

Symposiumverslag

Vrijdagmiddagssessie 'Richtlijnen' NVKC-congres 2010

M.H.M. THELEN¹, J.P.M. WIELDERS², W.P. OOSTERHUIS³, H.J.L.M. ULENKATE⁴, C. RUITER⁵, J. BURGERS⁶
en R.T.P. JANSEN⁷

Het is inmiddels traditie geworden dat de vrijdagmiddag van het NVKC-voorjaarscongres op een interactieve wijze wordt ingevuld over een onderwerp waarover het bestuur sturing zoekt van de leden. In 2010 heeft de commissie Kwaliteit de middag ingevuld rondom het thema 'richtlijnen'. Doel van de middag was om input te krijgen van de leden over een aantal vragen, die hieronder zijn weergegeven.

- Waaraan moeten richtlijnen voldoen voor voldoende draagvlak?
- Voor welke onderwerpen kan de NVKC eigen richtlijnen ontwikkelen?
- Hoe dient op naleving van de richtlijnen te worden toegezien?
- Wat is de status en draagvlak van enkele bestaande NVKC-richtlijnen?
- Hoe kan implementatie van enkele concrete conceptrichtlijnen rekenen op draagvlak bij uitvoering en handhaving?

De antwoorden op deze vragen wil de commissie kwaliteit gebruiken om richting te geven aan NVKC-richtlijnontwikkeling en de uitwerking van richtlijnen verder te concretiseren. Om een zuivere discussie mogelijk te maken begon dr. Jako Burgers met een introductie over de begrippen, definities en het normatief kader. Hij is als huisarts en onderzoeker via IQ healthcare, UMC St Radboud, en CBO betrokken bij de ontwikkeling en naleving van medische richtlijnen. Alle voor dit onderwerp belangrijke begrippen zoals richtlijn, 'evidence based', protocol, norm en standaard werden ten tonele gebracht met daarbij niet alleen de geldende definities, maar ook de onderlinge relaties. Zo ontstaat duidelijkheid over de semantiek. Het is im-

mers van belang dat de NVKC aansluit bij definities en conventies die in het medisch veld gebruikelijk zijn. Allereerst de definities.

'Evidence based' richtlijn

Haamstede-definitie (Van Everdingen e.a., 2004):

"Een 'richtlijn' is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en patiënten, berustend op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig medisch handelen."

Brummen-definitie (Werkgroep Richtlijnen voor richtlijnen, 2010):

"Een richtlijn is een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers."

In deze definities zijn een aantal woorden essentieel. Zo betreft het blijkbaar een 'document' met 'meer dan één' aanbeveling. Die aanbevelingen dienen te zijn gebaseerd op wetenschappelijk 'onderzoek' aangevuld met 'expertise'. Dat betekent dat er binnen een richtlijn verschil kan bestaan in de 'level of evidence' tussen de verschillende aanbevelingen. 'Evidence based' wil namelijk niet zeggen dat er voor elke aanbeveling keihard 'evidence' is, het wil zeggen dat er gewerkt wordt volgens het 5-stappen model van evidence based medicine (EBM).

5-stappen Evidence based medicine

- Probleem vertalen in een beantwoordbare vraag.
- Efficiënt zoeken naar het beste bewijsmateriaal.
- Kritische beoordeling kwaliteit.
- Toepassen bewijs in praktijk.
- Evalueren kwaliteit van proces.

Zowel bewijs van de hoogste orde (grote gerandomiseerde studie met direct bewijs, zonder beperkingen) als een beperkte ervaring van een enkele expert kunnen dus beide leiden tot een aanbeveling binnen een 'evidence based' richtlijn. Daarbij is dan wel steeds

Voorzitter NVKC-commissie Kwaliteit, Amphia ziekenhuis Breda¹, commissie Kwaliteit NVKC, Meander Medisch Centrum, Amersfoort², commissie Kwaliteit NVKC en werkgroep Klinische Chemometrie, Atrium Medisch Centrum, Heerlen³, werkgroep Klinische Chemometrie, Zorgzaam ziekenhuis, Terneuzen⁴, beleidsmedewerker NVKC, Utrecht⁵, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen⁶ en directeur SKML, Nijmegen⁷

Correspondentie: dr. Marc H.M. Thelen, klinisch chemicus, medisch manager KCHL Amphiaziekenhuis, Postbus 90158, 4800 RK Breda
E-mail: mthelen@amphia.nl

zichtbaar wat het niveau van bewijs bij die aanbeveling is. Of een aanbeveling wordt opgenomen in een richtlijn, hangt naast de bewijskracht ook af van praktische zaken zoals klinische relevantie, beschikbaarheid, kosten, patiëntveiligheid en patiëntvriendelijkheid.

