

Nummer	Organisatie	Reactie	Naam	Email
1	Nederlandse Vereniging voor Orthopedie (NOV)	Nee	Gerben Aarnoudse	kwaliteit@orthopeden.org
2	Nederlandse Vereniging voor Oogheelkunde (NOG)	Nee	Astrid Balemans	a.balemans@oogheelkunde.org
3	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)	Nee	Janine Stark	kwaliteit@nvvc.nl
4	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA)	Ja	Laurel Pope	richtlijnen@nvza.nl
5	Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)	Ja	Willy de Keijzer	nvvr@radiologen.nl
6	(NVKC)	Ja	Wilhelmine Verboeket-van de Venne	wilhelmine@nvkc.nl
7	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)	Ja	A.M. Visser	secretariaat@nvmm.nl
8	Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF)	Ja	Bureau	bureau@nvkf.nl
9	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)	Nee	Inez Scheerhoorn-Tammer	I.Scheerhoorn@heelkunde.nl
10	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)	Nee	Bianca van Wetten	biancavanwetten@nvic.nl
11	Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)	Nee	Janet Wesseling	info@nvr.nl
12	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Nee	Femke Schoo	contactcentrum@nhg.org
13	Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)	Nee	Irma van de Beek	i.vd.beek@nki.nl
14	Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)	Nee	Marian Smit	richtlijnen@neurologie.nl
15	Patiëntenfederatie Nederland (PFNL)	Nee	Marianne Kremers	kwaliteit@patientenfederatie.nl
16	ZN Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Nee	Claudia Odijk	C.Odijk@zn.nl
17	Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)	Nee	Martine de Jong	martine.dejong@zkn.nl
18	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	Ja	Marieke Pestman en Reinder Tamminga	mm.pestman@igj.nl
19	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	Ja	Marieke Pestman Reinder Tamminga	mm.pestman@igj.nl
20	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)	Nee	Corine Ottevanger	kwaliteitscommissie@revalidatiegeneeskunde.nl
21	Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)	Nee	Lies Rijksen namens bestuur	l.rijksen@nvdv.nl
22	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)	Ja	Toon Lamberts	kwaliteitsprojecten@nvkg.nl
23	Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG)	Nee	Wendy Bakker	w.bakker@innovatievegeneesmiddelen.nl
24	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	Ja	Beb Jongerius	kennisdocumenten@nvz-ziekenhuizen.nl
25	Vereniging Klinisch Genetische Laboratoriumdiagnostiek (VKGL)	Ja	Monique Losekoot	M.Losekoot@lumc.nl
26	Nederlandse Vereniging van Maag, Darm-Leverartsen (NVMDL)	Ja	C. van Geenen-Meinster	kwaliteit@mdl.nl
27	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Ja	Esther van Wissen	esthervanwissen@nvog.nl
28	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Ja	Esther van Wissen	EsthervanWissen@nvog.nl
29	Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)	Nee	M. Losekoot	secretariaat@vkgn.org
30	Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)	Ja	Monique Losekoot	M.Losekoot@lumc.nl
31	Zorginstituut Nederland (ZiNL)	Nee	Margot van Diemen & Yvonne van Zijl	PMOZorg@zinl.nl

Nummer	Organisatie	Module	Pagina	Regel	Commentaar	Reactie werkgroepleden
51	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P3-P7	3	15	Deelname patiënten in de werkgroep ontbreekt.	Het patiëntenperspectief is meegenomen via een online vragenlijst onder panelleden van Patiëntenfederatie Nederland.
					De probleemstelling is niet precies. Zo ontbreekt een definitie van wat de schrijvers van dit stuk een diagnosefout vinden, waarbij de vaagheid nog toeneemt indien tussen haakjes staat verkeerd (= tov iemand die het beter weet, iemand die met de retrospectoscoop kijkt, iemand die nader beloop of vervolgegevens heeft, een tweede diagnose of wanneer is verkeerd nu verkeerd), gemist (= ?; bijvoorbeeld klein vlekje over het hoofd gezien en later gezien of bijvoorbeeld op borstfoto door radioloog niet te zien maar met AI wel, of verkeerde KUDO en poliep als gewoon adenomateus ingestuurd maar blijkt later toch CRC?), vertraagd (= door COVID omdat de boel dicht zit, omdat de MRI bezet is voor kankerdiagnostiek en daardoor wat later boven water, of omdat er onvoldoende OK-tijd is, of omdat een exoot/paarse kraai niet in eerste diagnostische ronde is meegenomen? Wie bepaalt transcobalamine in eerste instantie bij een laag B12?). Zonder hele precieze omschrijving is eigenlijk elke advies/opmerking/dataset/mededeling niet te duiden, want onzorgvuldig en een WV niet waardig. Bijkomend vind ik een probleem(stelling) dat elk diagnostisch proces een beperktere accuratesse heeft indien de ziekte minder prevalent is en dat -als regel- 90% van je diagnostische middelen moet worden ingezet om de laatste 10 % diagnoses boven water te halen, met overigens een steeds grotere onzekerheid. Dat brengt me op nog een probleemstelling, namelijk onzekerheid. Wij werken grotendeels met waarschijnlijkheden (Odds). Er is geen diagnostisch zekere test voor Crohn of colitis, het is een piketpaaltjes diagnose, voor heel veel andere ziektes geldt dat ook, terwijl van weer andere ziektes goede diagnostische testen zelfs ontbreken (TB van de darm ipv Crohn bijvoorbeeld). Dat leidt tot de conceptuele verwarring die ik proef uit het stuk; een arts heeft een inspanningsverplichting en geen resultaatverplichting. Je wordt geacht je best te doen naar eer en geweten, bij de juiste opleidings- en praktijkpapieren, te komen tot een nosologische eenheid van klachten en ziekte waar je vervolgens advies over geeft. Het is niet -en zo proef ik	Dank voor uw commentaar. Het diagnostisch traject is complex met een balans tussen over- en onderdiagnostiek. De definitie van een diagnosefout staat vermeld in H2. Hieruit blijkt dat indien het proces ten aanzien van de diagnosestelling optimaal verlopen is er geen sprake is van een diagnosefout. De diagnose had dan niet correcter of tijdiger gesteld kunnen worden op basis van de gangbare praktijk. In het risicoprofiel zijn ook voorbeelden gebruikt om meer context en duiding te geven aan de term diagnosefout. Belangrijk daarbij is dat het gaat om diagnosefouten met vermijdbare gevolgen en overdiagnostiek voorkomen dient te worden. In dit proces hebben artsen geen resultaatverplichting, maar een inspanningsverplichting. In de managementsamenvatting is meer uitleg toegevoegd over wat een diagnosefout is en wat potentiële aspecten zijn om te verbeteren. In deze uitleg is de nuancering van het proces en de complexiteit uitgebreider beschreven.
52	Nederlandse Vereniging van Maag, Darm-Leverartsen (NVMDL)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P5-P7	5	4	het uit dit stuk- een lekkende kraan, zoek het verkeerde leertje, en los dat op zo gauw je het	
53	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P3-P7	5	5	Waar is op gebaseerd dat naar verwachting alle patiënten een keer in zijn/haar leven in aanraking komt met een diagnosefout?	In de managementsamenvatting zijn bewust geen referenties opgenomen. De informatie is onderbouwd in het verdere risicoprofiel. In dit geval op p11 r38 en 39 met als referentie: (The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2015).
54	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P5-P7	5	7	"Diagnosefouten kunnen ernstige gevolgen hebben voor de patiënt en zijn een belangrijke oorzaak van zorg-gerelateerde schade. Een groot aandeel van deze diagnosefouten is vermijdbaar." Waaruit blijkt dat diagnose grotendeels vermijdbaar zijn?	Dank voor het opmerken van deze inconsistentie. De managementsamenvatting is grondig herzien en er is aangegeven dat: "Een groot aandeel van deze zorg-gerelateerde schade is vermijdbaar." In de managementsamenvatting zijn bewust geen referenties opgenomen. De informatie is onderbouwd in het verdere risicoprofiel. In dit geval op p12 r12 en 13 met als referenties: van Schoten, 2022; Langelaan 2017; Zwaan, 2010.
55	Nederlandse Vereniging van Maag, Darm-Leverartsen (NVMDL)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P5-P7	5	10	De enigszins nuancerende woorden in de samenvatting onder het kopje Complexiteit weerspiegelen bovenstaande problematiek niet, maar stipt nog wat extra problemen aan. Het is mij onduidelijk waarom de auteurs dus gemakkelijk constateren 'Dat neemt niet weg dat er ruimte is voor verbetering.' Ook hier weer, waarom en waarom zo onnauwkeurig beschreven wat er -los van de doodoener dat het altijd beter kan- er beter kan, en hoe dan de PDCA cyclus gezien moet worden.	Dank voor uw reactie. Uw heeft gelijk dat de laatste zin niet geconstateerd kan worden op basis van voorgaande informatie. Deze zin is daarom verwijderd.
56	Vereniging Klinisch Genetische Laboratoriumdiagnostiek (VKGL)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P3-P7	5	25	'zo accuraat mogelijk' kan wel 'fout' zijn, spreken we dan ook van een diagnosefout als het niet accurater of tijdiger kan/kon?	Dank voor uw reactie. In de managementsamenvatting is meer uitleg toegevoegd over wat een diagnosefout is en wat potentiële aspecten zijn om te verbeteren. De definitie van een diagnosefout staat vermeldt in H2. Hieruit blijkt dat indien het proces ten aanzien van de diagnosestelling optimaal verlopen is er geen sprake is van een diagnosefout. De diagnose had dan niet correcter of tijdiger gesteld kunnen worden op basis van de gangbare praktijk.
57	Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P3-P7	5	25	'zo accuraat mogelijk' kan wel 'fout' zijn, spreken we dan ook van een diagnosefout als het niet accurater of tijdiger kan/kon?	Dank voor uw reactie. In de managementsamenvatting is meer uitleg toegevoegd over wat een diagnosefout is en wat potentiële aspecten zijn om te verbeteren. De definitie van een diagnosefout staat vermeldt in H2. Hieruit blijkt dat indien het proces ten aanzien van de diagnosestelling optimaal verlopen is er geen sprake is van een diagnosefout. De diagnose had dan niet correcter of tijdiger gesteld kunnen worden op basis van de gangbare praktijk.

