



Methodiek NVVC richtlijnen

2019

Opgesteld door: Commissie Kwaliteit

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR CARDIOLOGIE

30 oktober 2019

Methodiek NVVC Richtlijnen

1 Algemeen	2
2 Ontwikkeling van de richtlijn	2
Formeren werkgroep, mandatering en belangenverstrengeling	2
Werkgroepleden	2
Patiëntenparticipatie	2
Knelpunteninventarisatie.....	2
Schrijven van de richtlijn.....	3
Format van de richtlijn.....	4
Autorisatiefase	4
Bekendmaking en implementatie	4
Onderhoud.....	4
Bijlage 1. Format per uitgangsvraag	6
Bijlage 2. Checklist richtlijn	7

Methodiek NVVC Richtlijnen

1 Algemeen

Dit procedureboek gaat specifiek over de ontwikkeling van richtlijnen, die vanuit een NVVC werkgroep worden opgestart.

Om een richtlijn te laten voldoen aan de meest recente vereisten van richtlijnontwikkeling, verdient het de voorkeur om via Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten financiering aan te vragen voor ondersteuning van ontwikkeling van de richtlijn.

Voor endorsement van ESC richtlijnen geldt [de verkorte endorsement procedure](#).

2 Ontwikkeling van de richtlijn

Het initiatief ligt bij een NVVC werkgroep. De werkgroep is het er over eens dat het noodzakelijk is dat de richtlijn ontwikkeld wordt en heeft in beeld welke overlap er mogelijk is met andere (multidisciplinaire) richtlijnen.

Formeren werkgroep, mandatering en belangenverstrengeling

De werkgroep neemt over de plannen voor de te ontwikkelen of te herziene richtlijn contact op met de commissie kwaliteit. De commissie kwaliteit beoordeelt of er overige werkgroepen binnen NVVC verband of andere wetenschappelijke verenigingen betrokken moeten worden, eventueel op voordracht van de initiatiefnemer. De initiatiefnemer benadert de eventuele overige NVVC werkgroepen. Andere wetenschappelijke verenigingen worden via de bureaumedewerker richtlijnen van de commissie kwaliteit benaderd. De afgevaardigde namens de andere vereniging wordt gemandateerd namens deze vereniging.

De meerderheid van de leden zijn natuurlijke personen die conform de statuten van de NVVC zijn toegelaten tot het lidmaatschap van de NVVC.

Werkgroepleden

De werkgroepleden vullen het conflict of interest formulier in en de ingevulde formulieren wordt tijdens een eerste vergadering besproken, wat eventuele conflict of interest voor impact kan hebben op de verschillende onderdelen van de richtlijn. Het is van belang om niet alleen de financiële belangen te bespreken, maar ook intellectuele belangen. Ook patiënten kunnen een belang hebben. Daarom dient ook een eventuele patiëntvertegenwoordiger een conflict of interest in te vullen.

De belangenverklaring dient bij publicatie van de definitieve richtlijn bevestigd te worden op actualiteit.

Patiëntenparticipatie

Patiënten of vertegenwoordigers van patiënten worden steeds vaker betrokken bij het opstellen van NVVC richtlijnen, dit om de kwaliteit van zorg te vergroten. Patiënten of vertegenwoordigers van patiënten kunnen bijvoorbeeld inbreng leveren m.b.t. knelpunten in de geboden zorg of relevante uitkomstmaten. Er bestaan meerdere methoden om patiënten perspectief te betrekken, zoals: deelname aan het inventariseren van knelpunten, deelname aan de werkgroep, deelname aan de commentaarfase.

Knelpunteninventarisatie

Als de samenstelling van de werkgroep is bepaald, dient het onderwerp van de richtlijn verder afgebakend te worden. Een knelpunteninventarisatie is hiervoor een geschikte methode. Het doel van de knelpunteninventarisatie is een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de problematiek rondom een richtlijnonderwerp in de praktijk. Door de knelpunten breed te inventariseren kunnen die problemen worden aangepakt waarvoor daadwerkelijk een oplossing (-s richting) nodig is. Dit bevordert de implementatie na afronding van de richtlijn.