Als een richtlijn er eenmaal is, is het proces nog niet compleet. Via evaluatie ontstaat er een verbetercyclus die input geeft aan actualisering van de richtlijn. Bij het toepassen in de praktijk komt een ander begrip aan de orde dat een definitie verdient, het protocol.

Protocol

“Een protocol is een set van afspraken over professioneel handelen met specifieke handelingsinstructies, veelal in de vorm van een flowchart of stappenplan.”

Idealiter is een protocol gebaseerd op een ‘evidence based’ richtlijn en probeert het concrete invulling te geven aan één of meerdere aanbevelingen uit zo’n richtlijn. Een protocol wordt vaak lokaal afgesproken met als doel de invulling van de aanbeveling(en) uit een richtlijn uniform in te vullen. Juist daarom is het karakter vaak ook wat dwingend.

Behalve de wens tot uniformering kan ook een wettelijk kader tot dwang leiden. In zulke gevallen spreken we van een norm.

Norm

Ministerie VWS, brief Tweede Kamer 9-11-2009:

“Veiligheidsnormen zijn normen die de minimumvoorwaarden (structuur en proces) voor het leveren van verantwoorde zorg aangeven of het niveau van resultaten, dat als ondergrens moet worden beschouwd om nog te kunnen spreken van verantwoorde zorg.”

Er moet dus een duidelijke relatie bestaan tussen het niet voldoen aan de norm en grote kans op gezondheidsschade aan de patiënt.

Daar waar een aanbeveling in een richtlijn ideale zorg beschrijft, gaat een norm juist over minimale zorg. Ter vergelijking de tabel 1.

Na de definities kwam het proces van richtlijnontwikkeling aan de orde. Hierbij zijn de volgende vijf fasen te onderscheiden: voorbereiding, ontwerp concept-richtlijn, commentaaronde en afronding, disseminatie en evaluatie.

Figuur 1 geeft aan hoeveel tijd er doorgaans voor de verschillende fasen wordt uitgetrokken en welke as-

pecten bij de verschillende fasen komen kijken. In de voorbereidingsfase vindt o.a. de onderwerpkeuze (en onderwerpafbakening) plaats. Daarbij spelen de volgende criteria een rol.

- Prevalentie, ziektelast
- Maatschappelijke relevantie (o.a. kosten)
- Aanwijzingen voor ongewenste praktijkvariatie
- Onduidelijkheid of verschil van mening over beste beleid
- Voldoende wetenschappelijke gegevens beschikbaar
- Voldoende potentieel voor verbeteren van kwaliteit van zorg (proces en uitkomst)
- Haalbaar: kans op (landelijke) overeenstemming tussen belanghebbenden

Ook tot de voorbereiding hoort een knelpuntenanalyse die tot doel heeft om er op aan te sturen dat de aanbevelingen aansluiten op de kernproblemen en passen in de dagelijkse praktijk. Dit gaat over draagvlak en daarom is inbreng vanuit het veld in deze fase essentieel. Juist daarom is in de figuur implementatie niet als een (late) fase getekend, maar als een continu proces dat parallel loopt aan alle fasen.