				<p>De Visie verandert niets aan wat er hedentendage en in het verleden verwacht wordt van je als arts. Ik zou het wel anders formuleren, want door patiënten ervaren klachten laten zich vaak niet goed medisch-technisch duiden (neem bijvoorbeeld vermoeidheid of buikpijn), alle diagnostiek ten spijt. De overdiagnostiek om de zeldzame diagnose vast te stellen tiert welig en moet onder het mom van zinnige en gepaste zorg worden teruggedrongen, zo leren andere nota's/opvattingen van onze vereniging, FMS, ZKV en VWS.</p> <p>De bevindingen van het onderzoek leidt tot de curieuze zin; Dit risicoprofiel laat zien dat.... Een typisch gevalletje van personificatie of, meer filosofisch, reïficatie. Het risicoprofiel kan namelijk helemaal niks. Het zijn de auteurs die dat profiel opstellen. Het is niet neutraal en boven twijfel verheven, maar een -naar eer en geweten opgestelde- mening van de auteurs. Ik betwijfel dus zeer of 'een substantieel deel van deze fouten vermijdbaar is.' Hoe zo? En waarop gebaseerd? En is er dan al een PDCA cyclus geweest van een interventie om het te verbeteren? En waarom denken de auteurs dat een interventie zou helpen? Iets verder staat dat "klinisch redeneren door gebrek aan kennis..' leidt tot diagnosefouten. Ik snap niet wat hier bedoeld wordt.</p> <p>En nog weer verder; Patiënten noemen LO als reden voor diagnosefouten. Door het wel of niet verrichten van LO? Kennen de auteurs ook de literatuur over de accuratesse van hedendaags LO? Is wat patiënten vinden wetenschappelijke evidence?</p>	<p>Dank voor uw commentaar. In de managementsamenvatting zijn de bronnen niet vermeld, maar in H2 zijn de definities met bijbehorende uitgebreider beschreven. Naast definities zijn ook voorbeelden gebruikt om meer context en duiding te geven. Belangrijk daarbij is dat het gaat om diagnosefouten met vermijdbare gevolgen en overdiagnostiek voorkomen dient te worden. In dit proces hebben artsen geen resultaatverplichting, maar een inspanningsverplichting. In de managementsamenvatting is meer uitleg toegevoegd over wat een diagnosefout is en wat potentiële aspecten zijn om te verbeteren. En is deze gronding herzien.</p> <p>Met betrekking tot patiënten en LO, dit punt gaat over dat patiënten zich niet gehoord voelen. Als onderbouwing is onder meer een enquête onder patiënten uitgevoerd waarvan de resultaten gepresenteerd zijn in het risicoprofiel. Er is meer duiding toegevoegd aan de managementsamenvatting over wat hier bedoeld wordt.</p>
Nederlandse Vereniging van Maag, 58 Darm-Leverartsen (NVMDL)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P5-P7	5	36		
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 59 (IGJ)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P5-P7	5	43	Deze hele zin is onleesbaar. 'Aanvullend onderzoek, waaronder het aanvragen van benodigde testen, de beoordeling en rapportage van verricht onderzoek door gebrek aan context-specifieke kennis en fouten als gevolg van een verkeerde planning of uitvoering van taken, door bijvoorbeeld het niet volgen van bestaande protocollen.'	Dank voor deze opmerking. De zin als volgt aangepast: Aanvullend onderzoek waaronder: het aanvragen van benodigde testen, de beoordeling en rapportage van verricht onderzoek en planning of uitvoering van taken. Gebrek aan context-specifieke kennis en het niet volgen van bestaande protocollen spelen hierbij een rol.
Vereniging Klinisch Genetische 60 Laboratoriumdiagnostiek (VKGL)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P5-P7	6	9	wat is tijdig? voordat er schade optreedt?	Dank voor deze opmerking. De managementsamenvatting is naar aanleiding van het commentaar grondig herzien. Daarin is aangepast: Het is belangrijk om de dagelijkse praktijk zo in te richten dat het risico op diagnosefouten zo klein mogelijk is, en een eventuele diagnosefout tijdig wordt herkend en zorg-gerelateerde schade wordt voorkomen voordat er schade optreedt.
Vereniging Klinische Genetica 61 Nederland (VKGN)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P5-P7	6	9	wat is tijdig? voordat er schade optreedt?	Dank voor deze opmerking. De managementsamenvatting is naar aanleiding van het commentaar grondig herzien. Daarin is aangepast: Het is belangrijk om de dagelijkse praktijk zo in te richten dat het risico op diagnosefouten zo klein mogelijk is, en een eventuele diagnosefout tijdig wordt herkend en zorg-gerelateerde schade wordt voorkomen voordat er schade optreedt.
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 62 (IGJ)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P5-P7	6	11	de samengevoegde aanbevelingen maken het geheel niet duidelijker. De zinnen zijn te lang. De aanbevelingen volgen niet duidelijk uit de bevindingen, lijken eerder bij elkaar bedacht, de relatie is niet helder.	Dank voor uw commentaar. De zinnen zijn aangepast om het leesbaarder te maken en de koppeling tussen de verbeteringen en aanbevelingen zijn sterker aangezet.
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 63 (IGJ)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P5-P7	6	12	Adequate kennis komt gelukkig niet alleen voort uit het leren van calamiteiten en tuchtzaken. Positieve insteek is beter.	Dank voor uw commentaar. SAFETY II gaat over het benoemen van wat goed gaat. Deze aanpak is nu opgenomen in H7 van het risicoprofiel en een referentie is toegevoegd aan H8.
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 64 (IGJ)	Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P5-P7	6	19	Het is onmogelijk voor een zorginstelling om prioriteit te geven aan het diagnostisch proces waar het behandelproces en de nazorg even belangrijk zijn. Wordt bedoeld dat, gezien de bevindingen, in het diagnostisch proces prioriteit moet worden gegeven aan structurele analyse omdat dat nu te veel ad hoc gebeurt?	Dank voor deze opmerking. De managementsamenvatting is naar aanleiding van het commentaar grondig herzien. Daarin is aangepast: Zorginstellingen dienen proactief risico's binnen het diagnostisch proces te verbeteren door structureel risico's in kaart te brengen door bijvoorbeeld het invoeren van kwaliteitsregistratie op dit gebied en structurele analyses van klachten van patiënten.

