen

De balans van voordelen (snelle behandeling zonder tijdsverlies, beperken complicaties, beperken infectiositeit, beperken loss-to-follow-up) en nadelen (overbehandeling, bijwerkingen, resistentieontwikkeling) van dubbelbehandeling wordt bepaald door de prevalentie van coinfecties. De NHG-standaard Urethritis bij mannen verdient aanpassing in dezen.

Aanbeveling

Bij urethritis is microbiologisch onderzoek op infectie met *C. trachomatis* en *N. gonorrhoeae* geïndiceerd. Vervolgens dient meteen gestart te worden met azitromycine (1 g eenmalig) of doxycycline (2 dd 100 mg gedurende zeven dagen).

Dubbelbehandeling met anti-gonorroïsche medicatie is slechts aangewezen indien er geen (snel-)diagnostiek wordt verricht en/of er een risico bestaat dat de patiënt niet voor follow-up verschijnt. Indien er verdenking bestaat op een infectie met *N. gonorrhoeae* (purulente afscheiding uit penis, snel optreden van klachten (2-6 dagen)) en/of een hogere a-priori-kans (bijvoorbeeld seksueel contact met prostituee, anonieme homoseksuele contacten) kan gestart worden met dubbelbehandeling voordat de uitslag van microbiologisch onderzoek bekend is.

¹ Martin DH, Bowie WR. Urethritis in males. In Holmes, Sparling, Mardh, et al. Sexually transmitted diseases. 11rd edition. New York 1999: p.833-47.

Toelichting: Dit betreft een voorbeeld van één aanbeveling waarbij een goede afweging van voor-en nadelen heeft plaatsgevonden. Voor een juist oordeel dienen alle aanbevelingen in de richtlijn op dit punt te worden beoordeeld (zie richtlijnen voor het scoren).

Item 12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijk bewijsmateriaal.

Het is van belang de aanbevelingen te koppelen aan het onderliggende wetenschappelijk bewijs. Elke aanbeveling dient gekoppeld te zijn aan een lijst met referenties waarop zij is gebaseerd of de afwezigheid van bewijs dient te zijn geëxpliciteerd.

Bepaling itemscore

Zoek en bestudeer de specifieke aanbevelingen in de richtlijn en de noot of tekst die deze onderbouwen.

Richtlijnen voor het scoren van item 12:

4: Zeer Eens	de belangrijkste aanbevelingen (of de meeste aanbevelingen) zijn expliciet gekoppeld aan het onderliggend wetenschappelijk bewijs
2-3: Eens/Oneens	sommige aanbevelingen zijn expliciet gekoppeld aan het onderliggend wetenschappelijk bewijs of de koppeling tussen de specifieke aanbevelingen en het bewijsmateriaal is onduidelijk
1: Zeer Oneens	de richtlijn geeft alleen een lijst met referenties aan het einde van het document of bespreekt het wetenschappelijk bewijs niet

NB: het gebruik van niveaus van bewijsvoering ('levels of evidence') en/of graderen van aanbevelingen is niet verplicht voor een 4 score.

Item 12: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

1) Zie voorbeeld item 11.

2) Bron: NHG-Standaard Reumatoïde Artritis. Huisarts Wet 2002; 45(10): 534-543.

Laboratoriumonderzoek

Laboratoriumonderzoek is voor het stellen van de diagnose reumatoïde artritis van weinig betekenis. Alleen indien de patiënt op basis van gegevens verkregen door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek niet geheel voldoet aan de criteria voor het stellen van de diagnose reumatoïde artritis, kan de aanwezigheid van reumafactoren de diagnose verder ondersteunen.¹³ Indien het klinisch beeld het stellen van de diagnose reumatoïde artritis rechtvaardigt, kan laboratoriumonderzoek gebruikt worden om vast te stellen of er sprake is van reumafactor-positieve of reumafactor-negatieve reumatoïde artritis. Een positieve uitslag aan het begin van de ziekte is een prognostisch ongunstig teken. Op individueel niveau is de voorspellende waarde echter gering.

In alle gevallen waarin laboratoriumonderzoek naar de aanwezigheid van reumafactoren wordt verricht, kan met een latexfixatietest of de immunochemische reumafactor(RF)-bepaling worden volstaan. De uitslag van de test dient uitgedrukt te zijn in IU/ml. Bij een concentratie >25 IU/ml (of kIU/l) is de test positief (reumafactor aantoonbaar).¹⁴

Noot 13

De richtlijnen zijn in belangrijke mate gebaseerd op besliskundige overwegingen. De latexfixatietest en de moderne immunochemische variant daarvan zijn wat sensitiever dan de (obsolete) Waaler-Rose-test, hetgeen gezien het indicatiegebied van de test van voordeel is. Bij een voorafkans van 1% op reumatoïde artritis is de voorspellende waarde van een positieve test op reumatoïde artritis (uitslag > 20 kIU/l) 14%, hetgeen betekent dat 6 van de 7 testuitslagen fout-positief zijn. Bij een voorafkans van 50% is de voorspellende waarde van een positieve uitslag 94%. Bij een nog hogere voorafkans is de voorspellende waarde van een negatieve testuitslag onvoldoende om reumatoïde artritis met voldoende zekerheid uit te sluiten.¹⁻³

1. Bampton JLM, Cawson TE, Kyle MV, Hazelman BL. Measurement of rheumatoid factors by enzyme linked immunosorbent assay (ELISA) and comparison with other methods. *Ann Rheum Dis* 1985;44:13-9.
2. Shmerling RH, Delbanco TL. The rheumatoid factor, an analysis of clinical utility. *Am J Med* 1991;91:528-34.
3. Pop P. Reumatoïde arthritis. Waarde van aanvullend onderzoek in de huisartspraktijk. *Tijdschr Huisartsgeneesk* 1996;13:411-20.

Noot 14

Hoewel de latexfixatietest een relatief simpele en goedkope test is, wordt de reumafactor (RF) test tegenwoordig doorgaans als geautomatiseerde immunochemische bepaling uitgevoerd (rate nefelometrisch of turbidometrisch). De IgM-RF-test is wat specifiekere dan de latexfixatietest; daarom kan het zinvol zijn een positieve latexfixatietest te laten volgen door deze bepaling.

