

Rapportage knelpunteninventarisatie

Notulen invitational conference

Datum: 24 november 2021

Tijd: 16:00 - 18:00 uur

Locatie: Online via Zoom

Aanwezig: Annet Troelstra (voorzitter, NVMM) Sylvana Mulder-Timmer (RIVM, GGD flevoland), Margriet Schuurmann (VHIG), Klaske Vliegthart (NIV/NVII), Hedy Salomons (IGJ), Erica de Loos (NVZ), Thomas Jongergouw (PFNL), Martina den Otter (SKILZ (V&VN afd. VS)), Anneke van Strien (Verenso), Jaap Maas (NVAB), Rens Wientjes (NVKF), Anne Dirks (NVMM), Marty Jacobs (GGD Amsterdam), Els Denie (NVMM), Marie Louise (VHIG), Selma Bons (NVA), Jojanneke Heidema (NVK), Haitske Graveland (Kennisinstituut), Annelotte Sussenbach (Kennisinstituut), Kristie Venhorst (Kennisinstituut).

Afgemeld: Martin Vos (NVDV), Margreet Vos (NVMM), VRA (schriftelijke input).

Genodigd maar niet aanwezig: GGD GHOR, NFU, STZ, NAPA, ZiNL, ZN, NVAVG, Actiz, Zorgthuisnl, VGN, NCvB, SVN, VDSMH, BTN, VCCN, VSR, overige bij FMS aangesloten WVen.

1. Opening

Opening om 16:00 uur door Annet Troelstra (voorzitter van de werkgroep). Iedereen wordt hartelijk welkom geheten.

2. Voorstelronde (naam, organisatie en functie)

Er wordt een kort voorstelrondje gemaakt. Annet Troelstra, Anneke van Strien, Anne Dirks, Jaap Maas, Marie Louise van Leest, Marty Jacobs, Els Denie en Marty Jacobs zijn tevens lid van de richtlijnwerkgroep.

3. Toelichting doel van de avond en proces richtlijnontwikkeling:

Kristie Venhorst licht kort toe dat wat het doel van de avond is en hoe het proces van richtlijnontwikkeling eruit zal zijn. Ook de samenstelling van de werkgroep wordt toegelicht. Doel van deze bijeenkomst is het verzamelen van aandachtspunten en knelpunten van de verschillende genodigde partijen om uiteindelijk een zo compleet mogelijke richtlijn op te stellen die bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Hierbij wordt rekening gehouden met wat de stakeholders belangrijk vinden en wat er leeft. Het zal een multidisciplinaire richtlijn worden met een plan de implementatie te verbeteren, welke aansluit op de praktijk en de bestaande zorgprocessen.

De doelstelling is het ontwikkelen van een multidisciplinaire, helder afgebakende richtlijn waarin de patiënt centraal staat.

4. Impact probleem Isolatie en richtlijn

Doel van deze herziening is om een breed draagvlak in het veld te realiseren door relevante beroepsgroepen bij de herziening te betrekken. De gereviseerde richtlijn beoogt om specifieke aanbevelingen te doen met betrekking tot de indicaties voor verschillende vormen van isolatie en welke eisen en infectiepreventiemaatregelen hierbij gelden. Daarnaast streven we ernaar om

één nieuwe richtlijn te schrijven voor zowel de ziekenhuizen als ook de verpleeghuizen, woonzorgcentra en voorzieningen voor kleinschalig wonen voor ouderen, zodat allen met één richtlijn kunnen praten over hetzelfde onderwerp en dezelfde uitgangspunten hebben.

Afstemming tussen verschillende SRI-richtlijnen is van groot belang. Voor de gebruiker moet informatie makkelijk vindbaar zijn. Zo zal bijvoorbeeld worden afgestemd met de richtlijntrajecten over BRMO, MRSA, Persoonlijke bescherming en Reiniging en desinfectie van ruimten. Ook zal worden nagedacht over de aansluiting bij/afstemming op de richtlijn Handhygiëne.