De brede inbreng wordt georganiseerd door schriftelijke of telefonische enquêtes, individuele en groep-sinterviews, of analyse van routinematig verzamelde data (registraties). Daarbij is er ook een plaats voor het patiëntenbelang in de vorm van actieve participatie. Dat kan door het inwinnen van informatie en advies bij klanten en uit te gaan van een gelijkwaardige samenwerking. In het contact kan de regie liggen bij patiëntenvertegenwoordigers. Participatie van de patiënt kan zowel op inhoud (literatuur, enquêtes, onderzoek) als in het proces plaats vinden (werkgroep Participatie, referenten, of zelfs met de patiëntengroep als initiatiefnemer)

De commentaarfase geeft naast ruimte voor nuancering ook uitvoerbaarheidverbeteringen en draagvlakverbreding en eindigt met autorisatie door de wetenschappelijke verenigingen.

Deze autorisatie geeft enerzijds kracht en voorkomt vrijblijvendheid, maar is anderzijds onmogelijk of zinloos als niet eerst breed naar draagvlak en uitvoerbaarheid is gezocht in een constructieve commentaarfase. Ook een richtlijn of norm moet SMART zijn.

Na publicatie kan de richtlijn zijn weg vinden en worden vertaald in regionale of lokale protocollen. Vervol-

Tabel 1. Onderscheid richtlijn en norm

Richtlijn	Norm
Set van (meerdere) aanbevelingen	Eén aanwijzing hoe te handelen
Streefnormen: de hoogst haalbare kwaliteit onder optimale omstandigheden	Minimumnorm: norm die onder alle omstandigheden moet worden nageleefd
Adviserend: gemotiveerd afwijken mag	Voorschrijvend: gemotiveerd afwijken mag niet
Voorbeeld aanbeveling: 'Bij patiënten met gemetastaseerd mammacarcinoom waarbij hormonale therapie niet meer effectief blijkt te zijn, is chemotherapie aangewezen'	Voorbeeld norm: 'In het afleverproces van cytostatica vinden - voor toediening aan de patiënt - minimaal twee onafhankelijke checks plaats op juistheid van voorschrift en toe te dienen middel plaats'

gens zal dat ondanks alle zorgvuldige voorbereidingen weer leiden tot voortschrijdend inzicht, nieuwe problemen of aanvullende wensen die op zich weer aanleiding zijn om zaken uniform, onderbouwd en transparant op te lossen. Zo geeft de evaluatie aanleiding tot een nieuw begin, zoals in elk ander PDCA-proces.