Indien de uitslag van de bepaling wordt uitgedrukt in IU/ml, dus geijkt op een internationaal referentiepreparaat, worden verschillen tussen laboratoria onderling onbelangrijk. Met behulp van bovenstaande geautomatiseerde tests wordt als regel een kwantitatieve uitslag verkregen (in plaats van positief/negatief of >25 IU/ml dan wel <25 IU/ml).¹ Dit kan zinvol zijn omdat in klinisch onderzoek een verband blijkt te bestaan tussen (hoge) seropositiviteit aan het begin van de ziekte en de prognose.² Voor de IgM-RF-test gelden lagere grenswaarden.²

1. College voor zorgverzekeringen. Diagnostisch Kompas 1999/2000. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen, 1999.
2. Van der Heijde DHFM, Van Riel PLMC, Van Rijswijk MH, Van der Putte LBA. Influence of prognostic features on the final outcome in rheumatoid arthritis; a review of the literature. *Semin Arthritis Rheum* 1988;17:284-92.

Toelichting: In voorbeeld 1 worden niveau's van bewijsvoering gebruikt, in voorbeeld 2 is er sprake van een "narratieve" onderbouwing.

Item 13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.

Richtlijnen dienen onderworpen te zijn aan een extern onderzoek voordat ze worden gepubliceerd. Deze dient te zijn uitgevoerd door expert referenten die niet betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn. Een lijst van referenten en de instellingen waaraan zij verbonden zijn, dient te worden geleverd. Tevens dient de methodologie die bij de externe beoordeling is gebruikt, zoals de wijze waarop men met commentaar is omgegaan, te zijn beschreven.

Bepaling itemscore

Bestudeer de paragrafen en/of hoofdstukken die het richtlijnontwikkelingsproces beschrijven en de verantwoording.

Richtlijnen voor het scoren van item 13:

4: Zeer Eens	de richtlijn geeft duidelijke informatie over het externe beoordelingsproces, inclusief een lijst van referenten en de instellingen waaraan zij verbonden zijn
2-3: Zeer/Oneens	de richtlijn geeft aan dat ze door externe experts is beoordeeld maar geeft geen informatie over de methodologie die hierbij is gebruikt
1: Zeer Oneens	de richtlijn is niet door externe experts beoordeeld of geeft geen enkele informatie hierover

Item 13: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: NHG-Standaard Delier bij ouderen. Huisarts & Wetenschap 2003; 46(3): 141-146.

Totstandkoming

[...] In juli 2002 werd de ontwerpstandaard voor commentaar verstuurd naar vijftig huisartsen, die at random uit het NHG-ledenbestand waren getrokken. Er werden 26 commentaarformulieren retour ontvangen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten dr. H.J.W. van Marwijk, huisarts, A.C. van Loenen, ziekenhuisapotheker/klinisch farmacoloog, namens het College voor zorgverzekeringen, dr. A.J.M. Loonen, arts/klinisch farmacoloog, namens het Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers, dr. R.J. Teunisse, psychiater, E.H. Verhagen, huisarts-consulent palliatieve zorg IKMN, prof. Dr. C. van Weel, hoogleraar huisartsgeneeskunde, de werkgroep Probleemgedrag van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen en de Commissie Kwaliteit van de Nederlandse Vereniging voor Sociale Geriatrie. Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de Standaard inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

Item 14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.

Aangezien richtlijnen het meest actuele wetenschappelijk bewijsmateriaal behoren weer te geven, zullen ze regelmatig moeten worden herzien en bijgewerkt. De richtlijn dient derhalve een duidelijke uitspraak te bevatten over de herzieningsprocedure, hetgeen de geldigheidsduur van de richtlijn, de taken en verantwoordelijkheden en de gebruikte methoden kan betreffen.

Bepaling itemscore

Bestudeer de openingsparagraaf, de paragrafen die het ontwikkelingsproces beschrijven en de slotparagrafen of -hoofdstukken.

Richtlijnen voor het scoren van item 14:

4: Zeer Eens	de richtlijn geeft duidelijke informatie over de herzieningsprocedure en er is een geldigheidsduur gegeven
2-3: Eens/Oneens	de richtlijn geeft informatie over de herzieningsprocedure maar deze is niet duidelijk of er is geen geldigheidsduur gegeven
1: Zeer Oneens	de richtlijn geeft geen enkele informatie over de herzieningsprocedure

Item 14: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Chronisch hartfalen 2002.

Herziening

Uiterlijk in 2007 bepaalt de commissie Kwaliteit van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie als eerstverantwoordelijke voor de inhoud van deze richtlijn of de richtlijn als geheel nog actueel is. Echter, tot die tijd wordt de richtlijn in een door deze commissie te bepalen frequentie getoetst aan de wetenschappelijke ontwikkelingen. De commissie kan bovendien het initiatief nemen tot het voorstellen van amendementen aan de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie.

Uiteraard kunnen de (leden van) wetenschappelijke en beroepsverenigingen die deelnamen aan de ontwikkelingen van deze richtlijn en ook andere zorgverleners aan de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie kenbaar maken dat de richtlijn niet (meer) adequaat of actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om (delen van) de richtlijn te herzien.

HELDERHEID EN PRESENTATIE**Item 15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig.**

Naast het wetenschappelijk proces heeft ook het taalgebruik een belangrijke invloed op de acceptatie en toepassing van de aanbevelingen. De aanbevelingen en de verschillende beleidsopties dienen begrijpelijk, specifiek en helder te zijn gepresenteerd. Elke aanbeveling dient aan te geven welk beleid geschikt is in bepaalde situaties bij een bepaalde patiëntengroep. In geval van twijfel over het beste beleid, dient dit duidelijk te zijn vermeld.

Bepaling itemscore

Zoek en bestudeer de aanbevelingen in de richtlijn.

Richtlijnen voor het scoren van item 15:

4: Zeer Eens	de meeste aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig
2-3: Eens/Oneens	sommige aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig
1: Zeer Oneens	de meeste aanbevelingen zijn niet specifiek en ondubbelzinnig

Item 15: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

1) Bron: CBO-richtlijn Osteoporose (tweede herziening), 2002.

2.5. Aanbevelingen met betrekking tot risicofactoren en case-finding

De bevolking bestaat uit personen met een hoog en een laag risico op fracturen. Het gemiddelde risico in de algemene bevolking wordt gesteld op 1. Personen met een laag risico (risicofactoren ontbreken) hebben dus een risico lager dan 1. Het fractuurrisico bij personen zonder risicofactoren kan men stellen op 0,5. Het gebruik van alleen de BMD-meting in het bepalen van de kans op een osteoporotische fractuur heeft een hoge specificiteit, maar een lage sensitiviteit. De lage sensitiviteit (ongeveer 50%) betekent dat de helft van alle osteoporotische fracturen zal optreden in de groep die niet valt binnen het door de WHO geformuleerde BMD-criterium voor osteoporose (T-score < -2,5). De werkgroep beveelt het gebruik van de botmineraaldichtheidsmeting dan ook alleen aan in het kader van case-finding en niet voor screening van de populatie. Leeftijd is de belangrijkste risicofactor en de aanbevelingen worden naar leeftijd gerangschikt (leeftijd telt niet meer mee als extra risicofactor). In *tabel 2.4* staan de risicofactoren vermeld die de werkgroep in het kader van de case-finding aanbeveelt. Tevens is een schatting van het fractuurrisico gegeven. Deze schattingen zijn aan de voorzichtige kant. Positieve familieanamnese moet worden beperkt tot eerstegraads familie, met name heupfractuur bij de moeder.