5. Bespreken raamwerk & prioriteiten (afbakening en inhoudelijke hoofdlijnen van de richtlijn)

Annet Troelstra licht de voorgestelde opbouw van de richtlijn toe. Er zal in een algemene inleiding/hoofdstuk context worden gegeven aan het onderwerp en algemene achtergrondinformatie worden verstrekt over de omvang van het probleem en de doelstelling en toepassing van de richtlijn.

De werkgroep heeft een concept raamwerk met enkele knelpunten gedefinieerd. De aanwezigen wordt gevraagd om aan te geven welke onderwerpen zij missen en welke aandachtspunten zij de werkgroep willen meegeven.

Anneke van Strien (Verenso) geeft aan dat op locatie met tweepersoonskamers het belangrijk is voor de geriatrische revalidatie zorg (GRZ) (tijdelijke plekken) om tijdige informatie te geven en krijgen zodat mensen met een BRMO gelijk op een eenpersoonskamer komen. Ze geeft aan dat er gelukkig steeds betere afspraken zijn, en dat bij aanmelding dergelijke zaken vaak worden gemeld. Ook heeft ze aan dat het binnen langdurige zorg lastig is om te isoleren, omdat mensen daar ook wonen. Ze geeft aan dat er een balans moet worden gevonden tussen huis voor patiënt en tegelijkertijd bescherming van medebewoners.

Thomas Jongergouw (PFNL) vraagt zich af of er ruimte is in deze richtlijn voor de nazorg, omdat isolatie een best heftige maatregel is voor een patiënt. Annet geeft aan dat dit meer een richtlijn is die beschrijft wanneer isolatie nodig is, maar dat we ons realiseren dat isolatie niet prettig is. En dat isolatie alleen wordt uitgevoerd wanneer nodig is. Annet geeft ook aan dat de begeleiding daar omheen buiten de scope van deze richtlijn valt. Thomas vraagt zich af of er dan een andere werkgroep of iets dergelijks is bij het SRI, en wie zich hier dan wel mee bezig houden. Haitske heeft aan dat het SRI focust op infectiepreventie. Uiteraard kan dergelijk input wel in de overwegingen van deze richtlijn geadresseerd worden – het is belangrijk de input van de patiënt mee te nemen. Thomas vraagt of er een andere plek is waar hij met deze vraag terecht kan. Haitske en Annet zijn van een dergelijke werkgroep niet op de hoogte.

Jaap Maas (NVAB) geeft aan dat hij dit een mooie opzet vindt. Hij geeft aan dat hij vanuit de ARBO een pleidooi wil houden voor een apart hoofdstuk over veiligheid van werknemers. Hij geeft aan dat er ook juridische dingen aan zitten, bijvoorbeeld klassen micro-organisme (met name klasse 2 en 3) – dat er rekening moet worden gehouden dat handelen bij klasse 3 toch anders is. Hij geeft aan dat er ook medewerkers zijn met een kwetsbare gezondheid en dat hier aandacht aan moet worden besteed. Ook geeft hij aan aandacht te besteden aan vaccinatie. Hij biedt een systematisch kader aan vanuit de ARBO. Haitske vraagt of er specifieke elementen zijn waarnaar verwezen kan worden en in hoeverre ernaar elkaars stukken verwezen moet worden of dat dit aparte stukken moeten worden. Jaap antwoordt dat het een generiek stuk is, niet specifiek voor isolatie, maar dat deze voor 80% wel in die context kunnen worden gebruikt.

Hij geeft aan dat er wel nuances zijn, en dat er wel aparte kanttekeningen moeten worden gemaakt voor specifieke isolatiesituaties.

Rens Wientjes (NVKF) heeft een vraag over omgekeerde isolatie, of dit onderdeel van deze richtlijn zal worden. Annet geeft aan dat het formeel geen onderdeel is van de richtlijn en ook geen onderdeel was van oude WIP-richtlijn, maar dat de essentie hetzelfde is en je omgekeerde isolatie eruit kan afleiden. Rens geeft aan dat er in praktijk toch discussies ontstaan hierover, dat het goed is om dit expliciet te benoemen.