<p>Nederlandse Vereniging van Maag, Darm-Leverartsen (NVMDL)</p>	<p>Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P5-P7</p>	<p>6</p>	<p>21 In de Aanbevelingen vind ik ook een paar bijzondere observaties. Diversiteit van casuïstiek wordt aanbevolen. Hoe kan dat bij steeds kortere opleiding en steeds minder patiënten die als geheel gezien worden -waarbij vaak het diagnostische proces over verschillende artsen (AIOS) heenloopt (bijv SEH, stage, volgende stage etc etc)- diversiteit van casuïstiek geborgd worden? Leren van tuchtzaken lijkt me overigens dempen van putten nadat... Tuchtzaken betreffen dan ook meestal dokters die onvoldoende hun best deden in de ogen van de tuchtrechters (juristen)) en communicatie dan diagnostic accuracy. Als thans onvoldoende kennis is van diagnostische kennis dan lijkt me ook iets mis met het continue opleiden zoals gebruikelijk deze tijd met de 40 studiepunten per jaar. Bedoelen de auteurs dat? Opleiding deugt niet? Structurele analyse van klachten, regel 21 (die vaak niet diagnostic accuracy betreffen overigens) voorondersteld dat daar de maat ligt, quod non naar mijn idee. Ook de idee dat meer beschikbare data- die overigens per definitie onbetrouwbaar zijn- leiden tot betere behandeling is een bestuurlijk dogma dat geen enkele wetenschappelijke onderbouwing heeft, eerder tegenovergesteld, en dat leidt tot allerlei kosten die door ziekenhuizen niet meer kunnen worden opgebracht (zie ook regels 29-30). Deze ideële paragraaf behoeft heel veel meer onderbouwing -en vervolgens dus beperking tot een paar kleine deelgebiedjes- dan de platitudes die er nu staan. Patiënten die vragen stellen en patiëntenportalen verschuiven de verantwoordelijkheid van de diagnose naar de patiënt (die volgens WGBO overigens informatie verstrekken al als taak heeft), ook weer zo'n politiek bestuursdogma, dat geen onderbouwing van wetenschappelijke aard heeft. Het klinkt wel leuk hoor, maar getallen of verslagen dragen aan de niet ter zake deskundige meer bij aan verwarring dan aan helderheid, laat staan aan hulp bij het diagnostische proces. De informatievoorziening gaat uit van de vooronderstelling dat objectieve gegevens de lading van ziekte en diagnose geheel dekken (quod non, zie boven) of erger dat de patiënt de eigen subjectieve klacht nu wel/niet vertaalt ziet in medische maat en getal. Voor een ieder die aan een doktersbureau heeft gezeten weet dat dat ijdele hoop is,</p>	<p>Dank voor uw commentaar. In de managementsamenvatting zijn de bronnen niet vermeld, omdat de aanbevelingen vanuit het risicoprofiel volgen. De onderbouwing met bronnen is terug te vinden in het risicoprofiel. De aanbevelingen zijn aangepast om het leesbaarder te maken en de koppeling tussen de verbeteringen en aanbevelingen zijn sterker aangezet.</p> <p>Met betrekking tot patiënten: Het was niet de bedoeling te impliceren dat patiënten verantwoordelijkheid dragen om diagnosefouten te vermijden. Wel kunnen patiëntenportalen een kans bieden aan patiënten die dat willen en kunnen om meer regie te krijgen over het zorgproces. In het risicoprofiel is meer ruimte om dit genuanceerd te beschrijven in het kader van het closed-loop principe, maar in de management samenvatting is deze aanbeveling verwijderd.</p>
<p>Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)</p>	<p>Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P5-P7</p>	<p>6</p>	<p>23 De verdeling in aanbevelingen in allerlei adressanten is wel vreemd, vraag ook of het effectief is. Sommige aanbevelingen liggen ook buiten de scope van wat haalbaar is, bijvoorbeeld door wetgeving.</p>	<p>Het is geen richtlijn maar een rapport dus we hebben de actiepunten per addressant uitgesplitst.</p>
<p>Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)</p>		<p>6</p>	<p>31 Waarom niet rechtstreeks te richten tot onderzoeksorganisaties dan wel vanuit de wetenschappelijke verenigingen aanvragen voor onderzoeksprojecten bij deze organisaties in te dienen</p>	<p>Dank voor deze opmerking. De managementsamenvatting is naar aanleiding van het commentaar grondig herzien. Daarin is dusdanig aangepast dat beide partijen geaddressed worden: Wetenschappelijke verenigingen kunnen onderzoeksvragen op het gebied van het diagnostisch proces prioriteren voor onderzoek en daardoor onderzoeksorganisaties ondersteunen om onderzoek te financieren met vraagstellingen die belangrijk zijn om het diagnostisch proces te optimaliseren.</p>
<p>Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)</p>	<p>Samenstelling van de werkgroep, Management samenvatting P3-P7</p>	<p>6</p>	<p>35 Patienten kunnen toch geen verantwoordelijkheid dragen in het vermijden van diagnostische fouten? ligt het in het kader van de richtlijn niet meer op de weg van de behandelaren om patiënten te stimuleren het verloop van hun eigen zorgproces te monitoren?</p>	<p>Klopt dat patiënten geen verantwoordelijkheid dragen om diagnosefouten te vermijden. Het kan wel een kans bieden aan patiënten die dat wil en kan om meer regie te krijgen over het zorgproces.</p>
<p>Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)</p>	<p>Inleiding: P8</p>	<p>8</p>	<p>0 Vanuit de Federatie van Medisch Specialisten wordt dit document gezien als een soort geïntegreerde taakset voor ondersteunende specialisten. Verzoek om dit expliciet in de tekst te benoemen.</p>	<p>Dank voor uw commentaar. De werkgroep deelt dat niet alleen een test, maar ook de expertise en medisch specialistische duiding belangrijk is. Dit valt onder communicatie tussen de aanvrager en ondersteuner en staat in H7 als 1e bullet bij aanvullend onderzoek beschreven. Daarnaast is in H7 als mogelijke barrière bij het opvolgen van testresultaten vermeld: "Centralisering van diagnostische partijen en de grotere (fysieke) afstand tussen een diagnostische partij/ondersteunend specialist en de aanvragen." Ook is in het nawoord bij zorginstellingen/NVZ/NFU toegevoegd: "Borg niet alleen het diagnostisch testproces maar ook bijbehorende diagnostische dienstverlening waaronder bereikbaarheid, scholing, diagnostic stewardship en consultvoering".</p>

				<p>PM: Geen selectiemogelijkheid voor overig commentaar. Daarom bij Inleiding toegevoegd:</p> <p>Algemeen commentaar: Een mooie onderbouwd document over een heel belangrijk onderwerp. Compleet met mogelijke fouten in het diagnostisch proces van verschillende kanten belicht.</p> <p>Atypische ziektenpresentatie wordt genoemd als een van de belangrijke factoren die fouten in diagnostisch proces kunnen veroorzaken. In de concept richtlijn staat weinig beschreven over wat atypische ziektepresentatie dan is en bij welke categorieën hier dan in het bijzonder op gelet moet worden. GEzien de ziekenhuispopulatie over het algemeen ouder is en met steeds meer bestaande multimorbiditeit zou ik deze groep patiënten wel expliciet noemen.</p>	Dank voor uw opmerking. Omdat multimorbiditeit ook als risicofactor uit onze literatuuronderzoek komt hebben we dit punt expliciet benoemd bij de vermelding van atypische klachten/ziektepresentatie.
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)	Inleiding: P8	8	1		
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	Inleiding: P8	8	19	IGJ moet IGJ zijn, komt een paar keer voor.	Aangepast op p8 r19 en p12 r 17.
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Inleiding: P8	8	19	IGJ i.p.v. Igj	Aangepast.
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Hoofdstuk 1: Diagnostisch proces P9-P10	9	10	In het diagnostisch proces ontbreekt de rol van richtlijnen. Welke tests moeten volgens de richtlijn worden ingezet en hoe verhoudt zich dit tot het klinisch redeneren?	Aangezien het geen richtlijn/leidraad is, worden geen wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen geformuleerd. Dit zijn goede suggesties voor vervolgstappen, maar vallen buiten de scope van dit project.
Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)	Hoofdstuk 2: Diagnosefouten P11-P13	11	30	Als een patiënt overlijdt na multipale CT scans / nierfalen ontstaat door contrast, is dat een calamiteit / ernstige complicatie dan wel een organisatorische of menselijke fout, dus dit voorbeeld lijkt in dit kader niet op zijn plaats. De NVvR opteert voor een ander voorbeeld die de complexiteit in een diagnostische complicatie mooi inzichtelijk maakt; multipale betrokken zorgverleners, communicatie, ICT etc..	Dank voor uw commentaar. Een ander voorbeeld is beschreven.
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Hoofdstuk 2: Diagnosefouten P11-P13	12	8	De focus op calamiteiten als bron voor verbetering laat een groot deel van de zorg onbelicht. Interessanter is het te bezien hoe vaak een fout in het diagnostisch proces wordt herkend of tijdig bijgesteld. Daarmee is er een groter potentieel om fouten te verminderen.	Dank voor uw commentaar. SAFETY II gaat over het benoemen van wat goed gaat. Deze aanpak is nu opgenomen in H7 van het risicoprofiel en een referentie is toegevoegd aan H8.
Vereniging Klinisch Genetische Laboratoriumdiagnostiek (VKGL)	Hoofdstuk 3: Werkwijze P14-P15	14	10	Uit de definitie leidt ik af dat we een resultaatverplichting hebben en geen inspanningsverplichting. Betekent dat dus "liever geen diagnose dan een foute diagnose"?	Dank voor uw commentaar. Het gaat om een inspanningsverplichting. Dit is in H2 nader toegelicht door aan te geven dat het gaat om een optimaal diagnostisch proces en niet noodzakelijkerwijs tot de resultaatverplichting om te komen tot een correcte en tijdige diagnose.
Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)	Hoofdstuk 3: Werkwijze P14-P15	14	10	Uit de definitie leidt ik af dat we een resultaatverplichting hebben en geen inspanningsverplichting. Betekent dat dus "liever geen diagnose dan een foute diagnose"?	Zie reactie hierboven.
Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 3: Werkwijze P14-P15	14	41	Op zich wel jammer dat verpleegkundigen niet goed in beeld zijn geweest. Onze ervaring is dat zij nogal eens opdrachten van een arts moeten uitvoeren, maar lang niet altijd goede instructies krijgen wat precies op het afgenomen materiaal moet worden aangevraagd. Dat resulteert nogal eens in veel te veel vragen, niet het juiste vragen of afnemen in een verkeerd vehicle waardoor de test niet kan worden uitgevoerd. Verpleegkundigen spelen dus wel een rol in de keten van diagnostiek, maar zijn vaak minder goed in beeld bij de ondersteunende vakgebieden.	De werkgroep deelt het belang van de rol van verpleegkundigen in het diagnostisch proces. De V&VN is op meerdere momenten benaderd met het verzoek om bij te dragen aan het risicoprofiel, maar hebben helaas aangegeven geen interesse te hebben in deelname. Ze zijn wel uitgenodigd om commentaar te geven.
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Hoofdstuk 3: Werkwijze P14-P15	14	44	168 VIM meldingen is best weinig om een betrouwbare analyse op te doen. Waarom 244 ziekenhuizen?	Omdat VIM meldingen vaker voorkomen dan calamiteiten is om pragmatische reden gekozen voor participatie van een academisch en een algemeen ziekenhuis. Daarnaast vermelden VIM meldingen beperkte details van het diagnostisch proces en heeft de werkgroep besloten het onderzoek niet uit te breiden naar meer ziekenhuizen gezien de beperkte informatie die de eerste 168 meldingen opleverden.
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Hoofdstuk 4: Achtergrondkenmerken onderzochte populaties P16-P18	16	1	tabel 1: Cijfers zijn verschoven en daardoor is de tabel niet duidelijk.	Aangepast.

