

Artikelen

Richtlijnen als basis voor kwaliteitsontwikkeling

A.M.J. BUITING¹, T.A. van BARNEVELD² en P.C.M. BARTELS¹

Een richtlijn is een document, waarin regels en gezamenlijke afspraken inzake optimalisering van het professionele handelen na overleg met belanghebbende groeperingen eenduidig zijn vastgelegd. Met begeleiding van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO worden op basis van een standaardmethode vitale richtlijnen ontwikkeld. Naast de behandeling van methodologische aspecten omtrent het ontwikkelproces wordt het belang van monodisciplinaire en multidisciplinaire richtlijnen specifiek toegelicht voor het vakgebied van de klinische chemie. Wij pleiten voor een systematische en integrale aanpak bij de implementatie van *evidence based* richtlijnen, inclusief het in stand houden van een onderhoudsysteem ten behoeve van actualisatie naar analogie van vigerende kwaliteitssystemen op basis van de CCKL-Praktijkrichtlijn.

Trefwoorden: richtlijn, kwaliteitsontwikkeling

Twintig jaar geleden werd door het CBO de eerste richtlijn (1) ontwikkeld. De methode betrof een samenbundeling van ervaringen en individuele overtuigingen tot een landelijk consensusdocument. Het doel was om bepaalde problemen in verschillende instellingen volgens dezelfde principes aan te pakken. Het CBO heeft kaders ontwikkeld waarmee lokale consensusrichtlijnen tot een landelijk toepasbare gouden standaard worden getransformeerd. De richtlijnsystematiek is gestaag gegroeid tot een breed arsenaal van aanbevelingen, adviezen en uniformering ter ondersteuning van de praktijkvoering in de Nederlandse gezondheidszorg. De aanbevelingen zijn gericht op het expliciteren van *state of the art*-methoden voor het medisch handelen.

Klinisch chemici zijn voortrekkers op het terrein van systematische implementatie van kwaliteit. Als één van de eerste specialismen binnen het ziekenhuis werden handelwijzen vastgelegd in protocollen, ook wel *standard operating procedures (SOP's)* genoemd.

Namens Commissie Kwaliteit NVKC¹, Programmaleider Richtlijnen en Visitatie, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht²

Correspondentie: Mw. dr. A.M.J. Buiting, immunoloog, KCio, a.buiting@cbo.nl of buro@NVKC.nl

De protocollen zijn lokaal van toepassing op basis van beschikbare expertise, kennis, ervaring en overtuiging. Doel is om duidelijkheid en eenduidigheid te bevorderen bij de uitvoering van processen zodat verschillende analisten uniform handelen. Voor de laboratoriumspecialist biedt het systeem een praktisch handvat om actuele informatie eenduidig vast te leggen en over te dragen.

Verschillende instrumenten (*tools*) worden toegepast om de kwaliteit van management, organisatie en professie systematisch te verbeteren. Naast de CCKL-Praktijkrichtlijn (2-4) is het systeem voor interne en externe kwaliteitscontroles van de SKML (5) een belangrijke pijler voor kwaliteitsborging. In regionale projecten worden referentiewaarden gestandaardiseerd. De genoemde projecten betreffen activiteiten op het terrein van de klinische chemie.

Laboratoriumorganisaties zijn inmiddels vertrouwd met de CCKL-Praktijkrichtlijn en op basis hiervan veelal geaccrediteerd. Het werken volgens een kwaliteitssysteem biedt echter nog geen garantie voor optimale professionele kwaliteit. In de Commissie Kwaliteit van de NVKC beraadt men zich omtrent vervolgvragen ten behoeve van bevordering van uniformiteit in de klinisch-chemische laboratoria.

State of the art-kwaliteit van professionaliteit vergt een continu proces waarin de *feedback*-cirkel van Nolan (6), *plan-do-check-act (PDCA)*, systematisch wordt doorlopen. Door een subtiele aanpassing is *check* veranderd in *study (PDSA)* om aan te geven dat een proactieve aanpak essentieel is. Kwaliteit kan op een hoger plan komen indien men de eigen prestaties evalueert vanuit een kritische grondhouding. Vanuit een *open mind* gaat men het gesprek aan met de buitenwacht. Bij het opstellen van o.a. de richtlijnen voor monoklonale gammopathie (7, 8) en bloedtransfusie (1, 9-11) zijn klinisch chemici reeds intensief betrokken. De tijd is nu rijp om buiten de kaders van de laboratoriumorganisatie meer projecten te initiëren in samenwerking met medische disciplines. Doelstelling daarbij is om medische specialisten te adviseren omtrent mogelijkheden van specifieke klinische vraagstellingen bij laboratoriumdiagnostiek. Het verdient aanbeveling om de richtlijnsystematiek van het CBO te benutten. Deze publicatie behandelt systematiek en achtergronden van CBO-richtlijnen: wat zijn richtlijnen, hoe ontstaan ze, wat *kunnen* we ermee, wat *moeten* we ermee?