Margriet Schuurmann (VHIG) heeft een vraag over waarom beschermende isolatie buiten richtlijn valt, terwijl in de oude WIP-richtlijn er wel een aparte richtlijn voor was. Ze geeft aan dat het Martini Ziekenhuis Groningen een brandwondencentrum heeft en dus voortdurend te maken heeft met beschermende isolatie. Ze geeft aan dat er degelijke verschillen zijn en vraagt of deze toch kunnen worden opgenomen in de richtlijn.

Margriet geeft aan dat er in Europa wordt gewerkt aan een technical specification: een richtlijn voor ventilatie in ziekenhuis. Ze vraagt zich af of bij het maken van de richtlijn hiernaar kijken. Annet antwoordt dat we op dit moment nog in de oriënterende en verzamelende fase zijn, maar bedankt Margriet voor de input. Annet vraagt of Margriet is betrokken bij deze ontwikkeling. Margriet geeft aan dat ze zelf niet erbij is betrokken, maar wel deskundigen kent die dat wel zijn, wie ook betrokken zijn bij de isolatiekamers en verbouw daarvan in het ziekenhuis. Ze geeft aan dat dat iets is wat er waarschijnlijk aan zit te komen, en invloed gaat hebben op richtlijnen van lidstaten. Ze geeft aan dat ze niet weet of dit komt vanuit het ECDC, maar dat ze weet dat Roberto Travesari (TNO) vertegenwoordiger is van Nederland. Margriet benadrukt dat in een brandwondencentrum standaard beschermende isolatie wordt gebruikt en dat bronisolatie er bovenop komt als iemand besmet is. Annet bedankt Margriet voor de waardevolle informatie en licht toe dat het meenemen van beschermende isolatie moet worden onderzocht.

Els Denie (NVMM) vult hierop aan dat ook in perifere ziekenhuizen beschermende isolatie wordt gebruikt.

Marty Jacobs (GGD Amsterdam) geeft aan dat zijn reactie aansluit op Anneke. In verpleeghuizen en VGZ zijn er geen isolatiekamers. Hij vraagt of we in de richtlijn rekening willen houden met settings waar geen isolatiekamers zijn.

Sylvana Mulder-Timmer (RIVM) sluit zich aan bij het voorgenoemde. Ze vraagt zich af of wijkverpleging en revalidatiecentra ook gebruik kunnen maken van de richtlijn. Maar ook nog breder, zoals de extramurale zorg – denk aan GGD, medisch kinderdagverblijf, psychiatrie. Haitske reageert dat dat gedeeltelijk zo zal zijn. Ze geeft aan dat settings zoals medisch kinderdagverblijf een typische setting is, die via LCHV eigen richtlijn heeft. Revalidatiecentra vallen onder SRI-domein, Haitske geeft aan bezig te zijn om voor deze richtlijnen een concrete doelgroepbeschrijving te formuleren. Sylvana vraagt zich af of er bij de indicatiestelling rekening wordt gehouden met verschillen tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen. De oude WIP-richtlijn is anders voor wijkverpleging, verpleeghuis en ziekenhuis. Een voorbeeld: bij ESBL in ziekenhuis contactisolatie, in verpleeghuis niet, dus er kunnen verschillen zijn. Annet heeft aan dat dat eruit gaat komen omdat de doelgroep zo breed is.

Thomas Jongergouw (PFNL) vraagt zich af of er ruimte is voor patiëntklachten bij isolatie, zoals angst en stress. Annet geeft aan dat dit speelt in het veld, maar dat het niet specifiek past binnen de scope van deze richtlijn. Haitske voegt toe dat het zeker waardevolle aandachtspunten zijn om in overwegingen mee te nemen, dat we er alert op moeten zijn.

Martina den Otter (SKILZ (V&VN afd. VS)) reageert dat dat ligt bij de hoofdbehandelaar. Maar dat je vaak ziet dat de verpleging dit uitvraagt omdat het bij het werk hoort. Ze geeft aan dat het hier dus los van staat. Martina geeft aan dat ze bang is dat het een niet werkbaar protocol wordt, omdat er te veel in moet worden opgenomen. Thomas geeft aan dat hij deze inschatting niet kan maken. Hij geeft aan dat dit iets is waar aandacht aan moet worden besteden, en dat hij hier graag aan meewerkt. Haitske geeft aan dat patiëntparticipatie een vereist onderdeel is van de richtlijn. Dat het een werkbaar product moet worden, en patiëntperspectief geborgen moet worden.