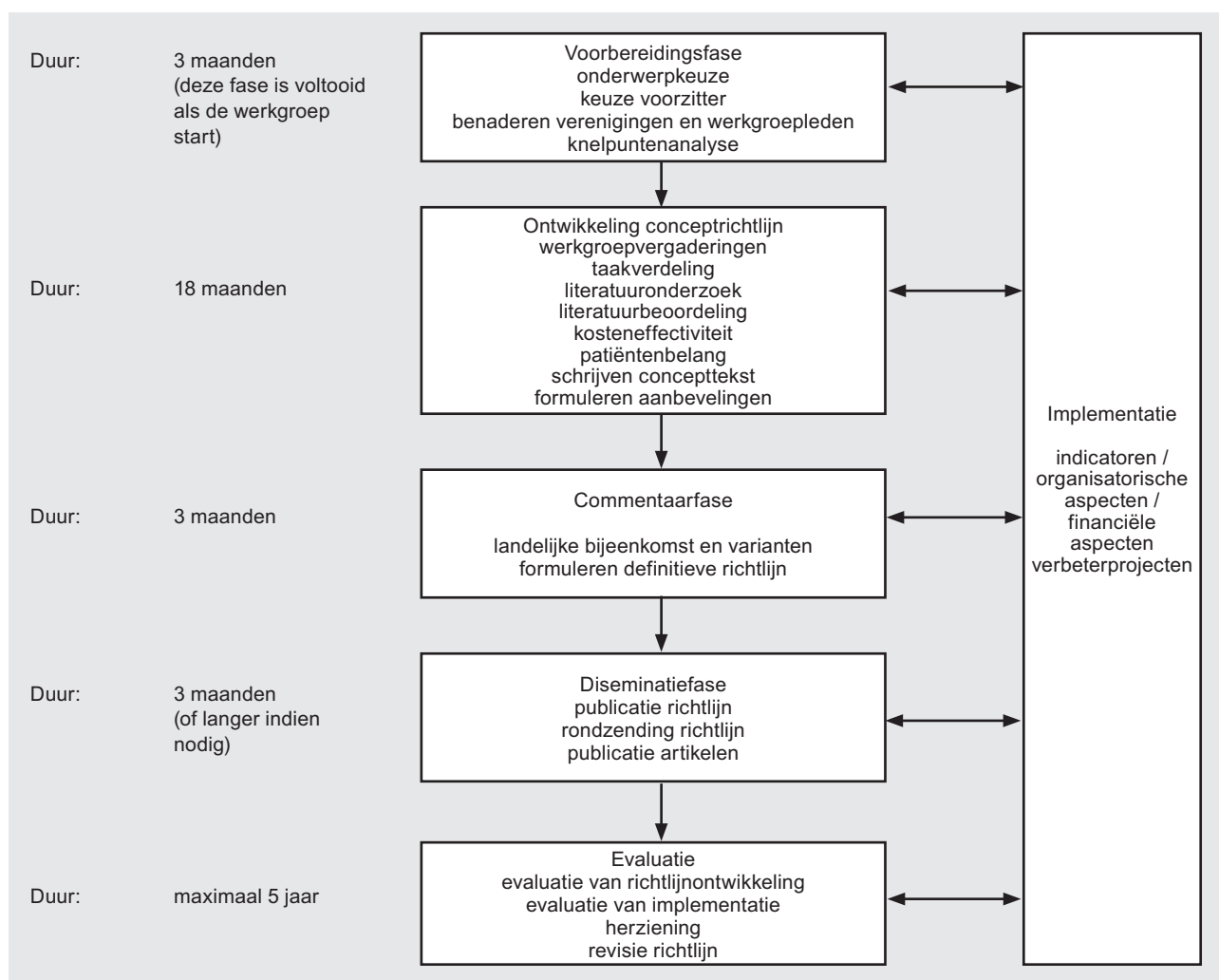
Na de inleiding door dr. Jako Burgers werd groepsgewijs gewerkt aan drie algemene vragen. Daarbij werden de werkvorm en plenaire terugkoppeling gemodereerd door dr. Rob Jansen. Na plenaire terugkoppeling van de resultaten van de algemene vragen werden deze inzichten vervolgens toegepast op drie concrete en specifieke richtlijnen. In twee van deze gevallen betrof het bestaande richtlijnen, in het derde geval een conceptrichtlijn.

Algemene vragen

1. Wat zijn de meest relevante succesfactoren voor eigen NVKC-richtlijnen en bedenk stellingen over die succesfactoren? De meest genoemde succesfactoren waren:

- draagvlak;
- relevantie (actualiteit);
- haalbaarheid (uitvoerbaarheid);
- kosteneffectiviteit;
- toegevoegde waarde;

- PR richting andere medisch specialismen; als je naar een richtlijn kunt verwijzen, hoef je minder vaak te bewijzen dat je inbreng 'evidence based' is. Die succesfactoren sluiten aan bij de theorie van de inleider. De stellingen over de succesfactoren leverden meer discussie op. Na een inventarisatieronde worden alle geopperde factoren in stemming gebracht. Dat levert op dat vooral belang wordt gehecht aan twee zaken: ten eerste het betrekken van de doelgroep en ten tweede het organiseren van een breed draagvlak onder de leden door middel van de mogelijkheid tot inspraak vanaf het begin van het proces. Dat men de noodzaak herkent om alles in nauw overleg met de doelgroep te doen sluit mooi aan bij de theorie over ideale richtlijnontwikkeling uit de inleiding. Voor een ondersteunend specialisme betekent dat al snel dat andere specialismen erbij worden betrokken. Het misverstand dat op deze wijze alleen multidisciplinaire richtlijnen tot stand (kunnen) komen, wordt door dr. Burgers snel weggenomen; het feit dat anderen inbreng hebben wil nog niet meteen zeggen dat de uitkomst geen monodisciplinaire richtlijn is. Dat wordt nl. bepaald door de vraag wie de doelgroep van de richtlijn is. Wanneer de aanbevelingen in de richtlijn uitsluitend consequenties hebben voor de protocollen van klinisch chemici, is de ontwikkeling van een monodisciplinaire richtlijn het meest opportuun.