						Het patiëntenpanel van Patientenfederatie Nederland betreft een grote groep patiënten die zich vrijwillig heeft aangemeld voor het panel en kunnen deelnemen aan vragenlijsten die worden uitgestuurd. Zie blz. 16 van het bijlagen document.
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	10	Hoofdstuk 5: Waar in het diagnostisch proces treden fouten op die leiden tot een diagnosefout? P 19-P24	19	1	Laatste regel: Hoe zijn patiënten in het panel gekomen? Willekeurig? Of moesten ze zich opgeven. In dat laatste geval is er risico op bias Pag. 23: Ook hier ontbreekt de rol van richtlijnen en professionele standaard waaraan een medicus moet voldoen, en als backbone voor het klinisch redeneren. Daarbij kan een richtlijn ook dienen als leidraad voor het aanvragen van aanvullende diagnostiek	Dank voor de suggestie. Richtlijnen en leidraden kunnen ondersteunen, dit hebben we toegevoegd aan H7 mogelijkheden voor verbetering. Een kanttekening hierbij is dat de meeste medisch specialistische richtlijnen niet gericht zijn op een symptoom, maar op ziekte/diagnose. Bij triageposten en huisartsenrichtlijnen is dit wel vaak opgenomen. In H5 waar dit commentaar gemaakt is, is deze toevoeging niet op zijn plek want deze tekst is gebaseerd op VIM-meldingen, calamiteitenrapportage en literatuuronderzoek.
Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC)	11	Hoofdstuk 5: Waar in het diagnostisch proces treden fouten op die leiden tot een diagnosefout? P 19-P24	19	16	Om te voorkomen dat gedacht wordt aan falen van een testuitslag: "het falen van of vertraagde follow-up van een testuitslag" vervangen door "het falen dan wel vertraging van follow-up van een testuitslag"	Aangepast.
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	12	Hoofdstuk 5: Waar in het diagnostisch proces treden fouten op die leiden tot een diagnosefout? P 19-P24	23	35	Ook hier mis ik de rol van richtlijnen en professionele standaard waaraan een medicus moet voldoen, en als backbone voor het klinisch redeneren. Daarbij kan een richtlijn ook dienen als leidraad voor het aanvragen van aanvullende diagnostiek	Dank voor de suggestie. Richtlijnen en leidraden kunnen ondersteunen, dit hebben we toegevoegd aan H7 mogelijkheden voor verbetering. Een kanttekening hierbij is dat de meeste medisch specialistische richtlijnen niet gericht zijn op een symptoom, maar op ziekte/diagnose. Bij triageposten en huisartsenrichtlijnen is dit wel vaak opgenomen. In H5 waar dit commentaar gemaakt is, is deze toevoeging niet op zijn plek want deze tekst is gebaseerd op VIM-meldingen, calamiteitenrapportage en literatuuronderzoek.
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	13	Hoofdstuk 6: Oorzaken van diagnosefouten P25-P30	25	27	Hoezo is wegvallen van expertise door centralisering van acute zorg een factor?	Dank voor uw commentaar. Meer nuancering is toegevoegd
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	14	Hoofdstuk 6: Oorzaken van diagnosefouten P25-P30	25	41	P25 Vim rapportagesEn bij pathologie?	Doordat er maar 3 meldingen betrekking hadden op de pathologie zijn deze gegevens niet weergegeven.
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)	15	Hoofdstuk 6: Oorzaken van diagnosefouten P25-P30	28	36	De beschreven patiëntkenmerken kunnen worden onderverdeeld in twee groepen: "patiënten met een hoger risico op een atypische presentatie", zoals bijvoorbeeld jonge vrouwen die zich vaker op een atypische manier presenteren met een acuut coronair syndroom dan ouderen mannen en "kwaliteit van het arts-patiëntcontact". Artsen dienen zich bewust te zijn dat er een rol kan zijn voor deze twee factoren bij het optreden van een diagnosefout. Ook veel oudere patiënten, zeker de patiënten met cognitieve stoornissen en multimorbiditeit hebben een verhoogd risico op atypische ziektenpresentatie, waarbij ze zich presenteren met geriatrische syndromen. Dit zou hier ook expliciet vermeldt kunnen/moeten worden.	Multimorbiditeit is expliciet toegevoegd op meerder lokaties in het risicoprofiel en de zin zoals voorgesteld is toegevoegd.
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	16	Hoofdstuk 6: Oorzaken van diagnosefouten P25-P30	29	9	In hoeverre acht de werkgroep het wenselijk om bij deze patiëntengroep extra controles in te plannen om daarmee het diagnostisch proces te verbeteren? (gepast gebruik?)	Dit is een rapport over een risicoinventarisatie van het diagnostisch proces. Aangezien het geen richtlijn/leidraad is, worden geen wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen geformuleerd. Dit zijn goede suggesties voor vervolgstappen, maar vallen buiten de scope van dit project.
Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)	17	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	30	35	"Deze treden op bij klinisch redeneren en uitvoering van aanvullend onderzoek door gebrek aan kennis en kunde." Uit de tekst is niet te herleiden dat fouten bij de uitvoering van aanvullend onderzoek ontstaan door gebrek aan kennis en kunde.	zie pg 28 r 5-7 Andere opvallende zaken zijn kennis en kunde als 5 de meest voorkomende basisoorzaak bij het optreden van een verkeerde analyse van een 6 laboratorium of radiologische test of bij het falen van of vertraging in het overwegen van de diagnose 7 (klinisch redeneren).
Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)	18	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	32	0	Hier wordt niet vermeld wat de bron/ ontstaanswijze is van deze adviezen	Voor de adviezen is onderbouwing uit de resultaten van het risicoprofiel (eigen onderzoek, key literatuur uit het buitenland en expert opinion). In de tekst is toegevoegd waarop de adviezen gebaseerd zijn en zijn extra referenties toegevoegd voor de key publicaties in H8.
Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)	19	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	32	13	"Aanvullend onderzoek (waaronder het aanvragen van benodigde testen), het aflezen/beoordelen van onderzoek en rapportage met als belangrijkste basisoorzaken gebrek aan kennis en kunde en fouten bij coördinatie of planning van taken; " Het aflezen/ beoordelen van onderzoek; wat wordt hiermee bedoeld? Uit de voorgaande tekst is niet te herleiden dat dit een rol speelt.	Zie tabel pg 21. Aangepast naar de technische uitvoering (waaronder de beoordeling van onderzoek op het laboratorium of de radiologie afdeling).
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	20	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	32		P32 klinisch redenerenWaar is de rol van het MDO of teamreflectie in de bijstelling/beoordeling van de diagnose?	Dank voor uw suggestie. Dit hebben we toegevoegd.