Methode voor ontwikkeling van richtlijnen

Hierbij volgt een beschrijving van de systematiek die bij de ontwikkeling van de CBO-richtlijnen gevolgd wordt (12).

Vorbereiding

Afhankelijk van het aantal betrokken disciplines bij de ontwikkeling van een richtlijn spreekt men van een monodisciplinaire dan wel van een multidisciplinaire richtlijn. Monodisciplinaire richtlijnen worden veelal ontwikkeld door één wetenschappelijke vereniging. Het CBO stimuleert nadrukkelijk de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Een CBO-richtlijn berust op gepubliceerde resultaten van wetenschappelijk onderzoek met aansluitend discussie en meningsvorming door ter zake deskundigen. Onderwerpen voor een richtlijn worden in beginsel aangekaart door één of meerdere wetenschappelijke verenigingen. De Medisch Wetenschappelijke Raad van het CBO (MWR), maakt een keuze aan de hand van selectiecriteria. Het betreft beoordeling van de prevalentie en ernst van de betreffende aandoening, alsmede een inventarisatie van belemmeringen bij de invoering van de richtlijn. Beschikbaarheid van gepubliceerde resultaten van wetenschappelijk onderzoek is van belang om te komen tot *evidence based* onderbouwde aanbevelingen.

De uiteindelijke keuze van een onderwerp gebeurt met name op grond van de te verwachten verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen. Het betreft veelal actuele onderwerpen waarover in de praktijk verwarring en onduidelijkheid bestaat en waarbij aanzienlijke winst in de optimalisatie van het zorgproces te voorzien is.

De MWR beoordeelt de haalbaarheid van beoogde gedragsveranderingen bij de doelgroep. Vervolgens bepaalt de MWR van welke wetenschappelijke vereniging de voorzitter afkomstig moet zijn en selecteert men in overleg met de betrokken verenigingen een voorzitter van de op te richten werkgroep. De werkgroep wordt ondersteund door een secretaris, doorgaans een adviseur van het CBO, die het proces van richtlijnontwikkeling bewaakt. Het CBO benadert wetenschappelijke verenigingen en instanties van medisch specialisten, huisartsen, verpleegkundigen, paramedici, epidemiologen, apothekers, gezondheids-economen, implementatiedeskundigen, vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen om deel te nemen aan de op te richten werkgroep. Bij voorkeur wordt één van de inhoudsdeskundigen als literatuurcoördinator aangewezen.

Het bereiken van consensus

Bij ontwikkeling van een richtlijn wordt het doel en het toepassingsgebied geformuleerd. Het onderwerp wordt beperkt tot principiële vragen die contro-versiële punten binnen het onderwerp betreffen. Soms wordt in deze fase een probleeminventariserende enquête of een dossierstudie uitgevoerd. Voor onderwerpen waarover géén controversie bestaat is binnen de richtlijnsystematiek geen plaats omdat de inhoud van de leerboeken volstaat. Oriënterend litera-

tuuronderzoek wordt verricht naar beschikbare nationale en internationale richtlijnen alsmede systematische reviews en meta-analyses.

In de eerste vergadering van de nieuwe werkgroep worden de resultaten van het voorbereidende werk in relatie tot de principiële vragen ter discussie gesteld. De samenstelling van de werkgroep wordt vastgesteld en de taken worden verdeeld over de werkgroepleden. De methodiek voor het concipiëren van een concept richtlijntekst volgens het standaardformaat van het CBO wordt toegelicht.

De hardheid (mate van *evidence*) van de beschikbare literatuurartikelen wordt plenair beoordeeld. De voorzitter bewaakt de voortgang van de procedure en zorgt dat er overeenstemming met de protocollaire aanpak conform CBO-kwaliteitseisen als leidraad wordt bereikt.