Figuur 1. Uitwerking van de verschillende fases en de doorsnee tijdsduur

2. Wat zijn de meest relevante onderwerpen waarover de NVKC eigen richtlijnen moet hebben?

Elke groep stelde een top-5 samen. Sommige onderwerpen worden door meerdere groepen genoemd. Daardoor ontstond door optelling van de resultaten de volgende lijst:

- becommentariëren van uitslagen,
- autorisatie van uitslagen,
- bloedafname en pre-analyse,
- anemieprotocol,
- kwaliteitscontrolebeleid,
- (validatie van) zelftesten,
- omgang met zelfverwijzers, zelfaanvragers.
- Ook werden genoemd: valideren van apparatuur, trombofilie-onderzoeksprotocollen, bloedtransfusiebeleid, allergieonderzoek, voedingsstatus, 'point of care testing'.

Met deze lijst kan de commissie Kwaliteit en Richtlijnen prioriteiten kiezen bij het opstellen van NVKC-richtlijnen en bij het maken van keuzes waar het gaat om richtlijnontwikkeling vanuit andere verenigingen.

3. Is er plaats voor normen (minimumeisen) naast adviezen (optimale zorg) en hoe dient de naleving daarvan respectievelijk te worden getoetst?

Met name bij deze stelling bleek het nut van de inleiding over semantiek en definities. De aanwezige leden zien veel meer plaats voor adviserende aanbevelingen dan voor minimumeisen. Toch erkent men dat ook voor die laatste plaats kan zijn. Dan zijn er wel strikte voorwaarden. Zo vindt men dat dit nooit over controversiële zaken kan gaan. Er is in het algemeen draagvlak voor de minimumeisen / norm die stelt dat iets geregeld moet worden, maar men wil vrijheid in de manier waarop het geregeld wordt. Dr. Burgers merkte op: "Een richtlijn kan in een aanbeveling met hoog bewijsniveau stellen dat iets geregeld moet worden en zelfs aan welke minimumcriteria de oplossing moet voldoen. In zo'n geval is sprake van een norm. Afwijken van een norm mag niet, ook niet gemotiveerd. Hoe aan de norm moet worden voldaan, kan lokaal of regionaal in een protocol worden vastgelegd. De manier van invullen is dus vrij, maar niet vrijblijvend. Het is wel degelijk verplicht dat men zich aan zijn eigen protocol houdt. Hier mag wel gemotiveerd en liefst gedocumenteerd van worden afgeweken"

Er is vervolgens enige discussie hoe het in de praktijk moet worden getoetst bij bijv. een CCKL-audit. Men vond dat een auditor het afwijken van een dwingende norm moet kunnen afkeuren, maar moet bij een vorm van naleven zijn toetsing beperken tot het naleven van de lokale protocollen, zolang die maar voldoen aan de in de norm gestelde minimumeisen. De auditor moet de toetsing van het naleven van de norm beperken tot het toetsen van het naleven van de lokale protocollen. Deze moeten wel voldoen aan de in de norm gestelde minimumeisen.

De gehele discussie geeft aan hoe essentieel het bij het formuleren van de aanbevelingen is om het dwingende

karakter van de minimale eis goed te verwoorden zodat daar geen misverstanden over kunnen ontstaan.

Toepassing op bestaande richtlijnen

Na de plenaire terugkoppeling van het algemene deel van de middag volgde een tweede ronde waarbij de bevindingen van het algemene deel werden toegepast op drie richtlijnen. Daarbij werden steeds de volgende vragen gesteld.

- Is er voldoende voldaan aan de succesfactoren om tot draagvlak te komen en hoe kan dat eventueel worden hersteld als dat nog onvoldoende is gebeurd?
- Welke onderdelen van de richtlijnen zijn (potentiële) normatieve minimumeisen en welke zijn adviserende optimumadviezen, en op welke wijze kan naleving door CCKL worden getoetst?

Deze vragen worden toegepast op de volgende drie richtlijnen die eerst plenair worden toegelicht.