Tabel 2.4 Risicofactoren in het kader van casefinding met een schatting van het fractuurrisico.

<i>Risicofactor</i>	<i>Fractuurrisico</i>
Fractuur na 50e levensjaar	x 2,0
Bestaande wervelfractuur	x 4,0
<i>Overige risicofactoren:</i>	
Positieve familieanamnese (in het bijzonder heupfractuur bij moeder)	x 1,5
Laag lichaamsgewicht (< 67 kg)	x 1,5
Laag lichaamsgewicht (< 60 kg)	x 2,0
Ernstige immobiliteit	x 2,0
Gebruik van corticosteroïden (≥ 7,5 mg prednison (equivalent) per dag)	x 2,0

Op grond van rationele overwegingen (deels gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek) komt de werkgroep tot de volgende aanbevelingen betreffende risicofactoren en case-finding:

Aanbeveling 1

Het wordt aanbevolen om een botdichtheidsmeting te overwegen bij vrouwen van 50 jaar en ouder bij een doorgemaakte fractuur na de leeftijd van 50 jaar.

Aanbeveling 2

Het wordt aanbevolen om een botdichtheidsmeting te overwegen bij vrouwen van 60 jaar en ouder bij drie van de volgende risicofactoren en bij vrouwen van 70 jaar en ouder bij twee van de volgende risicofactoren: positieve familieanamnese, laag lichaamsgewicht en ernstige immobiliteit.

Aanbeveling 3

Het wordt aanbevolen om een botdichtheidsmeting te overwegen bij vrouwen met een wervelfractuur ongeacht de leeftijd.

Aanbeveling 4

Een botdichtheidsmeting kan achterwege worden gelaten wanneer op basis van meerdere aanwezige risicofactoren cq. doorgemaakte fracturen al tot behandeling van osteoporose is besloten.

Aanbeveling 5

Vrouwen met een osteoporotische wervelfractuur of heupfractuur onder het 50^e levensjaar en mannen met een osteoporotische wervelfractuur of heupfractuur onder het 65^e levensjaar, dienen voor nadere evaluatie van de onderliggende oorzaak naar de tweede lijn te worden verwezen.

2) Bron NHG-Standaard Reumatoïde Artritis. *Huisarts Wet* 2002; 45(10): 534-543.

Pijnbestrijding met NSAID's

In de diagnostische fase kan begonnen worden met een NSAID; bij patiënten zonder verhoogde kans op het krijgen van gastro-intestinale complicaties (zie later) gaat de voorkeur uit naar ibuprofen, naproxen of diclofenac.¹⁹ Start met een hoge dosering (ibuprofen viermaal daags 600 mg, naproxen tweemaal daags 500 mg of diclofenac driemaal daags 50 mg) en bouw deze na 4 weken op geleide van de pijnklachten af tot onderhoudsdosering. Gebruik van een langwerkend preparaat voor de nacht kan de ochtendstijfheid gunstig beïnvloeden.

Omdat de individuele reactie op NSAID's uit verschillende groepen vaak sterk uiteenloopt, kan bij onvoldoende reactie op ibuprofen of naproxen na enkele weken diclofenac worden geprobeerd of omgekeerd, diclofenac bij onvoldoende resultaat worden vervangen door een van de twee eerstgenoemde middelen. Geadviseerd wordt niet meer dan twee NSAID's te proberen.

Later, als de reumatoïde artritis in een stabiele fase is terechtgekomen, kan worden getracht het gebruik van NSAID's af te bouwen of de middelen alleen 'zo nodig' te gebruiken.

Ter vermindering van de kans op gastro-intestinale complicaties kan bij aanwezigheid van risicofactoren (zie onder) worden overwogen een NSAID te combineren met een protonpompremmer, misoprostol of een hooggedoseerde H2-antagonist, of worden overgegaan op één van de selectieve COX-2-remmers. Omdat er nog betrekkelijk weinig ervaring is met de laatstgenoemde middelen, is er niet veel bekend over langetermijneffecten en mogelijk ernstige bijwerkingen. Het beleid hierin loopt tussen de behandelaars uiteen en zal zich de komende jaren waarschijnlijk verder uitkristalliseren.^{noot 20}

Als risicofactoren voor het optreden van gastro-intestinale complicaties van NSAID's bij patiënten met reumatoïde artritis gelden: een hogere leeftijd (in de praktijk vanaf 70 jaar), een ulcus, perforatie of gastro-intestinale bloeding in de voorgeschiedenis en gelijktijdig gebruik van anticoagulantia of corticosteroiden en in mindere mate gebruik van laag gedoseerd (tot en met 100 mg per dag) acetylsalicylzuur.^{noot 21}

Toelichting: Dit betreffen twee voorbeelden met een selectie van aanbevelingen die specifiek en ondubbelzinnig zijn geformuleerd. Voor een juist oordeel dienen alle aanbevelingen in de richtlijn op dit punt te worden beoordeeld (zie richtlijnen voor het scoren).

Item 16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.

Voor sommige aanbevelingen kunnen verschillende beleidsopties worden overwogen. De keuzemogelijkheden of alternatieven dienen duidelijk in de richtlijn vermeld te zijn.

Bepaling itemscore

Bestudeer de aanbevelingen en het wetenschappelijk bewijs waarop zij zijn gebaseerd.

Richtlijnen voor het scoren van item 16:

4: Zeer Eens	verschillende beleidsopties worden besproken als antwoord op de vragen die in de richtlijn aan de orde komen. Als verschillende opties worden aanbevolen, dan worden zij helder uiteengezet
2-3: Eens/Oneens	verschillende beleidsopties worden genoemd als antwoord op sommige vragen die in de richtlijn aan de orde komen, doch zij zijn niet helder uiteengezet
1: Zeer Oneens	de richtlijn bespreekt geen verschillende beleidsopties

Item 16: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

1) Bron: CBO richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen en Herpes Neonatorum, 2002.