Nederlandse Vereniging voor 22 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	33	14	Als mogelijk verbeterpunt ook benoemen het hebben van een compleet en informatief laboratorium vademecum (naast de andere punten die al waren genoemd). NB in een situatie waarin alle vragen via het EPD binnen komen, zou de aanvraagmodule in het EPD (bullet 3) de functie van een vademecum volledig kunnen overnemen.	Dank voor uw suggestie voor het informatief vacuudum. Dit is te specifiek voor dit risicoprofiel. We benoemen wel al in het risicoprofiel dat het EPD kan helpen als beslisondersteuning.
Nederlandse Vereniging voor 21 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	33	33	Mogelijke barrières bij deze verbetermogelijkheden zijn: Commercialisering van diagnostische partijen en een grotere afstand tussen een diagnostische partij/ ondersteunend specialist en de aanvragen zijn ook barrières.	Dank voor uw suggesties. We hebben op basis van het commentaar rondom geïntegreerde taakset (rij 20) meer toegevoegd in H7 de 1e bullet bij aanvullend onderzoek over communicatie tussen de aanvrager en ondersteuner. Daarnaast is in H7 als mogelijke barrière bij het opvolgen van testresultaten vermeld: "Centralisering van diagnostische partijen en de grotere (fysieke) afstand tussen een diagnostische partij/ondersteunend specialist en de aanvragen". Ook is in het nawoord bij zorginstellingen/NVZ/NFU toegevoegd: "Borg niet alleen het diagnostisch testproces maar ook bijbehorende diagnostische dienstverlening waaronder bereikbaarheid, scholing, diagnostic stewardship en consultvoering".
Nederlandse Vereniging voor 23 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	34	0	Op pagina 34 bovenaan noemen dat het belangrijk is dat in het EPD expliciet vastgelegd is wie (of welk specialisme) op dat moment de hoofdbehandelaar is, om het terugkoppelen volgens het closed-loop systeem te faciliteren.	Aangepast.
Nederlandse Vereniging voor 24 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	34	0	r1:"Het doorgegeven van kritieke bevindingen of twijfelgevallen via een closed-loop principe vanuit uitvoerder van het aanvullend onderzoek richting zowel hoofdbehandelaar als aanvrager." r8"Verbeteren van follow-up van afwijkende uitslagen door directe, mondelinge, communicatie tussen aanvrager en uitvoerder van het onderzoek (ondersteunend specialisme) bij belangrijke uitslagen met een bepaalde urgentie of bij complexe interpretatie." Het verschil tussen beide punten is me niet helemaal duidelijk. Wordt bij het eerste punt schriftelijke communicatie bedoeld? Wat wordt precies bedoeld met closed-loop?	Bij het eerste punt wordt met name schriftelijke communicatie bedoeld, indien nodig aangevuld met mondelinge communicatie indien een uitslag urgent is. Dit hebben we in de tekst verduidelijkt.
Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde 27 (NVKC)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	34	1	"doorgegeven" vervangen door "doorgeven"	Aangepast.
Nederlandse Vereniging voor 25 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	34	8	Opvolgen van afwijkende testresultaten omwille van de leesbaarheid zou ik de barrières hier ook puntsgewijs benoemen. Commercialisering van diagnostische partijen en een grotere afstand tussen een diagnostische partij/ ondersteunend specialist en de aanvragen zijn ook barrières.	Aangepast.
Nederlandse Vereniging voor 26 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	34	17	onvoldoende prioriteit voor scholing van ziekenhuismedewerkers bij het gebruik van het EPD, zodat niet alle functionaliteiten optimaal worden gebruikt Waar komt deze veronderstelling vandaan?	Dank voor uw commentaar. We zijn het met u eens dat dit niet op zijn plek is in H7, maar beter past als advies in H8.
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	34	21	P34 overdracht r21: Bestru estructureerd overdragen middels SBAR en /of een goede ontslagbrief bij overdracht zijn niet alleen afhankelijk van een uniform EPD. Het vraagt discipline van overdragende partijen die ook zonder EPD kans van slagen heeft, hoewel een uniform EPD zeker minder kans op fouten geeft. P34 laatste alinea r36: Hoe beoordeelt de werkgroep de factor tijd in de huidige tijd van schaarste van personeel? Het is niet reëel te veronderstellen dat er meer tijd beschikbaar komt.	Dank voor uw opmerking. Ter kennisgeving aangenomen. Dit aspect gaat over de kwaliteit van het gesprek en de patiënt hierin beter horen, dit kost niet meer tijd. Dit is hergeformuleerd om aan te geven dat meer ruimte aan de patiënt de kwaliteit van het gesprek verbeterd.
Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde 28 (NVKC)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	34	23	"ten alle tijden" vervangen door "te allen tijde"	Aangepast.
Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde 29 (NVKC)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	34	38	De volgende zin loop niet: "Andere zaken die belangrijk zijn bewustwording van atypische ziektepresentaties, framing en stigmatisering,". Voorstel: "Verder is bewustwording van atypische ziektepresentaties, framing en stigmatisering belangrijk,"	Aangepast.

Nederlandse Vereniging voor 31 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	35	3e opsommetje: Graag hier ook expliciet arts-microbioloog toevoegen. Onze aanvragen 25 worden ook nogal eens uitgevoerd en gedaan door verpleegkundigen wat extra risico heeft.	Aangepast.
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie 36 en Gynaecologie (NVOG)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	35	P35 zorginstellingen NVZ NFU 29 verhouding tot wat het moet gaan opleveren? Wie moet dit gaan registreren?	Dank voor uw opmerkingen. De tweede en derde bullets over kwaliteitsregistratie zijn samen gevoegd en aangepast naar: "Denk na over een kwaliteitsmonitoring ten aanzien van het diagnostisch proces, door bijvoorbeeld een structurele analyses van klachten van patiënten om het diagnostisch proces te monitoren en op basis hiervan te leren en te verbeteren."
Nederlandse Vereniging voor 33 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	35	Zorginstellingen/NVZ/NFU 30 Diagnostisch proces niet loskoppelen van ondersteunende specialisten en in nabijheid van aanvragers houden.	Toegevoegd.
Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde 35 (NVKC)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	35	40 "Borg de het proces van diagnostisch uitslagen door middel van een closed-loop proces." Dit is ondoenlijk voor de veelheid aan diagnostische testresultaten. Hier wordt waarschijnlijk een selectie van uitslagen bedoeld, zoals onverwachte bevindingen. Graag tekst als zodanig aanpassen.	Dit is aangepast, zie pg 34.
Nederlandse Vereniging voor 32 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	35	6e opsommetje: Borg de het proces van diagnostisch uitslagen door middel van een closed- loop proces. Ter overweging: Wellicht is ook belangrijk dat bij keuze voor uitbesteding aan een laboratorium buiten de regio of aan een laboratorium ,et commerciële belangen expliciet risico inventarisatie dient te gebeuren t.a.v. bereikbaarheid, geven van scholing, bijdragen aan diagnostische protocollen, het door een laboratorium specialist kunnen bijsturen van diagnostiek op basis van klinische gegevens in belang van de patiënt ipv puur u vraagt wij draaien) etc. Binenn een regio wordt vaak ook actief zaken tussen bijv artsen-microbioloog overgedragen als een patiënt binnen de regio naar ander ziekenhuis gaat omdat men elkaar kent (althans is zo in onze regio)	Dank voor uw commentaar. In het nawoord bij zorginstellingen/NVZ/NFU is toegevoegd: "Borg niet alleen het diagnostisch testproces maar ook bijbehorende diagnostische dienstverlening waaronder bereikbaarheid, scholing, diagnostic stewardship en consultvoering".
Nederlandse Vereniging voor 32 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	35	41 Besluitvorming is nu nl vaak erg op prijs georiënteerd	
Nederlandse Vereniging voor Klinische 34 Fysica (NVKF)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	35	43 Evt overwegen om in het nawoord bij de WV'en en Federatie een actiepunt te laten toevoegen mbt "Het faciliteren / of nader onderzoek doen naar het opzetten van een landelijke incidenten analyse specifiek voor medische technologie in het diagnostisch proces?"	Dank voor uw suggestie. Aangezien de exacte uitwerking van hoe de analyse eruitziet buiten de scope van dit risicoprofiel valt, is uw suggestie in algemene vorm overgenomen. In het nawoord bij de WV'en en Federatie is als actiepunt toegevoegd: "Onderzoek de meerwaarde van een systeem om incidenten te registreren".
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie 41 en Gynaecologie (NVOG)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	36	0 P36 onderzoek Alle aanbevelingen zijn erg Safety 1 gericht. Ik mis een gedegen proces analyse waarbij de focus op de werkvloer ligt en potentie van veiligheidsmechanismen onder aanpak is nu opgenomen in H7 van het risicoprofiel en een referentie is toegevoegd aan H8.	Dank voor uw commentaar. SAFETY II gaat over het benoemen van wat goed gaat. Deze aanpak is nu opgenomen in H7 van het risicoprofiel en een referentie is toegevoegd aan H8.
Nederlandse Vereniging voor 38 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	36	10 Blz 36, eerste alinea, 5e bullet: 'Overweeg om het diagnostisch proces te prioriteren voor een verbeterdoel' lijkt ons na dit hele onderzoek wat zwak uitgedrukt. Suggestie: "Maak een speerpunt van het verbeteren van het diagnostisch proces".	Overgenomen.
Nederlandse Vereniging voor 39 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	36	10 Op 2 plaatsen: Overweeg om het diagnostisch proces te prioriteren voor een verbeterdoel. Wat wordt hiermee bedoeld?	Aangepast n.a.v. suggestie hierboven: "maak een speerpunt van het verbeteren van het diagnostisch proces".
Nederlandse Vereniging voor 37 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	36	23 4e opsommetje: 4de opsommetje: ...monopoly positieve... moet denk ik zijn monopoly positie....	Aangepast.
Nederlandse Vereniging voor 40 Medische Microbiologie (NVMM)	Hoofdstuk 7: Mogelijkheden voor verbetering P31-P 37	36	30 EPD ontwikkelaars: Faciliteer follow up van uitslagen van aanvullend onderzoek op een manier die gebruikers ondersteunt	Aangepast.
Nederlandse Vereniging voor 46 Medische Microbiologie (NVMM)	Begrippenlijst P38-P40	40	9 3e alinea: Vermijdbare diagnosefout: verkeerde, vertraagde of gemiste diagnose door een suboptimaal diagnostisch proces -> (geen punt op einde vd zin)	Aangepast.
Nederlandse Vereniging voor 47 Medische Microbiologie (NVMM)	Begrippenlijst P38-P40	40	15 5e alinea: Wetenschappelijke vereniging: een beroepsvereniging van medisch specialisten -> geen punt op einde vd zin	Aangepast.
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie 4 en Gynaecologie (NVOG)	Appendix 2B Qualtrics vragenlijst (Patiëntenfederatie) P24-P31		De vragenlijst is qua taalgebruik best ingewikkeld, hierdoor meer kans op bias	Dank voor deze opmerking. De vragenlijst is afgestemd met de Patiëntenfederatie Nederland om ervoor te zorgen dat het instrument geschikt is voor de doelgroep.