Richtlijn autoriseren laboratoriumresultaten, ingeleid door dr. Herman Ulenkate:

"Richtlijn voor de procedure van het goedkeuren van laboratoriumuitslagen. Uit een landelijke enquête is gebleken dat, in het proces van goedkeuren van laboratoriumuitslagen er grote verschillen bestaan tussen laboratoria. Om landelijk meer uniformiteit te krijgen in het goedkeuringsproces is een richtlijn opgesteld door de NVKC-werkgroep Klinische Chemometrie. De richtlijn bevat een aantal aanbevelingen, rekening houdend met de norm ISO15189.

De richtlijn is door de NVKC-commissie Richtlijnen beoordeeld en heeft een ruime periode op de website van de NVKC gestaan voor commentaar. Na het verwerken van het commentaar is de richtlijn goedgekeurd door het NVKC-bestuur. De richtlijn is in 2007 gepubliceerd in het NTKC.

De aanbevelingen gaan over: wie autoriseert, hoe signaleert men afwijkingen, wat zijn de vervolgacties, wie belt wat door, hoe autoriseert men buiten kantooruren, welke klinische gegevens zijn beschikbaar, hoe gaat men om met verstrekte adviezen, hoe gaat men om met rectificaties?

De laboratoriumspecialist dient actief betrokken te zijn bij dit goedkeuringsproces. Alleen de laboratoriumspecialist is immers bekwaam om uitslagen in de gehele context te beoordelen.

Een nog niet beantwoorde vraag blijft: weegt al de arbeidsinspanning die gepaard gaat met het gehele goedkeuringsproces op tegen de baten? Ook bij ontbrekende 'evidence' kan men echter, op basis van consensus, richtlijnen opstellen. Hoewel het een geaccepteerde NVKC-richtlijn is, bestaat de indruk dat de richtlijn niet altijd wordt opgevolgd."

De aanwezigen zien op grote lijnen het belang van de richtlijn en vinden ook dat er uitslagen bestaan die uitsluitend door een laboratoriumspecialist geautoriseerd kunnen worden. Onbeantwoord bleef de vraag hoe de selectie zou moeten plaatsvinden: wat kan worden gedelegeerd en wat moet de laboratoriumspecialist zelf beoordelen. Een minimumnorm zou kunnen zijn dat elk laboratorium een selectiesysteem moet hebben om

onderscheid te maken tussen uitslagen die wel of niet door laboratoriumspecialist moeten worden beoordeeld. Deze minimumeis biedt volgens sommigen echter te veel ruimte voor laboratoria om hier te gemakkelijk mee om te gaan. Één van de suggesties uit de zaal was om een minimumlijst op te stellen die gelijk is aan een minimumlijst voor extreem pathologische uitslagen die voor de laboratoriumspecialist aanleiding zijn tot consult. Gedachte daarachter is: als een mogelijk implausibele uitslag wel degelijk juist is, is het reden tot consult en andersom: als een uitslag zo afwijkend is dat er reden tot een consult is, ligt het voor de hand dat op het hoogste niveau eerst de plausibiliteit wordt gecontroleerd.

Als conclusie kan worden gesteld dat de aanwezigen eerst behoefte hebben aan onderbouwde en realistisch uitvoerbare criteria voor selectie van die data die door een laboratoriumspecialist moeten worden gezien. Daarna is er pas ruimte voor een minimumnorm.

Richtlijn CDT voor CBR-keuringen, ingeleid door dr. Jos Wielders

“Richtlijn CDT-methoden, wat was de noodzaak en hoe gaan we er mee om.” CDT (carbohydraat-deficiënt transferrine) wordt sinds de jaren negentig gebruikt bij onderzoek naar chronisch overmatig alcoholgebruik. In de loop van de jaren zijn in Nederland verschillende CDT-methoden gebruikt voor onderzoek (inclusief voor het CBR). Vóór 1998 was de CDTECT-test van de firma Pharmacia de aangewezen methode voor het CBR, daarna vooral dat de zogenaamde %CDT van de firma Axis-Shield, welke tot eind 2008 op de markt was. Vanaf november 2008 zijn door de NVKC via de richtlijn ‘Geschiktheid van CDT-analysemethoden’ drie nieuwe methoden als geschikt aangewezen. De keurende psychiaters hebben deze methoden al geaccepteerd in hun (concept)richtlijn en in de praktijk worden deze door de NVKC aangewezen methoden ook door het CBR gebruikt.