Aandoening	Diagnostiek	Therapie	Opmerkingen
<p>Chlamydia trachomatis (CT)</p> <p><i>Actief testen aanbevolen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - bezoekers soa-poli's (standaard) en abortusklinieken - partners van geïnfecteerde personen - risicogedrag <p><i>Actief testen ter overweging:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - jonge personen (<30 jr) van Surinaams/Antilliaanse afkomst - jonge vrouwen (<25 jr) met nieuwe relatie 	<p>Bij klachten:</p> <p>amplificatietechniek op cervix en urethra-uitstrijk (vrouwen)</p> <p>urethra-uitstrijk óf 1^e straals urine (mannen)</p> <p>Bij screening:</p> <p>amplificatietechniek op 1^e straals urine</p>	<p>Ongecompliceerde CT-infectie:</p> <p>axitromycine 1 gram eenmalig p.o.</p> <p>(2^e keus: doxycyline 2dd100 mg 7 dgn p.o.)</p> <p>Indien zwanger:</p> <p>amoxicilline 3dd500 mg 7 dgn p.o.</p>	<p>PID uitsluiten</p> <p>Partners afgelopen 6 maanden waarschuwen</p> <p>Voorlichting veilig vrijen</p> <p>Controle test (na \geq 3 weken) alleen bij zwangeren of bij onrust/persisterende klachten</p>

2) Zie item 15, voorbeeld 2.

Item 17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.

Gebruikers van de richtlijn dienen de aanbevelingen die antwoord geven op de belangrijkste klinische vragen eenvoudig te vinden. De richtlijn dient logisch te zijn opgebouwd met duidelijke koppen en aanwijzingen. Sommige aanbevelingen kunnen een complexe beslisboom bevatten met meerdere mogelijkheden. De presentatie hiervan dient duidelijk te zijn, bijvoorbeeld in de vorm van een stroomschema, eventueel in elektronisch format.

Bepaling itemscore

Bestudeer de klinische inhoud van de richtlijn.

Richtlijnen voor het scoren van item 17:

4: Zeer Eens	alle kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen
2-3: Eens/Oneens	de kernaanbevelingen zijn te herkennen maar niet gemakkelijk
1: Zeer Oneens	er zijn geen kernaanbevelingen

Item 18. De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen.

Er zijn verschillende manieren om een richtlijn te presenteren. Een volledig richtlijndocument wordt in de praktijk waarschijnlijk niet gebruikt vanwege de grote omvang. Daarom is het nodig de richtlijn samen te vatten in een meer handzaam formaat voor gebruikers. Voorbeelden van hulpmiddelen zijn een samenvattingsdocument, onderwijs- en nascholingsmateriaal, patiëntenfolders en computerondersteuning.

Bepaling itemscore

Bestudeer de paragrafen of hoofdstukken over de disseminatie en implementatie van de richtlijn en - indien beschikbaar - de specifieke middelen die bij de richtlijn zijn geleverd ter ondersteuning van de disseminatie en implementatie.

Richtlijnen voor het scoren van item 18:

4: Zeer Eens	de toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met verschillende hulpmiddelen, bijvoorbeeld een samenvattingsdocument, patiëntenfolders en computerhulpmiddelen
2-3: Eens/Oneens	de richtlijn wordt alleen ondersteund met een samenvattingsdocument. De bruikbaarheid hiervan bepaalt of er een 3 of een 2 wordt toegekend.
1: Zeer Oneens	de toepassing van de richtlijn wordt met geen enkel hulpmiddel ondersteund

Item 18: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bij alle NHG-Standaarden wordt een geplastificeerd samenvattingskaartje geleverd (zie onderstaand voorbeeld). De standaard Anemie is ook vergezeld van een algoritme (zie voorbeeld bij item 17).

In het algemeen geldt dat bij de meeste NHG-Standaarden ook deskundigheidspakketten zijn verschenen voor nascholingsdoeleinden. Daarnaast zijn er vele patiëntenbrieven en –folders gepubliceerd, gebaseerd op de standaarden, ter ondersteuning van de informatievoorziening aan patiënten. Tot slot is er een Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) dat geïntegreerd kan worden in het huisartsinformatiesysteem en computerondersteuning biedt bij het voorschrijven van medicatie volgens de richtlijnen.

Bron. NHG-Standaard Diagnostiek van mammacarcinoom. Huisarts Wet 2002; 45(9): 466-472.

DIAGNOSTIEK VAN MAMMARCINOOM NHG-STANDAARD (samenvatting)**DE ROL VAN DE HUISARTS BIJ HET BEVOLKINGSONDERZOEK NAAR BORSTKANKER**

- De huisarts ontvangt bericht bij verdenking op maligniteit.
- Indien de vrouw geen contact opneemt, zoekt de huisarts contact.
- De huisarts draagt zorg voor verwijzing, bij voorkeur naar een mammateam/-poli.
- De huisarts meldt de verwijzing aan de screeningsorganisatie.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK BIJ KLACHTEN OF AFWIJKINGEN

- Bij aanwijzingen voor maligniteit (onregelmatige of slecht afgrensbare tumor, een tumor vast aan de huid en/of onderlaag, schilfering of eczeem van de tepel, huid- en/of tepelintrekking, regionale lymfeklierzwellings, non-puerperale mastitis):
 - directe verwijzing naar een chirurg of mammateam/-poli.
- Bij lokale, palpabele afwijking en geen aanwijzing voor maligniteit:
 - mammografie (tenzij de afwijking verdwenen is in een andere fase van de cyclus);
 - indien verdacht: verwijzing chirurg of mammateam/-poli;
 - indien gunstig: controle na drie maanden; indien nog aanwezig of groter: alsnog verwijzing.
- Borsten voelen diffuus knobbelig aan: indien bij palpatie onzekerheid bij vrouwen > 30 jaar:
 - mammografie.
- De vrouw voelt een knobbeltje, de huisarts niet:
 - controle na twee weken; als de vrouw iets blijft voelen: alsnog mammografie; bij aanhoudende klachten verwijzing naar een chirurg of mammateam/-poli.
- Er is gelokaliseerde pijn/gevoeligheid in een borst:
 - controle na twee weken en bij aanhoudende klachten na drie maanden; indien de klachten persisteren: mammografie.
- Bij diffuus pijnlijke/gevoelige borsten:
 - geen indicatie voor mammografie.
- Bij éénzijdige tepeluitvloed, bruin of bloederig:
 - verwijzing naar chirurg of mammateam/-poli.
- Bij één- of dubbelzijdige tepeluitvloed, helder of melkachtig:
 - geen indicatie voor mammografie of verwijzing.

Toelichting: Dit voorbeeld betreft de tekst van één zijde van het kaartje, op de andere zijde worden de richtlijnen voor diagnostiek bij familiale belasting samengevat

TOEPASSING

Item 19. De mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken.