• Graag vernemen wij:
 • Hoe het volgende uit uw brief “Specialisten en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een tijdelijke Werkgroep Diagnostisch Proces ingesteld. Deze werkgroep had als opdracht om risico’s met potentieel nadelig effect voor de patiënt op het gebied van communicatie over diagnostiek en/of uitslagen tussen aanvrager en uitvoerder te identificeren. De werkgroep identificeerde een kennishiaat ten aanzien van waar deze risico’s optreden. En ten aanzien van de oorzaak, frequentie en impact van deze risico’s. Om deze redenen is het project Risicoprofiel Diagnostisch Proces gestart, gefinancierd vanuit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). In dit project heeft een systematische inventarisatie en analyse van diagnosefouten en bijbehorende onderliggende oorzaken binnen het diagnostisch proces plaatsgevonden. De resultaten hiervan staan beschreven in het risicoprofiel. Voor een nadere afbakening en de daarbij gemaakte keuzen wordt verwezen naar het conceptrisicoprofiel.”
 • Wat de juridische status is van een risicoprofiel?
 • In het IZA wordt aangegeven dat passende zorg en ontregel de zorg onderdeel zijn van alle bestaande en nieuwe richtlijnen; gelieve hiermee rekening te houden.
 • De kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument dient organisatorisch, juridisch én financieel uitvoerbaar te zijn.

Ik vind dit een ontzettend belangrijk en nuttig onderwerp, maar ik mis in dit stuk echt de samenvattingen tussendoor die mij door deze tekst heen helpen. Voorstel om grijze blokjes met de belangrijkste boodschappen die bruikbaar zijn in de kliniek te maken.

In bijlage 2 wordt gesproken over (indien de diagnose gemist is) medicatiegerelateerde diagnoses (bijwerking/overdosering). Hier kan/moet ook opgenomen worden onderdosering (bijv bij clopidogrel en intermediair metaboliser voor CYP2C19, waardoor patiënten te lage spiegel clopidogrel hebben en dus een CVA kunnen krijgen). Met als verdere analyse farmacogenetica indien van toepassing. In principe zien we patiënten met medicatiegerelateerde diagnoses als we deze gedefinieerd hebben als risicopatiënt, een medicatiespiegel/farmacogenetica aangevraagd is, of gebeld worden door de arts. De toevoeging van de onderdosering met kanttekening farmacogenetica bij medicatiegerelateerde diagnoses geeft volledigheid.

20 Gaat het over calamiteiten of over VIM meldingen?

32 Een volgende fout kan veel meer impact hebben dan de eerste fout, waarom is dat niet mee 25 genomen?

Zie reactie bij tabblad overige opmerkingen.

Dank voor uw commentaar. Elk hoofdstuk eindigt met een conclusie, daarin staan de belangrijkste boodschappen vermeld. Naar aanleiding van de commentaren is de leesbaarheid en lay-out hiervan doorgenomen.

Dank voor de feedback op de gebruikte onderzoeksmethode (beschreven in bijlage 2). Daarin zitten inderdaad een aantal medicatie gerelateerde vragen. Aangezien de data al op deze wijze verzameld is, is het helaas niet meer mogelijk om dit aan te passen. Wij zullen deze toevoeging doorgeven aan de betrokkenen die het onderzoek hebben uitgevoerd zodat deze omissie bij toekomstig onderzoek wordt rechtgezet.

Dank voor de oplettendheid. Aangepast naar "VIM" rapportage.

Dank voor uw opmerking. De werkgroep heeft er voor gekozen om naar losse VIM meldingen te kijken. Het was niet mogelijk om hierbij onderscheid te maken in opeenvolgende fouten en is daarom geen onderdeel geweest van de scope van deze analyse.

Nederlandse Vereniging van
44 Ziekenhuizen (NVZ)

Samenstelling van de werkgroep, Management
samenvatting P3-P7

Nederlandse Vereniging van Maag,
70 Darm-Leverartsen (NVMDL)

Nederlandse Vereniging van
48 Ziekenhuisapothekers (NVZA)

Bijlage 2. Methoden vragenlijsten bij medisch
specialisten en patiënten P16

20

14

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie
49 en Gynaecologie (NVOG)

Bijlage 3. Methoden retrospectieve analyse
Veilig Incident Meldingen (VIM) P32

32

20 Gaat het over calamiteiten of over VIM meldingen?

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie
50 en Gynaecologie (NVOG)

Bijlage 3. Methoden retrospectieve analyse
Veilig Incident Meldingen (VIM) P32

32

Een volgende fout kan veel meer impact hebben dan de eerste fout, waarom is dat niet mee 25 genomen?

Nummer	Organisatie	Overige opmerkingen	Reactie werkgroepleden
1	Nederlandse Vereniging voor Oogheelkunde (NOG)	Het NOG ziet onvoldoende aanknopingspunten voor de oogheelkunde in het bijzonder. Wij laten het over aan de experts op dit gebied.	Dank voor uw reactie.
2	Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)	Het risicoprofiel wordt wat langdradig genoemd.	Dank voor uw reactie.
3	Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC)	Er ontbreken regelnummers in de conceptversie.	Excuses, dit is bij het uitzetten niet goed gegaan.
4	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)	Verplicht veld paginanummer in digitaal commentaarformulier, maar geen regelnummers in de conceptversie van de richtlijn - daarom overal regel 0 ingevuld.	Excuses, dit is bij het uitzetten niet goed gegaan.
5	Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF)	<p>Het stuk is goed leesbaar. Via deze weg een algemeen punt: Het risicoprofiel diagnostisch proces geeft de complexiteit van diagnosefouten in zijn algemeenheid goed weer. Er is ruim aandacht voor aanvrager en patiënt aspecten, alsmede de risico's opgetekend uit ziekenhuis-brede calamiteiten en incident registraties.</p> <p>Het zou van toegevoegde waarde zijn als dit risicoprofiel ook tot een beschrijving zou kunnen komen van de specifieke factoren binnen de ondersteunende afdelingen die extra bijdragen aan de risico's of aan het opheffen ervan.</p> <p>Als voorbeeld wordt gegeven dat technisch falen van apparatuur nauwelijks bijdraagt aan de risicofactoren. In de literatuur wordt vaak alleen technisch falen als enige risicofactor van medische apparatuur aangeduid, echter is vanuit de risico's met medische technologie bekend dat bevoegd en bekwaamheid van bedienend personeel, up to date protocollen, state-of-the-art apparatuur, borging van kwaliteitscontrole, validatie van testgegevens eveneens evident zijn voor het komen tot een goede diagnostiek.</p> <p>Specifiek voor deze processen met medische technologie in het diagnostisch proces zou het opzetten van een incidenten analyse – eventueel in te richten voor elk ondersteunend diagnostisch proces afzonderlijk – een bijdrage kunnen leveren aan inzicht in de risico's van het ondersteunend proces bij deze diagnostiek. Dit temeer om de relevante fouten weergegeven in Tabel 3 onder punt 4 te kunnen duiden.</p> <p>Deze factoren zullen immers ook een belangrijke rol spelen bij uitwisseling van beeld- of analyse resultaten uit andere instituten.</p>	Dank voor de suggestie. Dit valt echter buiten de scope van het huidige rapport.
6	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	<p>Hartelijk dank voor dit verzoek. We hebben dit besproken en het NHG zal helaas niet deelnemen aan deze commentaarfase.</p> <p>Reden hiervoor is o.a. het tweedelijns karakter van de richtlijn. Het calamiteitenonderzoek waarop de aanbevelingen gebaseerd zijn, zijn gericht op tweedelijns situaties. Daarnaast bestaat de werkgroep uit tweedelijns specialisten.</p> <p>Wij gaan er dan ook vanuit dat deze richtlijn zich niet zal richten op de huisartsenpraktijk. We hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.</p>	Dank voor uw reactie.
7	Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)	<p>document.</p> <p>Ik zie dat in de definities klinische genetica wel wordt genoemd bij de ondersteunende specialismen. Ik kan me voorstellen dat de VKGL wil meelesen. Ik stuur deze mail daarom ook aan de VKGL.</p>	Dank voor uw reactie. De VKGN is niet benaderd om werkgroep lid te zijn. Wel is (net als bij de andere Wven) in augustus 2022 het verzoek uitgezet om een vragenlijst rondom het diagnostisch proces in te vullen.