Deze NVKC-richtlijn is opgesteld door de werkgroep CDT, na kritische evaluatie van alle medio 2008 op de markt zijnde methoden. Het concept is najaar 2008 ter informatie en commentaar aangeboden aan de NVKC-leden, de betrokken diagnostica-firma’s, het CBR, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en daarna ter goedkeuring voorgelegd aan de commissie Kwaliteit/Richtlijnen en aan de commissie Wetenschap. Na verwerking van de opmerkingen is de richtlijn tenslotte bekrachtigd door het NVKC-bestuur op 8 november 2008.

In 2009 werden de volgende problemen en vraagstellingen gesignaleerd.

- Niet alle betrokken collega’s / klinisch chemici waren van het bestaan of de inhoud van de richtlijn op de hoogte.
- Vanuit het veld kwamen vragen over (toekomstig) gebruik van nog niet geaccordeerde methoden.
- Minimaal één laboratorium gebruikte een nog niet goedgekeurde methode voor de CBR monstern.
- Één laboratorium gebruikt een onvoldoende gevalideerde methode, waardoor foutieve uitslagen aan het CBR worden gerapporteerd.

- CBR accepteerde in de praktijk alle aangeleverde uitslagen, zonder onderscheid naar goedgekeurde of afgewezen methode.
- Verwarring ontstond over gebruikte methode / afkappunt, door het niet vermelden van de gebruikte methode.”

De aanwezigen zijn van mening dat deze richtlijn normatief handhaafbaar is aangezien er expliciete eisen worden gesteld aan methodekeuze en rapportage. Hier kan bij CCKL-audits eenduidig worden opgetreden. Als randvoorwaarden wordt genoemd dat de richtlijn wel regelmatig moet worden bijgewerkt i.v.m. technische ontwikkelingen. Essentieel is ook dat goede communicatie naar CBR gaat bewerkstelligen dat het CBR de uitslagen van laboratoria die zich niet houden aan de richtlijn niet langer accepteert.

Conceptrichtlijn Consultfunctie, ingeleid door dr. Wytze Oosterhuis

“Toekomstige richtlijnen: anemiediagnostiek, hemochromatose en doorbellen van laboratoriumuitslagen.” De werkgroep Consultverlening is ingesteld naar aanleiding van de discussie op het voorjaarscongres 2009 en de opname van de consultfunctie in het opleidingscurriculum. Uitgangspunt: de laboratoriumspecialist dient proactief actie te ondernemen richting aanvrager over bepaalde uitslagen en initiatie van vervolgonderzoek. Hierover dienen afspraken vastgelegd te worden. Daarvoor gelden soms andere regels dan voor ‘evidence based’ aanbevelingen. Met bekrachtigde afspraken wordt de laboratoriumspecialist zichtbaarder. De 3 onderstaande voorbeelden zijn uitgewerkt om afspraken over vast te leggen.

Anemiediagnostiek

Aanbeveling: bij elk laboratorium kan men een protocol anemiediagnostiek (cascadeonderzoek) aanvragen. De inhoud van het protocol kan per laboratorium verschillen, maar er zijn randvoorwaarden.

- Dit onderzoek begint met het vaststellen of bevestigen van een verlaagd Hb.
- Vervolgonderzoek omvat tenminste onderzoek naar de volgende oorzaken van anemie: ijzergebrek, anemie bij chronische ziekte, hemolyse, nierfalen, vit. B12/foliumzuurgebrek, leukemie e.d. (bloedbeeld, evt. differentiatie).
- De onderzoeksresultaten worden door, of onder directe verantwoordelijkheid van, een laboratoriumspecialist voorzien van een interpretatief commentaar, met eventueel aanbevelingen voor aanvullend onderzoek (b.v. beenmergonderzoek, flowcytometrie, Hb-elektroforese, coeliakie, stollingsstoornissen, etc.).