Bij een knelpunteninventarisatie worden alle gebruikers van de richtlijn betrokken. Knelpunten kunnen bijvoorbeeld in beeld worden gebracht via een vragenlijst.

Methodiek NVVC Richtlijnen

Schrijven van de richtlijn

Op grond van de knelpuntenanalyse worden specifieke uitgangsvragen opgesteld, die beantwoord zullen worden in de richtlijn. Op basis van de uitgangsvragen wordt een zoekstrategie opgesteld en uitgevoerd. Deze zoekstrategie dient in de bijlage van het richtlijndocument te worden weergegeven. Per uitgangsvraag wordt de literatuur systematisch samengevat, met duidelijke referenties naar de achterliggende literatuur. Eventueel kan hiervoor een Evidencetabel worden gebruikt, welke in een bijlage bij de richtlijn kan worden meegeleverd. Er wordt een conclusie op basis van het wetenschappelijk bewijs geformuleerd, en weergegeven in het richtlijndocument. Meer informatie over het zoeken en selecteren van literatuur en het beoordelen van literatuur is [hier](#) en [hier](#) te vinden.

Op basis van de conclusies uit de literatuur wordt per uitgangsvraag een aanbeveling geschreven. Echter, naast de conclusies uit de literatuur zijn er andere overwegingen die meespelen bij het formuleren van de aanbevelingen: de overwegingen. Overwegingen die naast de literatuur mee worden gewogen bij het formuleren van de aanbevelingen worden transparant weergegeven in de richtlijn. Daarbij valt te denken aan overwegingen op de volgende onderwerpen:

- klinische relevantie van de literatuur (de sterkte van het effect, de generaliseerbaarheid of de consistentie van het bewijs)
- Veiligheid (bijwerkingen, complicaties op korte en lange termijn)
- Patiëntenperspectief (te verwachten therapietrouwheid, tevredenheid)
- Professioneel perspectief (tijdsbesteding, risico's voor de professional)
- Beschikbaarheid van voorzieningen (apparatuur, deskundigheid)
- Kosten
- Juridische consequenties
- Ethische overwegingen
- Etc.

De aanbevelingen dienen logisch te volgen op de conclusies uit de literatuur en de overwegingen. Belangrijk is dat de aanbevelingen een antwoord geven op de vooraf geformuleerde uitgangsvraag.

Bij de formulering van een aanbeveling dient men erop alert te zijn dat:

- De aanbeveling op zichzelf staand gelezen kan worden;
- De aanbeveling niet voor meerdere uitleggen vatbaar zijn;
- De aanbevelingen in de praktijk implementeerbaar zijn;
- De aanbeveling concreet en actief (met werkwoord beginnen) geformuleerd wordt.

Bij de aanbeveling wordt indien mogelijk aangegeven om wat voor norm het gaat. Zie tabel 1.

Methodiek NVVC Richtlijnen

Minimumnorm	Norm voor absolute minimumkwaliteit, daaronder is geen sprake meer van verantwoorde zorg. Harde ondergrens, voorwaarde.
Veiligheidsnorm	Minimumnormen die onder alle omstandigheden nageleefd moeten worden om veiligheidsrisico's te voorkomen die anders gegarandeerd optreden.
Streefniveau (wordt, ook wel Streef/optimum norm genoemd)	Het streefniveau wordt gebaseerd op wat met de beschikbare kennis, menskracht en middelen haalbaar is gebleken, en ze zijn richtinggevend voor het niveau van zorg dat door de zorgverleners is gedefinieerd.
Maximumnorm	Normen die worden geformuleerd met het doel de gezondheidswinst te maximaliseren, ongeacht uitvoerbaarheid of kosten.
Volumenorm	Het minimum aantal verrichtingen (volume) door een zorgverlener (individueel of op centrumniveau) om expertise te behouden. Volumenormen hebben soms het karakter van een minimumnorm (veiligheidsnorm), soms van streefniveau.
Conditionele norm	Als-dan redeneringen waarbij een aanbeveling alleen onder bepaalde omstandigheden een norm wordt. Daarbij kan wederom onderscheid gemaakt worden tussen minimumnormen en streefniveaus.