De wetenschappelijke onderbouwing en de conclusie worden gevolgd door overige overwegingen. Hierbij wordt aandacht besteed aan bepaalde beperkingen zoals de beschikbaarheid van de literatuurreferenties of het ontbreken daarvan, of het slechts beschikbaar zijn van buitenlandse literatuur met veelal een beperkte toepasbaarheid op de Nederlandse situatie. Ook worden kosten van interventies, implementatieaspecten, patiëntenbelangen en organisatorische consequenties in de overwegingen betrokken. Voor kennis omtrent de lokale praktijk is de inbreng én de opinie van experts onontbeerlijk.

Als resultaat van inhoudelijke discussies in de werkgroepvergaderingen ontstaat, binnen een tijdsbestek van één tot anderhalf jaar, een conceptrichtlijn. De conceptrichtlijn geeft, door systematische werkwijze en transparante formulering, duidelijk inzicht in de argumenten op basis waarvan principiële keuzen zijn gemaakt. De conceptrichtlijn wordt vervolgens via een landelijke richtlijnbijeenkomst, een hoorzitting of een consultatieronde voorgelegd aan een groter publiek. Suggesties en opmerkingen worden door de werkgroep gewogen en waar mogelijk in de definitieve tekst verwerkt.

Herziening van de richtlijn

Medische wetenschappelijke innovatie genereert voortdurend nieuwe diagnostische voorzieningen of therapeutische middelen die noodzaken tot herziening van een richtlijn. Eenmaal per vijf jaar worden door de Medisch Wetenschappelijke Raad van het CBO richtlijnen kritisch geëvalueerd.

Thans wordt een nieuw concept geïnitieerd van *levende* richtlijnen, waarin de actualiteit frequenter wordt geëvalueerd.

Stand van zaken wat betreft uitgifte richtlijnen

Twintig jaar richtlijnontwikkeling heeft geresulteerd in een groot aantal richtlijnen. In tabel 1 worden enkele voorbeelden vermeld van multidisciplinaire richtlijnen waarbij klinisch chemici een rol hebben gespeeld. In tabel 2 worden opties aangegeven van toekomstig te ontwikkelen richtlijnen waarin klinisch chemici betrokken kunnen worden.

Praktische relevantie en discussie

Inbedding van de richtlijn binnen de ziekenhuisorganisatie

In verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling houdt men reeds rekening met de praktische implementatie, en ook beoordeelt men welke invloed de richtlijn op de keten van zorg zal hebben. Immers een richtlijn wordt opgesteld om in de praktijk veranderingen te initiëren ten behoeve van optimalisering van het zorgproces.

Richtlijnen zijn gericht op specifieke doelgroepen. Onder *werkwijze* wordt vermeld *hoe* en *door wie* activiteiten worden uitgevoerd. Het verdient aanbeveling om normen te vermelden voor realisatie van activiteiten (aantal vergaderingen, tijdplan etc.). Factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk bevorderen dan wel kunnen belemmeren worden vooraf geïnventariseerd. Landelijke richtlijnbijeenkomsten of toetsing dragen bij aan een efficiënter verlopend implementatieproces. Naast brede verspreiding van richtlijnen, o.a. in ziekenhuizen, de afzonderlijke specialisten, wetenschappelijke verenigingen alsmede verspreiding via de website (www.cbo.nl) worden afgeleide producten van de richtlijn, zoals publicaties, samenvattingen en algoritmes, ter beschikking gesteld en daarmee de publieke toegankelijkheid bevordert. Als de richtlijn gebruikt wordt om een lokaal protocol te ontwikkelen behoort men expliciet in het protocol te vermelden waar de instructies afwijken van de originele richtlijn.

Tabel 1. Multidisciplinaire richtlijnen met inbreng van de klinische chemie en laboratoriumgeneeskunde

| |
|---|
| Astma bij kinderen |
| Behandeling en preventie van coronaire hartziekten door verlaging van de plasmacholesterolconcentratie |
| Bloedtransfusiebeleid* |
| Cystische fibrose |
| Depressie bij volwassenen |
| Diabetische retinopathie, diabetische nefropathie, diabetische voet en hart-en vaatziekte bij diabetes mellitus |
| Diagnostiek bij het dementiesyndroom |
| Diagnostiek kleine lichaamslengte bij kinderen |
| Hematologische maligniteiten / non-Hodgkin-lymfoma* |
| Hemofilie: behandeling en verantwoordelijkheid |
| Intensive care* |
| Monoklonale gammopathie (paraproteïnemie) |
| Totale heupprothese |