Hemochromatose

Aanbeveling: elk laboratorium neemt proactief de taak op zich met betrekking tot signalering en aanvullende diagnostiek. Dit houdt in: er is een protocol hemochromatose. De inhoud van het protocol kan per laboratorium verschillen. Randvoorwaarden:

- een arts kan vervolgdagnostiek van een verhoogde ferritineconcentratie aanvragen in de vorm van een cascadeonderzoek;

- de laboratoriumspecialist signaleert zelf een sterk verhoogd ferritine adviseert de aanvrager onderstaand cascadeonderzoek.
 - Dit onderzoek begint met het vaststellen of bevestigen van een verhoogde ferritineconcentratie tezamen met BSE/CRP (acutefasereactie).
 - Vervolgonderzoek omvat tenminste onderzoek naar de volgende oorzaken van een verhoogde ferritineconcentratie en hemochromatose: leverparenchym schade (ALAT, ASAT), ijzerstatus met transferrineverzadiging, glucose, HbA1c, HFE-genmutatieonderzoek bij aanwijzingen voor ijzerstapeling.
 - De onderzoeksresultaten worden door, of onder directe verantwoordelijkheid van, een laboratoriums­pecialist voorzien van een interpretatief commentaar, met eventueel aanbevelingen voor aanvullend onderzoek.

Doorbellen van laboratoriumuitslagen

Aanbeveling: de klinisch chemicus treedt zelf in contact met de aanvrager/behandelend arts bij sterk pathologische uitslagen.

Bij sterk afwijkende laboratoriumuitslagen kan de klinisch chemicus een bijdrage leveren aan diagnostiek en vervolgonderzoek. Dit is een mogelijkheid om de consultfunctie te versterken. Er wordt een (minimum)lijst opgesteld van testen en bijbehorende extreemwaarden.

Over de drie onderwerpen in deze conceptrichtlijn zijn de aanwezigen van mening dat ze prima kunnen dienen als adviserende richtlijn. Er worden mogelijkheden gezien om ook een minimumeis te definiëren waaraan een laboratorium in ieder geval moet voldoen, maar dat vraagt dan eerst om een proces waarin met draagvlak dat minimum wordt gedefinieerd.

Zo kan bij het anemieprotocol worden verlangd dat er in ieder geval een lokaal protocol in bedrijf is. Men kan zich voorstellen dat er een protocol met minimum-eisen wordt opgesteld. Wel moet er dan eerst consensus ontstaan over dat minimumpakket.

Over hemochromatose werd nog genuanceerder gedacht. Er bestaat immers reeds een multidisciplinaire richtlijn 'Hemochromatose'. Wat Oosterhuis nu presenteert lijkt op wat in de introductie door Burgers een protocol is genoemd: een afspraak over praktische invulling van een aantal aanbevelingen uit een richtlijn. Dat kan als er consensus over bestaat bij de diverse gebruikers.

Het bereiken van consensus wordt misschien nog wel het moeilijkst bij het vaststellen van een lijst met extreem pathologische uitslagen. Iedereen ziet de meerwaarde van het contact tussen laboratoriums­pecialist en aanvrager bij extreme pathologie, maar men geeft ook aan dat de verschillen tussen de zorginstellingen en daarmee tussen de (case mix van de) aanvragers zo groot is dat een landelijke lijst van analyses en bijbehorende grenzen waarbij de laboratoriums­pecialist zelf in consult moet komen, moeilijk haalbaar lijkt. Toch geldt ook hier dat er wel draagvlak is voor de eis dat elk laboratorium een beleid dient te hebben dat aangeeft welke doorbelu­itslagen door de laboratoriums­pecialist als aanleiding tot consult worden gezien.

Met deze discussie werd de themamiddag 'Richtlijnen' afgesloten. De middagvoorzitter bracht als laatste de vraag in stemming of de middag geslaagd was en voldoende concrete zaken had opgeleverd. De uitkomst was sterk positief. Daarmee ligt nu de uitdaging bij de commissie 'Kwaliteit en Richtlijnen', om de uitkomsten te vertalen naar concreet beleid: normen voor onze beroepsgroep en spelregels om die normen vast te stellen.