Het toepassen van de aanbevelingen kan veranderingen vereisen in de organisatie van de zorg binnen een instelling of praktijk, bijvoorbeeld het opzetten van multidisciplinaire stroke-units of maatregelen voor het organiseren van gedeelde zorg bij patiënten met astma of diabetes. Deze veranderingen kunnen een belemmering vormen om de aanbevelingen in de dagelijkse praktijk toe te passen en dienen te worden besproken in de richtlijn.

Bepaling itemscore

Bestudeer de paragrafen of hoofdstukken over de disseminatie en implementatie van de richtlijn of – indien beschikbaar – aanvullende documenten met specifieke plannen of strategieën voor de implementatie van de richtlijn.

Richtlijnen voor het scoren van item 19:

4: Zeer Eens	de mogelijke organisatorische belemmeringen worden in detail besproken en de richtlijn draagt concrete oplossingen aan
2-3: Eens/Oneens	de mogelijke organisatorische belemmeringen worden alleen in algemene zin besproken
1: Zeer Oneens	de mogelijke organisatorische belemmeringen worden niet besproken

Item 19: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

1) Bron: CBO-richtlijn Decubitus (tweede herziening), 2002.

In deze richtlijn wordt een heel hoofdstuk (12 pagina's) gewijd aan de organisatie en worden enkele specifieke instellingen en situaties besproken waarin decubituspreventie en – behandeling een plaats moet vinden. Het betreft de thuiszorg, verpleeghuizen, ouderen- en revalidatiecentra. Tevens wordt ingegaan op de problemen rond de verstrekking van anti-decubitusmaterialen in de verschillende inrichtingsvormen en in de transmurale zorg.

2) Bron: Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON). Richtlijn Behandeling van het mammacarcinoom, 2002.

Organisatie van behandeling, begeleiding, follow-up

De behandeling van het mammacarcinoom (primair of recidief) geschiedt volgens een vastgelegd protocol (de lokale vertaalslag van de vigerende richtlijn).

Het specifieke behandelplan voor een patiënte dient in overleg opgesteld te worden door de chirurg, in samenspraak met de radiotherapeut, patholoog en internist. Het opzetten van een multidisciplinaire polikliniek biedt de mogelijkheid desgewenst een patiënte gezamenlijk te zien.

Van belang voor de begeleiding van de patiënte is de aanwezigheid van een mammacareverpleegkundige op deze multidisciplinaire polikliniek.

Teneinde tot een goede afstemming en planning te kunnen komen, is het cruciaal dat het mammateam op een vast tijdstip in de werkweek vergadert om diagnoses en behandelplannen per patiënte te bespreken. Of dit wekelijks haalbaar is hangt in grote mate af van het potentieel aan professionals, maar er dient ten minste naar gestreefd te worden dit overleg met een zekere regelmaat te doen plaatsvinden.

Aan de patiënten dient, na het stellen van de diagnose en het opstellen van het behandelplan, voldoende tijd, informatie en steun gegeven te worden om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen over hun behandeling. Daarbij hoort overleg met de relevante specialisten en de mammacare-verpleegkundige over de verschillende mogelijkheden. De behandelend arts moet ervoor zorgdragen dat de huisarts goed geïnformeerd is over de diagnose, het behandelplan en eventuele bijwerkingen, opdat ook hij de patiënte kan begeleiden.

Alle behandelaars van patiënten met een mammacarcinoom zijn lid van het zogenaamd mammateam, een geformaliseerd samenwerkingsverband van chirurg, internist, patholoog, radioloog en radiotherapeut. Deze dienen aantoonbare ervaring, kennis van en interesse in de diagnostiek en behandeling van mammalaesies te hebben. Hun werkwijzen moeten op elkaar zijn afgestemd, met wederzijdse instemming tot stand zijn gekomen en zijn vastgelegd in protocollen. Verslaglegging van bevindingen en besluiten moet plaatsvinden op een wijze die regelmatige evaluatie van de uitkomsten van zorg mogelijk maakt.

Een dergelijke specialistische benadering beïnvloedt het behandelingsresultaat in positieve zin.

Het verdient aanbeveling in de organisatie ook een gespecialiseerd mammaverpleegkundige op te nemen. Deze heeft de opleiding 'oncologieverpleegkundige' of 'mammacare-verpleegkundige'

met succes afgerond en kan ingeschakeld worden bij:

- het verlenen van zorg aan patiënten met mammacarcinoom;
- het coördineren van de zorgverlening voor deze specifieke groep patiënten;
- het bevorderen van deskundigheid van verpleegkundigen;
- het verlenen van consulten m.b.t. deze specifieke patiëntengroep.

Item 20. De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen.

Soms zijn er aanvullende investeringen nodig alvorens de aanbevelingen kunnen worden toegepast. Aangezien het gezondheidszorgbudget beperkt is en de kosten stijgen, dienen de kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen te zijn besproken.

Bepaling itemscore

Bestudeer de paragrafen of hoofdstukken over de disseminatie en implementatie van de richtlijn of - indien beschikbaar - aanvullende documenten met specifieke plannen of strategieën voor de implementatie van de richtlijn. Sommige richtlijnen bespreken de kostenimplicaties in de paragrafen over het wetenschappelijk bewijs en de overwegingen achter de aanbevelingen.

Richtlijnen voor het scoren van item 20:

4: Zeer Eens	de mogelijke kostenimplicaties worden in detail besproken
2-3: Eens/Oneens	de mogelijke kostenimplicaties worden in algemene zin besproken
1: Zeer Oneens	de mogelijke kostenimplicaties worden niet genoemd

Item 20: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

1) Bron: CBO-richtlijn Osteoporose (tweede herziening), 2002.

In deze richtlijn wordt een heel hoofdstuk (14 pagina's) gewijd aan de evaluatie van de kosten en effecten van interventies bij osteoporose. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de incidentiegegevens en van de gegevens over kosten en verlies aan kwaliteit van leven zoals beschreven in het eerste hoofdstuk. Het gehanteerde model houdt rekening met de incidentie, de algemene sterfte, de oversterfte ten gevolge van heupfracturen, het relatieve risico van de doelgroep ten opzichte van de gehele bevolking, de effectiviteit van de interventie en de kosten. De noodzakelijke aannames worden eveneens beschreven.

In een bijlage worden 24 tabellen gepresenteerd met de maximale kosten voor een kosteneffectieve interventie onder bepaalde aannames.

2) Bron: CBO-richtlijn Decubitus (tweede herziening), 2002.

In deze richtlijn wordt in een bijlage de kosten van decubituspreventie en -behandeling besproken. Eerst wordt een overzicht gegeven van de kosteninformatie uit de wetenschappelijke literatuur. Vervolgens wordt verslag gedaan van empirisch onderzoek naar de jaarlijkse kosten van decubitus in verschillende typen zorginstellingen in Nederland. Tot slot wordt ook aandacht besteed aan de invloed van de wijze van financieren van middelen op de preventie van decubitus.