Tabel 1: Status van aanbevelingen. Bron: Richtlijnen 2.0

Format van de richtlijn

Bij de opbouw van het richtlijndocument is het belangrijk om binnen de NVVC hetzelfde format aan te houden. Dit draagt bij aan de herkenbaarheid van NVVC richtlijnen. Het voorstel voor een format dat de NVVC hanteert per uitgangsvraag is te vinden in bijlage 1. De onderdelen die minimaal in de richtlijn vermeld moeten staan, zijn weergegeven in de checklist in bijlage 2.

De gehanteerde taal van de richtlijn is Nederlands.

Autorisatiefase

Alle wetenschappelijke verenigingen die deelnamen aan de richtlijnwerkgroep worden gevraagd om de richtlijn ter autoriseren. Ook wordt aan de deelnemende patiëntenorganisaties gevraagd goedkeuring te verlenen op ten minste door haar ingebracht en in de richtlijn verwerkte knelpunten. Het bureau van de NVVC heeft de regie over het versturen van de richtlijn voor autorisatie en is zodoende het centrale aanspreekpunt voor betrokkenen.

De richtlijn wordt binnen de NVVC ter autorisatie voorgelegd via de Commissie Kwaliteit.

Bekendmaking en implementatie

Geautoriseerde richtlijnen worden op de website van de NVVC gepubliceerd. Daarnaast wordt de nieuwe richtlijn aangekondigd in de nieuwsbrief en wordt getracht om de richtlijn in nationale tijdschriften te publiceren. Alle betrokken partijen worden op de hoogte gebracht van de geautoriseerde richtlijn.

Gedurende het hele richtlijnontwikkeltraject wordt al zoveel mogelijk rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van aanbevelingen.

Richtlijnimplementatie heeft aandacht bij de kwaliteitsvisiting en nascholing. De NVVC streeft naar een geïntegreerd kwaliteitsbeleid.

Onderhoud

Methodiek NVVC Richtlijnen

De NVVC streeft naar een regelmatig onderhoud van richtlijnen. De structuur en opzet hiervan is afhankelijk van het (zorg) onderwerp van een richtlijn (bijvoorbeeld aandoening gerelateerd onderwerp versus een organisatorisch en/of technisch onderwerp van een richtlijn). Voor iedere geautoriseerde richtlijn vermeldt de NVVC werkgroep één of meer experts aan om verantwoordelijkheid te dragen voor het onderhoud van een richtlijn gedurende een van tevoren bepaalde duur. Per richtlijn wordt de structuur van het onderhoud vastgelegd in het richtlijndocument.

Methodiek NVVC Richtlijnen

Bijlage 1. Format per uitgangsvraag

UITGANGSVRAAG

- **Inleiding**
- **Methode literatuuranalyse**
Wetenschappelijke vraagstellingen
Relevante uitkomstmaten
Zoeken en selecteren (Methode)
- **Samenvatting literatuur**
Beschrijving studies, met referenties
Resultaten
Bewijskracht van de literatuur
- **Conclusie**

<i>Bewijskracht</i>	
	<i>Referenties , jaartal</i>

- **Overwegingen**
- **Aanbevelingen**

	<i>Minimum/ Optimum</i>
--	-----------------------------

- **Literatuurlijst**

Bhakta, D., Groh, M. R., Shen, C., Pascuzzi, R. M., & Groh, W.J. (2010). Increased mortality with left ventricular systolic dysfunction and heart failure in adults with myotonic dystrophy type 1. *Am Heart J*, 160, 1137-41. **THIS IS AN EXAMPLE REFERENCE**

Bijlagen

Zoekverantwoordingen

Zoektermen behorend bij uitgangsvraag xxx	

Database: Medline (OVID) 1950 – [maand, jaartal]