* in ontwikkeling

Tabel 2. Opties voor nieuwe multidisciplinaire richtlijnen

| |
|----------------------|
| Bewerking van semen |
| Dementie |
| Hemochromatose |
| In-vitrofertilisatie |
| Voedingsdeficiëntie |

Prestatie-indicatoren

De gezondheidszorg dient getoetst te worden om inzicht in de kwaliteit van zorg te verkrijgen. Indicatoren van de kwaliteit kunnen continu of periodiek gemeten worden (13, 14). Er zijn verschillende soorten indicatoren. Een *structuurindicator* meet in hoeverre bepaalde faciliteiten aanwezig zijn, bijv. de aanwezigheid van een bepaald protocol, het structureel voeren van een werkoverleg met analisten, enzovoorts. Een *procesindicator* geeft weer in hoeverre volgens een richtlijn wordt gewerkt, bijv. het percentage van rhesus-negatieve erythrocytenconcentraten van de totale uitgifte van erythrocytenconcentraten. Een *richtlijn* beschrijft een optimaal niveau van medisch handelen. *Prestatie-indicatoren* zijn een hulpmiddel om te signaleren in hoeverre het handelen afwijkt van het optimale niveau. Observatie van indicatoren kan leiden tot bijstellen van het handelen. Het verdient daarom aanbeveling om reeds bij het ontwikkelen van de richtlijn indicatoren te benoemen. Bij visitaties is de praktische toepassing van richtlijnen een belangrijk onderwerp van toetsing en evaluatie.

Juridische betekenis van richtlijnen

In hoeverre zijn hulpverleners met betrekking tot medisch handelen in de praktijk gebonden aan richtlijnen? Wat zijn de juridische consequenties indien men afwijkt van richtlijnen? Richtlijnen zijn geen wetten, doch veeleer (gedrags)normen waaraan zorgverleners behoren te voldoen om optimale zorg te verlenen. De inhoudelijke normstelling die het resultaat is van het proces van richtlijnontwikkeling schept verplichtingen en lijkt de keuzevrijheid van zorgverleners te beperken. De vrees voor beperking van professionele autonomie en versterking van de externe invloed richting consument, verzekeraar en rechter is echter beslist niet gegrond. De professional is gehouden om het beste te bereiken voor een individuele patiënt. Indien de situatie van de patiënt dat vereist kan men immers weloverwogen afwijken van richtlijnen. Uit jurisprudentie is namelijk gebleken dat een richtlijn niet meer is dan een 'aanbeveling' voor het handelen bij een meerderheid van patiënten.

Nascholing

Nascholing is een uitermate geschikt instrument om richtlijnen onder beroepsbeoefenaren te verspreiden en zo bij te dragen aan de implementatie van de richtlijn. Bij visitatie van professionals wordt specifiek aandacht besteed aan de implementatie en het gebruik van richtlijnen.

Bij het ontwerpen van nascholingsmodules is de toepassing van richtlijnen en de principiële onderbouwing ervan een belangrijke invalshoek. Men kan op verschillende niveau's proberen de richtlijn een breder draagvlak te geven, variërend van het ontwikkelen van educatieve *Powerpoint*-presentaties tot leermodules via internet op de websites van wetenschappelijke verenigingen. Met het volgen van een module kan men accreditatiepunten verwerven.

Kosteneffectiviteit

Door toenemende aandacht voor kostenbewaking binnen de complexiteit van de gezondheidszorg neemt het belang toe van richtlijnen die eenduidig en doelmatig handelen bevorderen. Het gaat bij de klinische chemie voornamelijk over de vraag, welke laboratoriumbepalingen minimaal noodzakelijk zijn voor de clinicus om een diagnose te stellen en het ziekteverloop van een patiënt te vervolgen.