Item 21. De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan of de richtlijn wordt gevolgd.

Het meten van de naleving van de richtlijn kan haar gebruik bevorderen. Dit vereist helder gedefinieerde criteria die zijn afgeleid van de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn. De richtlijn dient een lijst met criteria te geven waarmee de toepassing van de aanbevelingen kan worden gemeten en getoetst. Waar mogelijk dienen deze gekoppeld te zijn aan gegevensbestanden die routinematig worden verzameld in ziekenhuizen of huisartspraktijken.

Bepaling itemscore

Bestudeer de paragrafen of hoofdstukken over het meten en nagaan van het gebruik van de richtlijn, of – indien beschikbaar – aanvullende documenten met specifieke plannen of strategieën voor het evalueren van het gebruik van de richtlijn.

Richtlijnen voor het scoren van item 21:

4: Zeer Eens	de richtlijn geeft toetsingscriteria afgeleid van de kernaanbevelingen
2-3: Eens/Oneens	de richtlijn bespreekt de evaluatie van de richtlijn in de praktijk maar geeft geen toetsingscriteria
1: Zeer Oneens	richtlijn geeft geen toetsingscriteria en de evaluatie van de richtlijn in de praktijk wordt niet besproken

Item 21: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: CBO-richtlijn Decubitus (tweede herziening), 2002.

In deze richtlijn wordt een heel hoofdstuk (10 pagina's) gewijd aan het sturen van de decubituszorg met indicatoren. Een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening die een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit ervan. Vaak worden richtlijnen gebruikt als bronnen voor het ontwikkelen van indicatoren. In de CBO-richtlijn Decubitus worden zowel proces- als uitkomstindicatoren gegeven, bijvoorbeeld voor de fase van behandeling.

Fase van behandeling

Procesindicator

- De op de decubitusgraad van de patiënt, juist (toegepaste) behandeling.
- De norm is 100%.
- De breuk is:

$$B_P = L_{TOT+beh} / L_{TOT}$$

Waarbij:

- B_P = Behandeling Procesindicator;
 $L_{TOT+beh}$ = Het aantal decubitusletsels die een op de decubitusgraad geïndiceerde behandeling ontvangen;
 L_{TOT} = Het totaal aantal decubitusletsels.

- De gegevens dienen terug te vinden te zijn in de rapportage.

Uitkomstindicator

- Het aantal patiënten dat ondanks de juiste behandeling, langer dan gemiddeld (in de instelling/landelijk) over het genezen van hun decubitus doen.
- De norm is 0%.
- De breuk is:

$$B_U = L_{gemtijdhoog} / L_{TOT}$$

Waarbij:

- B_U = Behandeling Uitkomstindicator;
 $L_{gemtijdhoog}$ = Het aantal decubitusletsels die gezien hun graad van decubitus langer dan het gemiddelde (van de instelling/landelijk) over hun decubitusgenezing doen;
 L_{TOT} = Het totaal aantal decubitusletsels

- Hierbij wordt de decubitusgenezingstijd gemeten op de afdeling. De instellingsgemiddelden of de landelijke gemiddelden kunnen als benchmark (vergelijking) dienen. De gegevens dienen terug te vinden te zijn in de rapportage. Van genezing is sprake wanneer geen granulatieweefsel meer zichtbaar is. Niet-wegdrukbaar roodheid kan dan nog wel twee jaar duren, maar is na genezing geen decubitus. De plek moet dan wel altijd worden gezien als een plek met verhoogd risico en daarop de juiste preventieve maatregelen worden genomen.

ONAFHANKELIJKHEID VAN DE OPSTELLERS

Item 22. De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie.

Sommige richtlijnen worden ontwikkeld met steun van externe financiering (bijv. overheid, charitatieve instellingen, farmaceutische bedrijven). Deze steun kan een financiële bijdrage zijn voor een gehele richtlijnontwikkeling, of voor onderdelen ervan, bijv. het drukken van de richtlijnen. Er dient expliciet aangegeven te zijn dat de opvattingen of belangen van de financierende instantie de uiteindelijke aanbevelingen niet hebben beïnvloed.

Bepaling itemscore

Bestudeer de paragrafen of hoofdstukken die ontwikkelingsproces beschrijven en de verantwoording.

Richtlijnen voor het scoren van item 22:

4: Zeer Eens	de richtlijn vermeldt expliciet dat zij niet is beïnvloed door de financierende instantie of dat zij werd ontwikkeld zonder externe financiering
2-3: Eens/Oneens	de richtlijn noemt de financierende instantie maar het is niet duidelijk wat de invloed was op de totstandkoming van de uiteindelijke aanbevelingen
1: Zeer Oneens	de richtlijn geeft geen enkele informatie over de financierende instantie of de organisatie die verantwoordelijk is voor de richtlijn

Item 22: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON). Richtlijn Behandeling van het mammacarcinoom, 2002.

Deze richtlijn is ontwikkeld op initiatief van Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON) en de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO), in het kader van het programma 'Ontwikkelen en implementeren van medisch-specialistische richtlijnen' van de Orde van Medisch Specialisten (OMS). *Zie verder voorbeeld bij item 4.*

Item 23. Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd.

Onder bepaalde omstandigheden kunnen sommige leden van de richtlijnwerkgroep in een positie zitten die conflicteert met hun betrokkenheid in de werkgroep. Alle werkgroepleden dienen daarom een verklaring over hun belangen af te leggen, en potentiële leden met bijzondere persoonlijke belangen (bijv. aandeelhouders of consultants van farmaceutische bedrijven die een product maken dat relevant is voor de richtlijn) zouden niet in aanmerking moeten komen voor deelname aan de werkgroep.

Bepaling itemscore

Bestudeer de paragraaf over de richtlijnwerkgroep en de verantwoording.

Richtlijnen voor het scoren van item 23:

4: Zeer Eens	de richtlijn noemt de conflicterende belangen van de werkgroepleden of verklaart deze te hebben vastgelegd met behulp van standaardformulieren
2-3: Eens/Oneens	de richtlijn verklaart dat de werkgroep geen conflicterende belangen heeft maar geeft niet aan hoe deze zijn vastgelegd
1: Zeer Oneens	de richtlijn geeft geen informatie over de conflicterende belangen van de werkgroepleden

Item 23: Voorbeeld van een goede score ('Eens' of 'Zeer Eens')

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Chronisch hartfalen 2002.

Onafhankelijkheid werkgroepleden

De werkgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en waren vrij van financiële of zakelijke belangen betreffende het onderwerp van de richtlijn.