8 Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)	De NVN is niet bij deze richtlijnontwikkeling betrokken en neemt deze uitnodiging dan ook voor kennisgeving aan. Wij zullen deze richtlijn niet becommentariëren.	Dank voor uw reactie.
9 Patiëntenfederatie Nederland (PFNL)	Wij zullen geen commentaar inleveren voor deze richtlijn. Gezien de technische aard van deze richtlijn en wij niet de 'knowhow' bezitten om hieraan deel te nemen. Ik hoop je hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.	Dank voor uw reactie.
10 ZN Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	<p>Hartelijk dank voor het toesturen van het concept Risicoprofiel diagnostisch proces Zorgverzekeraars Nederland vertrouwt erop dat de opstellers in dit document beschreven hebben wat goede zorg is.</p> <p>Wij willen hen erop wijzen dat de beschrijving van goede zorg, niet betekent dat het ook een verzekerde prestatie betreft. De Zorgverzekeraars zijn gehouden aan de zorgverzekeringswet. Voordat een verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van een bepaalde vorm van zorg, zal de Zorgverzekeraar moeten vaststellen of er sprake is van rechtmatige en doelmatige zorg.</p> <p>Wij adviseren daarom om:</p> <p>1) Onderstaande disclaimer op te nemen in de Richtlijn</p> <p>Een Richtlijn beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Ook is niet alle in de Richtlijn beschreven zorg, automatisch onderdeel van het verzekerde pakket.</p> <p>2) Duidelijk in de Richtlijn aan te geven, indien van toepassing, wat het standpunt is van het Zorginstituut. Zorgverzekeraars zijn verplicht, conform deze standpunten, zorg in te kopen.</p> <p>Mocht men in de toekomst deze Richtlijn aanbieden aan de Zorgverzekeraars, om tripartite in te dienen bij het Register van het Zorginstituut, dan zijn onder andere bovengenoemde punten van belang, voordat goedkeuring door de Zorgverzekeraars gegeven zal worden. Wij houden ons zeker aanbevolen en verzoeken u, wanneer in het verdere proces een definitieve Richtlijn klaar is, om die</p>	Dank voor uw reactie. Dit is geen kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument, maar een rapportage over een risicoinventarisatie. We hebben uw reactie ter kennisgeving aangenomen.
11 Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)	op een module, zullen zij dit via de eigen WV doen. Vanuit ZKN zal er geen inhoudelijke reactie worden gegeven.	Dank voor uw reactie.
12 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)	<p>Graag een aantal algemene opmerkingen:</p> <p>Het geheel is een uitgebreide risico-inventarisatie waarop meer praktisch voor zorgprofessionals kan worden voortgebouwd. Er staan zeker zinvolle zaken in en ook de manier van onderzoek, interviews, calamiteiten en VIM meldingen en ook nog een poging om literatuur mee te nemen is goed.</p> <p>Echter, er zitten erg veel dubbelingen in, de aanbevelingen hebben geen duidelijke relatie met de bevindingen en algemene opmerkingen zijn niet onderbouwd. Er zitten veel te lange zinnen in en sommige zinnen zijn echt onleesbaar. Sommige aanbevelingen gaan buiten de reikwijdte van de auteurs.</p> <p>Het is vervelend om zo kritisch te moeten zijn, specifieke opmerkingen hebben we aangegeven over de management samenvatting, maar het gaat te ver om dat voor het hele stuk te doen. Wij</p>	Dank voor uw reactie. Naar aanleiding van de commentaren is de leesbaarheid en lay-out van het risicoprofiel doorgenomen. De management samenvatting is geredigeerd en de relatie tussen aanbevelingen en bevindingen duidelijker gelegd.
13 (NVDV) Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie	De NVDV heeft geen commentaar m.b.t. het concept risicoprofiel diagnostisch proces.	Dank voor uw reactie.

14 Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)	<p>Geen mogelijkheid om overig commentaar toe te voegen, volgende keer graag die mogelijkheid toevoegen</p>	Dank voor uw reactie. We zullen nagaan hoe we beter kunnen aangeven dat deze vraag op het formulier gebruikt kan worden om overig commentaar aan te leveren.
	<ul style="list-style-type: none"> • (Verkeerde) diagnostiek is internationaal al jaren een thema. • Graag vernemen wij: <p>Hoe het volgende uit uw brief “Specialisten en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een tijdelijke Werkgroep Diagnostisch Proces ingesteld. Deze werkgroep had als opdracht om risico’s met potentieel nadelig effect voor de patiënt op het gebied van communicatie over diagnostiek en/of uitslagen tussen aanvrager en uitvoerder te identificeren. De werkgroep identificeerde een kennishiaat ten aanzien van waar deze risico’s optreden. En ten aanzien van de oorzaak, frequentie en impact van deze risico’s. Om deze redenen is het project Risicoprofiel Diagnostisch Proces gestart, gefinancierd vanuit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). In dit project heeft een systematisch inventarisatie en analyse van diagnosefouten en bijbehorende onderliggende oorzaken binnen het diagnostisch proces plaatsgevonden. De resultaten hiervan staan beschreven in het risicoprofiel. Voor een nadere afbakening en de daarbij gemaakte keuzen wordt verwezen naar het conceptrisicoprofiel.”</p> <p>wordt geïntegreerd in bestaande richtlijnen (ontregel de zorg)?</p> <p>Wat de juridische status is van een risicoprofiel?</p> <ul style="list-style-type: none"> • In het IZA wordt aangegeven dat passende zorg en ontregel de zorg onderdeel zijn van alle bestaande en nieuwe richtlijnen; gelieve hiermee rekening te houden. • De kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument dient organisatorisch, juridisch én financieel uitvoerbaar te zijn. <p>Voor de verschillende soorten organisaties voor medisch specialistische zorg: algemene, categorale en topklinische ziekenhuizen en voor revalidatie-instellingen.</p> <p>Zonder ingrijpende consequenties op deze gebieden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In de samenvatting van de kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument dient het onderdeel organisatie van zorg terug te komen. <p>Het is daarbij van belang om inzicht te geven in het verschil tussen de huidige en de nieuwe situatie.</p>	Dank voor uw reactie. Dit is geen kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument, maar een rapportage over een risicoinventarisatie. De organisatorische, juridische en financiële uitvoerbaarheid zijn dan ook niet aan de orde. We hebben uw reactie ter kennisgeving aangenomen.
15 Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	<p>Met als doel de impact van de aanbevelingen op organisatorische, juridische en financiële</p>	
16 Vereniging Klinisch Genetische Laboratoriumdiagnostiek (VKGL)	<p>Wij zullen samen met de VKGN een meer algemene verklaring naar jullie sturen. Deze volgt binnenkort.</p>	Zie hieronder.

De Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN) en de Vereniging Klinisch Genetische Laboratoriumdiagnostiek (VKGL), hebben met interesse kennisgenomen van het Concept Risicoprofiel Diagnostisch Proces.

Wij onderschrijven de uitkomsten van dit project.

Als aanvulling willen we graag meegeven dat DNA-onderzoek in de kiembaan in deze versie van de richtlijn buiten beschouwing is gelaten.

Er zijn enkele kenmerken van DNA-onderzoek in de kiembaan, die een ander risicoprofiel hebben dan de hier beschreven risico's. Eén daarvan is dat een foutieve diagnose op basis van DNA-onderzoek, niet alleen gevolgen heeft voor de patiënt zelf, maar ook gevolgen voor de familie kan hebben. Een ander voorbeeld is dat sommige varianten in het DNA in de loop van de jaren door verandering van inzicht een andere betekenis kunnen krijgen.

Verder is van belang te vermelden dat het verrichten van DNA-onderzoek in de kiembaan voorbehouden is aan de klinisch genetische laboratoria, die verbonden zijn aan de vergunninghoudende klinisch genetische centra. Deze centra hebben een vergunning voor het uitvoeren van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering volgens het Planningsbesluit klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering van de Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV).

Het aanvragen van DNA-onderzoek gebeurt in een groot deel van de gevallen door klinisch genetici, verbonden aan de centra. In toenemende mate wordt, in duidelijk omschreven en vastgelegde situaties, ook DNA-onderzoek in de kiembaan aangevraagd door medisch specialisten die niet werkzaam zijn in de klinisch genetische centra. Hiervoor is een Leidraad in ontwikkeling. Het doel daarvan is juist om de beschreven risico's op diagnosefouten in dit profiel zo goed mogelijk te ondervangen. Deze Leidraad zal in de loop van dit jaar te vinden zijn op www.vkgn.org.

Met vriendelijke groet,

Namens het DB VKGN Namens DB VKGL

Dank voor het risicoprofiel onderschrijven en de aanvullende voorbeelden.

17 Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)

Dr. C.J. Dommering Dr. M. Losekoot

Vanuit Zorginstituut Nederland zullen wij geen commentaar geven. Het onderwerp heeft op het moment geen raakvlakken met onze activiteiten.

Wel merken wij op dat het wel van belang is dat de zorgverzekeraars en patiënten mee aanbieden.

Die lijken niet te zijn betrokken bij dit ontwikkeltraject.

Zorginstituut Nederland ziet graag dat de richtlijn (mits tripartiet ontwikkeld) wordt aangeboden voor opname in het Register, een digitaal overzicht van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten (hierna: kwaliteitsinstrumenten) dat voor iedereen toegankelijk en kosteloos te gebruiken is.

Voor vragen of opmerkingen over het Toetsingskader en de bijbehorende documenten en ontwikkeltools kunt u contact met ons opnemen via Register@zinl.nl.

Met vriendelijke groet,

Projectmanagementondersteuners

Margot van Diemen & Yvonne van Zijl

.....

Team Projectmanagement

Afdeling Zorg

PMOZorg@zinl.nl

Dank voor uw reactie. Allereerst willen we ophelderen dat dit geen kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument, maar een rapportage over een risicoinventarisatie. De werkgroep ziet ook het belang van het patiëntenperspectief. Dit is meegenomen via een online vragenlijst onder leden van Patiëntenfederatie Nederland.