Organisatorische aspecten van professioneel handelen
Naast inhoudelijke aanbevelingen worden in richtlijnen ook adviezen van organisatorische aard opgenomen. Het is evident dat organisatorische aanbevelingen niet altijd direct na het verschijnen van de richtlijn kunnen worden opgevolgd. Hiervoor zijn soms ingrijpende organisatorische aanpassingen buiten de eigen afdeling vereist. Zo kan bijvoorbeeld de aanbeveling van een diabetespoli ertoe bijdragen dat deze poliklinieken systematischer worden opgericht. De veranderingen kunnen directe gevolgen hebben voor de positie en organisatie van het laboratorium. Richtlijnen hebben een beperkte geldigheidstermijn. Na 3-5 jaar wordt geëvalueerd of actualisatie noodzakelijk is. Uiteraard zijn tussentijdse wijzigingen mogelijk.

Verbeterprojecten

Het CBO bevordert het gebruik van richtlijnen door begeleiding van specifieke implementatieactiviteiten in ziekenhuizen, onder andere met behulp van het Bereik- en Doorbraakproject (15). Met het Bereikprogramma ondersteunt men instellingen bij invoering van integraal kwaliteitsmanagement op drie fronten: het verbeteren van de strategie- en leiderschapsstijl, het succesvol uitvoeren van verbeterprojecten en het gebalanceerd sturen op basis van indicatoren. Bij het Doorbraakproject pakken instellingen simultaan een onderwerp aan en werken intensief samen om in korte tijd forse verbeteringen te realiseren (16, 17). Daarnaast stimuleert het CBO wetenschappelijke verenigingen om in het kader van het te volgen kwaliteitsbeleid richtlijnen op te nemen in het curriculum van de opleiding en in bij- en nascholingsactiviteiten, en het gebruik ervan te bespreken tijdens visitaties.

Levende richtlijn

Momenteel wordt binnen het CBO het concept 'Levende richtlijn' ontwikkeld. De reden voor dit initiatief is dat de huidige CBO-richtlijnen als grote PDF-files op het internet staan. Dit heeft zijn beperkingen; bepaalde aanbevelingen zijn soms moeilijk te vinden en zeker als gerelateerde aanbevelingen in verschillende richtlijnen (b.v. cholesterol, diabetes en hartziekten) staan.

Daarnaast is het handig als andere Nederlandse *evidence based*-richtlijnen (NHG, EBRO-platform (zie tabel 3)) binnen het concept van levende richtlijnen geraadpleegd kunnen worden. De database wordt dus zo opgezet dat de richtlijn is opgedeeld in files waarbij de afzonderlijke aanbevelingen per (deel)onderwerp opgezocht kunnen worden.

Vervolgens wordt gedacht aan de interactie met het

Tabel 3. Deelnemers aan het Evidence Based Richtlijnontwikkeling (EBRO)-platform.

| |
|--|
| Academisch Medisch Centrum/ Universiteit van Amsterdam |
| Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden |
| College voor Zorgverzekeraars |
| Dutch Cochrane Centre |
| Geneesmiddelenbulletin |
| Institute for Medical Technology Assessment |
| Integraal Kankercentrum Amsterdam |
| Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen |
| Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO |
| Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging |
| Leids Universitair Medisch Centrum |
| Nederlands Huisartsen Genootschap |
| Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde |
| Nederlandse Orthopaedische Vereniging |
| Nederlands Paramedisch Instituut |
| Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen |
| Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde |
| Orde van Medisch Specialisten |
| TNO Preventie en Gezondheid |
| Vereniging voor Sportgeneeskunde |
| Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Vakgroep Huisartsgeneeskunde |
| ZonMw |

veld, waarbij opmerkingen aan de aanbeveling kunnen worden toegevoegd. Hierdoor wordt het gemakkelijker om een richtlijn te herzien. Niet de gehele tekst hoeft aangepast te worden, maar alleen het gedeelte waar discussie over is. Daarnaast wordt de huidige cyclus van 5 jaar, waarin gekeken wordt of de richtlijn aan herziening toe is, aanzienlijk bekort.

Daarentegen is het wel van belang voor de verdere ontwikkeling van de database dat de verschillende richtlijnen met de aanbevelingen een vaste structuur krijgen, waardoor opname in de database mogelijk wordt. Mogelijkerwijs zijn hier handvatten om onze eigen (*evidence based*)-richtlijnen hierop aan te sluiten, waardoor informatie vanuit onze beroepsgroep beschikbaar wordt voor andere beroepsgroepen zodat deze meegenomen kan worden in de richtlijnontwikkeling van die andere beroepsgroepen.