4. Instructies voor algemeen oordeel

Het AGREE Instrument geeft criteria om de kwaliteit van klinische richtlijnen te beoordelen. Deze betreffen vooral de methoden die zijn gebruikt voor het ontwikkelen van de richtlijn en de kwaliteit van de verslaglegging. Voor een algemeen oordeel over de bruikbaarheid van de richtlijn dient echter ook rekening te worden gehouden met de klinische inhoud van de aanbevelingen, lokaal toegepast, en de impact op patiëntuitkomsten. Zowel de wetenschappelijke aspecten van het ontwikkelingsproces als de praktische overwegingen bij het toepassen van de richtlijn spelen hierbij een rol.

Totstandkoming algemeen oordeel

De beoordelaar dient zijn/haar oordeel te baseren op de richtlijn als geheel en op de individuele itemscores. Het is niet waarschijnlijk dat een richtlijn hoog scoort op alle items en domeinen. Het aantal hoogscorende items en de balans tussen de domeinen kunnen helpen bij de totstandkoming van een algemeen oordeel.

Richtlijnen voor een algemeen oordeel:

Sterk aan te bevelen	De richtlijn scoort hoog (3 of 4) op de meerderheid van de items en de meeste domeinscores zijn hoger dan 60%. Dit betekent dat de richtlijn een hoge kwaliteit heeft en dat ze zonder meer kan worden aanbevolen voor gebruik in de praktijk.
Aan te bevelen (<i>onder voorwaarden of met veranderingen</i>)	De richtlijn scoort hoog (3 of 4) of laag (1 of 2) op een vergelijkbaar aantal items en de meeste domeinscores liggen tussen de 30 en 60%. Dit betekent dat de richtlijn een matige kwaliteit heeft. Dit zou ook kunnen komen door onvoldoende of gebrek aan informatie over sommige items. Indien de richtlijn op bepaalde punten wordt bijgesteld en voldoende informatie wordt gegeven over het ontwikkelingsproces, kan de richtlijn nog steeds geschikt zijn voor gebruik in de praktijk, met name als er geen andere richtlijnen over hetzelfde klinische onderwerp beschikbaar zijn.
Niet aan te bevelen	De richtlijn scoort laag (1 of 2) op de meerderheid van de items en de meeste domeinscores zijn lager dan 30%. Dit betekent dat de richtlijn een lage kwaliteit en ernstige tekortkomingen heeft. Daarom dient ze niet te worden aanbevolen voor gebruik in de praktijk.

5. Register

Belanghebbenden kunnen breed worden gedefinieerd als individuen of groepen die direct belang hebben bij de richtlijnen en die betrokken zijn bij één of meerdere fasen van het richtlijnontwikkelingsproces (afgeleid van definitie NICE, 2001).¹

Beoordeling ('appraisal') kan worden gedefinieerd als een schatting van de waarde volgens bepaalde criteria om tot een weloverwogen besluit te komen.^{2,3}

Consensus is een proces waarbij collectieve kennis en informatie wordt gegenereerd voor het opstellen van aanbevelingen in gevallen waarbij men in staat van onzekerheid verkeert. In de context van richtlijnontwikkeling kan dit met behulp van diverse methoden worden bereikt.⁴

Disseminatie is de communicatie van de richtlijnen naar de beoogde gebruikers ten einde hun kennis en vaardigheden te verbeteren.⁵ Verschillende media kunnen worden gebruikt zoals professionele tijdschriften, massa media, conferenties, (na)scholingscursussen of lokale opinieleiders.

Documentatie is alle beschikbare achtergrondinformatie over het richtlijnontwikkelingsproces en de plannen voor implementatie en evaluatie van de richtlijn. Dit kan in de richtlijn zelf zijn gedocumenteerd maar ook in begeleidende stukken zoals publicaties, technische rapporten of beleidsverslagen.

Doelpopulatie is de patiënt populatie waarop de aanbevelingen in de richtlijn van toepassing zijn.⁶

Evidence-based richtlijnen: zie wetenschappelijk bewijs ('evidence')

Externe beoordeling ('review') is het proces waarbij de conceptrichtlijn voorafgaand aan de publicatie kritisch wordt bekeken door onafhankelijke experts. Het commentaar van de referenten wordt besproken in de richtlijnwerkgroep en kan leiden tot aanpassingen in de richtlijn. Dit proces bevordert in het algemeen de betrouwbaarheid (validiteit) van de richtlijn en de kans dat patiënten daadwerkelijk voordeel zullen hebben bij de toepassing van de richtlijn.^{1,6}

Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg.⁷ In een functioneel programma worden vaak een aantal implementatiestrategieën gecombineerd. Het kan hierbij gaan om interventies gericht op zorgprofessionals (bijv. visitatie, toetsing (audit), feedback, reminders), organisatorische en financiële interventies.⁸

Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de mate van kwaliteit van die zorg.⁹

Kernaanbevelingen zijn aanbevelingen die antwoord geven op de belangrijkste klinische vragen die in de richtlijn aan de orde komen.

Een **klinische richtlijn** is een document met systematisch ontwikkelde aanbevelingen ter ondersteuning van hulpverleners en patiënten bij beslissingen over gepaste zorg in specifieke klinische situaties (afgeleid van IOM, 1992).¹⁰

Kwaliteit van klinische richtlijnen is het vertrouwen dat potentiële vertekening bij richtlijnontwikkeling adequaat is behandeld en dat de aanbevelingen zowel intern als extern valide zijn en haalbaar zijn in de praktijk.¹¹

'Pilot testing' is het proces waarbij de conceptrichtlijn en de toepassing van de aanbevelingen vóór publicatie wordt getest in de lokale praktijk. Problemen bij het gebruik van de richtlijn (bijv. complexiteit, gebrek aan vaardigheden, organisatorische belemmeringen, negatieve reacties van patiënten) worden vastgelegd en besproken door de richtlijnwerkgroep, hetgeen kan leiden tot aanpassingen in de richtlijn. Dit proces bevordert in het algemeen de betrouwbaarheid (validiteit) en haalbaarheid van de uiteindelijke richtlijn en de kans dat de richtlijn met succes wordt geïmplementeerd in de lokale praktijk ten behoeve van goede patiëntenzorg.^{1,6}

Toepasbaarheid is de mate waarin een richtlijn in de praktijk kan worden gebruikt door de doelgroep. Dit kan worden beïnvloed door factoren als a) de complexiteit van de richtlijn, b) de behoefte aan nieuwe kennis of vaardigheden, c) de behoefte aan organisatorische veranderingen of aanvullende middelen, d) de

REGISTER

overeenstemming met bestaande normen en waarden in de praktijk, en e) de acceptatie van de richtlijn door patiënten.¹²

Toepassing is het gebruik van richtlijnen in de klinische praktijk. Voor effectief gebruik van richtlijnen zijn adequate disseminatie en implementatie strategieën noodzakelijk. Hulpmiddelen als een 'quick reference guide', computerondersteuning en patiëntenfolders kunnen de toepassing bevorderen.