Aantal hits

Evt. Evidence tabellen

Methodiek NVVC Richtlijnen

Bijlage 2. Checklist richtlijn

TITELBLAD	ja/nee
Naam richtlijn	
Naam initiatief nemende WV/ werkgroep	
In samenwerking met:	
Met ondersteuning van:	
Financiering	
OVERIGE VASTE ONDERDELEN	
Colofon: Naam WV, jaar van publicatie	
Disclaimer	
Samenstelling van de werkgroep (ook ondersteuners noemen.)	
Inhoudsopgave	
Samenvatting van de aanbevelingen, eventueel stroomdiagram	
Paragraaf organisatie van zorg	
HOOFDSTUK 1 ALGEMENE INLEIDING	
Aanleiding voor het maken van de richtlijn	
Definitie en doelstelling van de richtlijn	
Probleemomschrijving en afbakening: definitie, patiëntenpopulatie, etiologie, incidentie NL, relevante uitkomstmaten	
Methode richtlijnontwikkeling	
Knelpuntenanalyse: beschrijving methode (resultaten verwerken in tekst, evt. in bijlage)	
Proces samenstelling werkgroep	
Werkwijze werkgroep	
Patiënten participatie	
Implementatie	
Herziening: Afspraken benoemen over termijn van evaluatie van herziening en welke werkgroep hiervoor verantwoordelijk is.	
Literatuurlijst	
HOOFDSTUK 2 (EN VERDER) UITGANGSVRAAG 1 (EN VERDER)	
Uitgangsvraag:	
Inleiding Korte inleiding relevantie voor beantwoorden/herzien uitgangsvraag, relevante uitkomstmaten beschrijven.	
Samenvatting van de literatuur Korte samenvatting van het wetenschappelijk bewijs, waarbij ook aandacht is voor kosteneffectiviteit studies (wanneer voorhanden).	
Conclusies Niveau 1/2/3/4 Het is aangetoond/aannemelijk dat.... bronnen (mate van bewijs + auteursnaam + jaartal)	

Methodiek NVVC Richtlijnen

<p>Overwegingen</p> <p>Alle andere aspecten die niet in wetenschappelijke onderzoek zijn onderzocht maar wel van belang zijn bij het formuleren van de aanbeveling, bijv.</p> <ul style="list-style-type: none">• Kenmerken van het wetenschappelijk bewijs (bijv. sterkte van het effect, consistentie van het bewijs, generaliseerbaarheid),• Balans tussen voor- en nadelen (bijv. positief effect vs. bijwerkingen, risico's, complicaties)• Patiëntenvoorkeuren (bijv. behoeften van de patiënt, te verwachten tevredenheid)• Kosten (bijv. wegen kosten van investeren op tegen de baten)• Organisatie van zorg	
<p>Aanbevelingen</p> <p>De aanbeveling dient de uitgangsvraag te beantwoorden, gebaseerd te zijn op zowel conclusies uit de literatuur als overwegingen en in de praktijk implementeerbaar zijn. Hierbij kunt u overwegen om aanbevelingen door middel van een symbool te graderen.</p> <p>Aanbeveling</p> <ul style="list-style-type: none">• Type: minimum of streefniveau (wanneer van toepassing)• Indicatoren• Literatuur• Zoekverantwoording• Database(s), zoektermen, zoekbeperkingen, datum en resultaten (aantallen).• Evidencetabel• Colofon• Type uitgangsvraag (diagnostiek, behandeling, nazorg of overig), ICD-10 code, betrokken/relevante organisaties bij uitgangsvraag, jaartal uitvoeren systematische literatuursearch.	
HOOFDSTUK X IMPLEMENTATIEHOOFDSTUK	
Analyse van beperkende en bevorderende factoren voor implementatie, waarop het implementatieplan kan worden gebaseerd. Per streefniveau-aanbeveling een tijdspad voor implementatie beschrijven (mits van toepassing).	
BIJLAGEN	
Bijlage 1 Afkortingenlijst	
Bijlage 2 Belangenverklaringen	
Bijlage 3 Kennislacunes	
Evt. Bijlage 4 Uitkomsten knelpuntenanalyse	
Extra bij de richtlijn op te leveren: Implementatieplan: analyse van beperkende en bevorderende factoren voor implementatie, met daarbij interventies.	