18 Zorginstituut Nederland (ZiNL)

19 NIV	<p>Het is een heel interessant thema. Het is goed opgeschreven en uitgezocht. Het doet echter veel meer aan als een rapport of review met aanbevelingen voor bijvoorbeeld organisaties, dan een richtlijn voor de individuele medisch specialist. Derhalve moet het ons inziens ook geen richtlijn worden genoemd.</p> <p>Vanuit de NVIAG kwaliteitscommissie kunnen wij hierom geen duidelijke mening geven over de inhoud van het document. Wellicht dat een andere commissie van de NIV dit beter kan?</p>	<p>Dank voor uw reactie. Dit is geen kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument, maar een rapportage over een risicoinventarisatie.</p>
NIV	<p>Hetgeen dat genoemd staat over de belemmerende werking van de AVG en het EPD, is een belangrijke bevinding.</p> <p>Derhalve hopen wij dat er met de specifieke aanbevelingen aan het einde van het document ook daadwerkelijk iets zal worden gedaan. Is er al over nagedacht wat voor doel de publicatie van dit stuk uiteindelijk moet hebben?</p>	<p>Dank voor uw reactie. Het doel van deze publicatie is om het diagnostisch proces op de kaart te zetten. We gaan onder meer in gesprek met de IGJ over de mogelijkheid om het verbeteren van het diagnostisch proces tot speerpunt te maken.</p>
NIV	<p>Als laatste onder kopje 'klinisch redeneren' P32: Overweeg het toevoegen van de mogelijke oplossing voor het herkennen van atypische presentatie van ziektebeelden (behalve nascholing): de aanwezigheid medisch specialist aan bed van een patiënten indien een arts-assistent de primaire beoordeling doet (bv op SEH/afdeling). Medisch specialist herkent door zijn/haar ervaring eerder een atypische presentatie.</p>	<p>Dank voor uw reactie. Dit is in H7 opgenomen.</p>
NIV	<p><input type="checkbox"/> De richtlijn voldoet niet a/d criteria van de FMS.</p> <p><input type="checkbox"/> Wat betreft de aanbevelingen zie ik nergens een onderbouwing voor de aanbevelingen</p>	<p>Dank voor uw reactie. Dit is geen kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument, maar een rapportage over een risicoinventarisatie.</p>
NIV	<p><input type="checkbox"/> Er wordt niet duidelijk onderscheid gemaakt tussen klinisch redeneren en diagnostische testen.</p>	<p>Dit hebben we aangepast en een tabel met voorbeelden toegevoegd omdat te kunnen illustreren.</p>
NIV	<p><input type="checkbox"/> Er wordt onvoldoende gemeld dat een gemiste diagnose niet per definitie fout is. Bij klinisch redeneren wordt er altijd een afweging gemaakt en worden risico's afgewogen</p>	<p>Dank voor uw commentaar. Het diagnostisch traject is complex met een balans tussen over- en onderdiagnostiek. In de definitie van een diagnosefout zoals vermeld in H2 is opgenomen dat indien het proces ten aanzien van de diagnosestelling optimaal verlopen is er geen sprake is van een diagnosefout. De diagnose had dan niet correcter of tijdiger gesteld kunnen worden op basis van de gangbare praktijk. In het risicoprofiel zijn ook voorbeelden gebruikt om meer context en duiding te geven aan de term diagnosefout. Belangrijk daarbij is dat het gaat om diagnosefouten met vermijdbare gevolgen en overdiagnostiek voorkomen dient te worden. In dit proces hebben artsen geen resultaatverplichting, maar een inspanningsverplichting.</p> <p>In de managementsamenvatting is meer uitleg toegevoegd over wat een diagnosefout is en wat potentiële aspecten zijn om te verbeteren. In deze uitleg is de nuancering van het proces en de complexiteit uitgebreider beschreven.</p>

NIV

Er wordt o.a. genoemd dat de behandelaren een brede kennis moeten behouden (ben ik wel voor) maar dit staat haaks op het streven dat er steeds verder gespecialiseerd moet worden.

Dank voor uw opmerking. In het risicoprofiel staat benoemd dat niet iedereen brede kennis hoeft te hebben, maar dat dit in het systeem gewaarborgd moet zijn. In H7 bij de eerste bullet van klinisch redeneren staat bijvoorbeeld: "Ook kan samenwerking binnen een multidisciplinair team of het multidisciplinair overleg (MDO) van toegevoegde waarde zijn bij diagnosestelling van met name atypische klachtenpresentaties en zeldzame epidemiologie".

NIV

"Faciliteren van structurele feedback ten aanzien van de initiële werkdiagnose en uiteindelijke diagnose bij patiënten waarbij artsen betrokken zijn (geweest). "
Dit vind ik vaag. Er wordt heel vaak begonnen met een werk diagnose en pas als de rest van de diagnostiek binnenkomt wordt de uiteindelijke diagnose gesteld. Dit is geen fout of gemiste diagnose dus ik begrijp niet wat er met feedback wordt bedoeld.

Dank voor uw commentaar. Graag wil de werkgroep dat meer inzicht ontstaat in het diagnostisch proces en uiteindelijke diagnoses. Daarbij gaat het niet per se om fouten eruit halen, maar terugkoppeling krijgen. Daarom is in de bewuste zin (H7 bij de 2e bullet van klinisch redeneren) de term feedback vervangen door terugkoppeling: "Faciliteren van structurele *terugkoppeling* ten aanzien van de initiële werkdiagnose en uiteindelijke diagnose bij patiënten waarbij artsen betrokken zijn (geweest). "

Ook is in de managementsamenvatting is meer uitleg toegevoegd over wat een diagnosefout is en wat potentiële aspecten zijn om te verbeteren. In deze uitleg is de nuancering van het proces en de complexiteit uitgebreider beschreven.

NIV

- Format AGREE niet gevolgd, het is ook niet echt een richtlijn, maar vooral ook een bespiegeling

Dank voor uw reactie. Dit is geen kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument, maar een rapportage over een risicoinventarisatie. Daardoor is de AGREE format niet van toepassing op dit document.

NIV

- Geen heldere definities van diagnoseFOUTEN en van onvoldoende klinisch redeneren. Een vertraagde diagnose is echt niet per definitie een diagnostische fout, maar kan ook het resultaat zijn van zorgvuldig klinisch redeneren en juist diagnostisch handelen. Daardoor vliegen de bespiegelingen en conclusies geregeld uit de bocht.

NIV

- Aanbevelingen niet goed onderbouwd, het is daarom niet duidelijk dat deze aanbevelingen ook tot verbetering leiden
- Bijvoorbeeld aanbeveling 1 is veel te algemeen en nietszeggend: Voor zorgverleners is adequate kennis cruciaal, zowel van ziektebeelden als van diagnostische onderzoeken en de interpretatie ervan. Dit kan worden verbeterd door voldoende blootstelling aan diversiteit in casuïstiek.
- De suggestie voor kwaliteitsregistraties is daarom ook niet op z'n plaats, die volgt niet logisch uit literatuur of de gebruikte vragenlijsten
- En dat het goed is om te leren van klachten, complicaties en calamiteiten, daar zijn we al van overtuigd, en juist dit is in vrijwel alle ziekenhuizen al goed ingeregeld, en wordt ook getoetst bij visitaties.

NIV

De inhoud van deze richtlijn heb ik met enige verbazing tot mij genomen, Een opsomming van overwegingen zonder concrete aanbevelingen en een bijna volledige afwezigheid van kritische overwegingen tav overdiagnostiek.
In een tijd waarin we duurzaam en doelmatig moeten zijn om de zorg te kunnen blijven financieren, voegt deze richtlijn voor mij en collega's niet toe.
Ik verwijs graag naar het redactioneel commentaar van Yvo Smulders in het NTVG van 9 december 2022 waarin hij stelt dat "een dokter die niets mist, te defensief is" en dat nooit een diagnose missen "geen reden tot trots, maar tot zorg" is.
Ik vertrouw erop dat geen van de wetenschappelijke verenigingen obv deze richtlijn normen gaat opstellen.

Dank voor uw reactie. Het diagnostisch traject is complex met een balans tussen over- en onderdiagnostiek. In de definitie van een diagnosefout zoals vermeld in H2 is opgenomen dat indien het proces ten aanzien van de diagnosestelling optimaal verlopen is er geen sprake is van een diagnosefout. De diagnose had dan niet correcter of tijdiger gesteld kunnen worden op basis van de gangbare praktijk. In het risicoprofiel zijn ook voorbeelden gebruikt om meer context en duiding te geven aan de term diagnosefout. Belangrijk daarbij is dat het gaat om diagnosefouten met vermijdbare gevolgen en overdiagnostiek voorkomen dient te worden. In dit proces hebben artsen geen resultaatverplichting, maar een inspanningsverplichting.
In de managementsamenvatting is meer uitleg toegevoegd over wat een diagnosefout is en wat potentiële aspecten zijn om te verbeteren. In deze uitleg is de nuancering van het proces en de complexiteit uitgebreider beschreven.

Dank voor uw commentaar. In de managementsamenvatting zijn de bronnen niet vermeld, omdat de aanbevelingen vanuit het risicoprofiel volgen. De onderbouwing met bronnen is terug te vinden in het risicoprofiel. De aanbevelingen zijn aangepast om het leesbaarder te maken en de koppeling tussen de verbeteringen en aanbevelingen zijn sterker aangezet.

Dank voor uw reactie. Dit is geen kwaliteitsstandaard/medische richtlijn/kwaliteitsdocument, maar een rapportage over een risicoinventarisatie. De organisatorische, juridische en financiële uitvoerbaarheid zijn dan ook niet aan de orde. We hebben uw reactie ter kennisgeving aangenomen.