Toetsing ('audit') is een systematische, kritische analyse van de kwaliteit van medische zorg. Dit betreft de diagnostisch en therapeutische procedures, het gebruik van middelen en de resulterende patiëntuitkomsten en kwaliteit van leven.¹³

Toetsingscriteria ('review criteria') zijn systematisch ontwikkelde stellingen die kunnen worden gebruikt bij het vaststellen van de kwaliteit en geschiktheid van specifieke beslissingen, diensten en instellingen, en uitkomsten in de gezondheidszorg.¹⁰

Wetenschappelijk bewijs ('evidence') is een verzameling van empirische observaties over de mogelijke relatie tussen bepaalde gebeurtenissen.¹⁴ Bronnen van bewijs zijn (1) bevindingen en resultaten van klinisch, patiëntgebonden onderzoek en fysiologische experimenten en (2) de niet-systematische observaties van individuele zorgverleners. **Evidence-based richtlijnen** zijn ontwikkeld door gebruik te maken van systematische methoden en expliciete criteria bij het evalueren van het bewijs voor klinische effectiviteit en door de aanbevelingen te koppelen aan de kwaliteit van het onderliggende bewijsmateriaal.¹⁵ De **kwaliteit van het bewijs** is gerelateerd aan de mate waarin alle aspecten van onderzoek zijn beschermd tegen systematische vertekening ('bias'), niet-systematische vertekening, en afgeleide fouten.¹⁶

Literatuur

1. National Institute for Clinical Excellence. Information for Stakeholders. The Guideline Developmental Process Series No.2. December 2001.
2. Clarke, A & Dawson, D. Evaluation Research. London: Sage Publications Ltd; 1999
3. Øvereit, J. Evaluating Health Interventions. Buckingham: Open University Press. 1998.
4. Murphy MK, Black NA, Lamping DL et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. Health Technology Assessment 1998; 2: N0.3.
5. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts. CMAJ 1997; 157: 408-16.

6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developers' handbook. SIGN publication No.50, 2001.
7. Grol R, Wensing M, red. Implementatie: Effectieve Verandering in de Patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier, 2001.
8. Mäkelä M, Thorsen T, eds. Changing Professional Practice: Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation. Copenhagen: Danish Institute for Health Services, 1999.
9. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Ontwikkeling van indicatoren op basis van evidence-based richtlijnen. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications, 2002.
10. Field MJ and Lohr KN (eds). Guidelines for clinical practice. From Development to Use. Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press, 1992.
11. The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org.
12. Grol R, Dalhuijzen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mookink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ*, 1998. 317, 858-861.
13. Department of Health. Working for patients. London: HMSO, 1989.
14. Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice, edited by Gordon Guyatt, MD and Drummond Rennie, MD for the Evidence-Based Medicine Working Group. American Medical Association Press, 2001.
15. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. *Arch Intern Med* 1992; 152: 946-952.
16. Lohr KN, Carey TS. Assessing 'best evidence': issues in grading the quality of studies for systematic reviews. *Joint Comm J Qual Improvement* 1999; 25: 470-479.

Appendix 1. AGREE partners betrokken bij de ontwikkeling van het AGREE Instrument

Landen	Personen	Organisaties
<i>Europese landen</i>		
Denemarken	Finn Kristensen, MD, PhD Pia Bruun Madsen Camilla Palmhøj-Nielsen	Danish Institute for Health Technology Assessment, Kopenhagen
Duitsland	Günter Ollenschläger, MD, PhD	Agency for Quality in Medicine, Keulen
Engeland	Françoise Cluzeau, PhD Gene Feder, MD, FRCGP Claire Hunt, MSc Peter Littlejohns, MBBS, MD	St George's Hospital Medical School, Londen Barts and The London Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, University of London Institute of Psychiatry, Londen National Institute for Clinical Excellence (NICE), Londen
Finland	Marjukka Mäkelä, MD, PhD, MSc	Finnish Office for Health Care Technology Assessment, Helsinki
Frankrijk	Anne Bataillard, MD Béatrice Fervers, MD Isabelle Durand-Zaleski, PhD Pierre Durieux, MD	Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, Lyon Hôpital Henri Mondor, Cedez Hôpital Européen Georges Pompidou, Parijs
Italië	Roberto Grilli, MD	Agenzia Sanitaria Regionale, Bologna
Nederland	Jako Burgers, MD, PhD Richard Grol, PhD Joost Zaat, MD, PhD Pieter ten Have, MD Kitty Rosenbrand, MD Niek Klazinga, MD, PhD	Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St. Radboud, Nijmegen Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam
Schotland	Juliet Miller, MA, MBA Safia Qureshi, PhD	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Edinburgh
Spanje	José Asua, MD, PhD Rosa Rico-Iturrioz, MD, MSc Albert Jovell, MD, PhD	Basque Office for Health Technology Assessment Fundacio Biblioteca Josep Laporte, Barcelona
Zwitserland	Bernard Burnand, MD, MPH John-Paul Vader, MD, MPH	Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne

Andere landen

Canada	Melissa Brouwers, PhD Steven Hanna, PhD George Browman, MD Jeremy Grimshaw, MB, PhD	McMaster University and Cancer Care Ontario, Hamilton Hamilton Regional Cancer Centre Ottawa Health Services Research Institute
Nieuw Zeeland	Cindy Farquhar, MD, PhD Rod Jackson, PhD	New Zealand Guidelines Group, Auckland Effective Practice Institute, University of Auckland
Verenigde Staten	Jean Slutsky	Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville

Appendix . Invulformulier AGREE Instrument

ONDERWERP EN DOEL

1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
2. De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
3. De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens

BETROKKENHEID BELANGHEBBENDEN

4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
5. Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
7. De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens

METHODOLOGIE

8. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
9. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens

HELDERHEID EN PRESENTATIE

15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
18. De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens

TOEPASSING

19. De mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
20. De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
21. De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens

ONAFHANKELIJKHEID VAN BELANGHEBBENDEN

22. De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens
23. Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd.	Zeer Eens	4	3	2	1	Zeer Oneens

ALGEMEEN OORDEEL

Zou u deze richtlijn aanbevelen voor gebruik in de praktijk?

Sterk aan te bevelen	<input type="checkbox"/>
Aanbevolen (onder voorwaarden of met veranderingen)	<input type="checkbox"/>
Niet aan te bevelen	<input type="checkbox"/>
Onzeker	<input type="checkbox"/>