Conclusies en aanbevelingen

Een uniforme structuur en procedure voor ontwikkeling beïnvloedt de herkenbaarheid en toepassing van richtlijnen in positieve zin. Volgens deze aanpak kan de kwaliteit van professie, management en organisatie binnen het vakgebied van de klinische chemie op het niveau van de individuele laboratoriumorganisatie nog aanzienlijk verbeterd worden.

Bij het bevorderen van kwaliteit binnen de ziekenhuisketen heeft het laboratorium een vitale ondersteunende functie ten dienste van medische specialisten

bij de diagnostiek en het vervolgen van de behandeling tijdens het ziekteproces. Als uitgangspunt wordt gehanteerd dat een richtlijn met een breed draagvlak voor de inhoud en met voldoende aandacht voor de uitvoering in de dagelijkse praktijk leidt tot optimalisering van het medisch handelen.

Ons inziens is het van belang dat multidisciplinaire contacten binnen de ziekenhuisorganisatie verder worden gestimuleerd, waarbij de klinisch chemicus al in een vroeg stadium bij de ontwikkeling van richtlijnen bij andere disciplines -of bij multidisciplinaire richtlijnen- een katalyserende rol kan spelen. Tenslotte wordt geadviseerd om ook de prestaties van de eigen laboratoriumorganisatie op het terrein van de ontwikkeling van richtlijnen periodiek te evalueren.

Als allerlaatste overweging, wellicht voor velen ten overvloede, staat of valt alles bij openheid van werken van personen en/of organisaties en de intrinsieke wil om te verbeteren. Indien het hoogste doel is om alleen te voldoen aan de eisen die door de buitenwacht worden gesteld, is het risico groot dat men vervalt in *window dressing*. Hierbij geldt het motto: 'papier is geduldig'.

Literatuur

1. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. Richtlijnen voor het bloedtransfusiebeleid in ziekenhuizen: resultaat van een consensusontwikkeling-bijeenkomst op 9 oktober 1982 te Amsterdam. Utrecht: CBO; 1982.
2. CCKL praktijkrichtlijn III, 2001.
3. Baadenhuijsen H, Bartels PCM, Huisman W, Penders TJ. NVKC model kwaliteitshandboek op basis van de CCKL praktijkrichtlijn 3, 2001.
4. Opstal M van. Twintig jaar CCKL. Medische laboratoria op één kwaliteitslijn. *Diagned* 2001; oktober: 12-13.
5. Steigstra H, Jansen RT, Baadenhuijsen H. Combi scheme: new combined internal/ external quality-assessment scheme in The Netherlands. *Clin Chem* 1991; 37: 1196-1204.
6. Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW. *The improvement guide; a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1996.
7. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. Onderzoek bij paraproteïnemie. Utrecht: CBO; juli 1990.
8. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. *Mono-klonale Gammopathie (paraproteïnemie)*. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications BV; 2001.
9. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. *Herziening Consensus bloedtransfusiebeleid in ziekenhuizen*. Utrecht: CBO; 1989.
10. Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. *Tweede herziening consensus bloedtransfusiebeleid (in het bijzonder van erythrocyten); resultaat van een consensusbijeenkomst, gehouden op vrijdag 21 juni 1996, Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht*. Utrecht: CBO; 1996.
11. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. *Conceptrichtlijn Bloedtransfusie: richtlijnbijeenkomst vrijdag 4 oktober 2002*. Nieuwegein's Business Center Nieuwegein. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO; 2002.
12. Everdingen JJE van. *Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; hand-leiding voor werkgroep*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO; 2000.
13. Casparie AF, Hommes H. *Indicatoren voor integrale kwaliteitszorg in ziekenhuizen*. Deventer: Kluwer; 1997.
14. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. *Ont-wikkeling van indicatoren op basis van evidence-based richtlijnen. Met beschrijving van drie klinische praktijk-projecten en een huisartsgeneeskundig praktijkproject*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg; 2002.
15. Boer M de, Visser G. *De nieuwe programma's van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO: Bereik en Doorbraakserie*. *Kwaliteit in Beeld* 2000; 10: 9-10.
16. Hartog WHM den, Hoeven H van der, Weert CM van. *In actie voor de intensive care: het 'Doorbraak' programma verbetert de organisatie*. *Medisch Contact* 2001; 56: 170-173.
17. Verhoeven MAWM, Schouten LMT. *Verspreiding van 'best practices': een doorbraak bereikt?* *Kwaliteit in Beeld* 2002; 12: 7-9.