Klaske Vliegenthart (NIV/NVII) geeft aan dat ze het eens is met Thomas. Ze zegt dat welzijn de uitgangsvraag is, maar dat het een grote aanname is dat de hoofdbehandelaar de verantwoordelijkheid neemt. Ze geeft aan graag specifiek te lezen wie er verantwoordelijk is voor het informeren en communiceren met de patiënt.

Haar tweede opmerking gaat over de beëindiging van isolatie. Ze geeft aan dat het starten vlot gaat, maar dat beëindigen een knelpunt is; zowel criteria waarop je moet beëindigen als de logistiek daaromheen. Annet geeft aan dat er genoeg kennis en ervaring is, en dat dit goed in de richtlijn moet komen. Haitske vraagt om verheldering rondom Klaske haar logistieke knelpunt. Klaske geeft aan dat ze bedoelt wie de leiding neemt. Bijvoorbeeld als de diarree over is, wie meldt dat, wanneer gaat het label eraf.

Margriet Schuurmann reageert dat in ziekenhuis de deskundige infectiepreventie (DIP) de isolatie beëindigt. Bijvoorbeeld bij TBC bepaalt de TBC-coördinator en de longarts wanneer de isolatie voorbij is. Voor verschillende aandoeningen, verschillende beëindigingen. Zij houden ook bij dat de labels er zijn.

Joanneke Heidema (NVK) geeft aan dat in het winterseizoen een plaatsentekort is vanwege RS. Dan worden kinderen in zaal gelegd: zogenaamde eilandverpleging. Ze geeft aan dat dit speelt bij kinderen en moet worden meegenomen in de richtlijn, de mogelijkheid tot cohorteren.

Anneke reageert dat dit ook gebeurt bij COVID-afdelingen. Dat er dan een kleine cohort wordt gemaakt om te isoleren, omdat niet iedereen op een eigen kamer kan.

Jaap Maas (NVAB) geeft aan dat schoonmakers vaak worden vergeten. Maar dat er bij hen onrust kan zijn over de maatregelen. Annet geeft aan dat in principe iedereen die een kamer binnenkomt te maken heeft met de infectiepreventiemaatregelen en dat zij allemaal goed moeten worden geïnformeerd.

Selma bons (NVA) vraagt of er specifieke zaken zijn besproken waarvoor het anesthesiologische perspectief nodig is. Ze geeft aan dat aanvullende vragen later komen na afloop van de notulen.

Els Denie (NVMM) geeft aan dat de wijkverpleging eigen protocollen heeft, maar dat bijvoorbeeld handschoenen niet voldoen aan normeringen. Els vraagt zich ook af hoe de inrichting wordt van de richtlijn, met name de opheffing van isolatie, of dit per micro-organisme wordt, want BRMO en MRSA krijgen beiden al hun eigen richtlijn. Waar dan de grens zit, ook afhankelijk van de setting waar iemand verblijft.

Annet geeft aan dat het belangrijk is dat verschillende richtlijn groepen zich goed tot elkaar verhouden. Deze richtlijn zal vooral beschrijven wat isolatie inhoudt en hoe je dat voorgeeft. Als het opheffen al wordt benoemen in MRSA-richtlijn, dan wordt dat hier niet opnieuw benoemd. Annet geeft aan dat het helaas niet mogelijk is om alle micro-organismen apart te beschrijven

met betrekking tot de opheffing, maar dat er een soort opsomming zal komen voor verschillende typen. Voor bijvoorbeeld MRSA zal worden verwezen naar de eigen richtlijn.

Margriet Schuurmann (VHIG) geeft aan dat cohorteren in ziekenhuizen meestal makkelijk kan na een bewezen micro-organisme. Maar dat het lastiger is wanneer het micro-organisme nog niet bekend is. Zo kan je bijvoorbeeld verschillende influenza's ook niet bij elkaar leggen. Margriet vraagt of hier rekening mee kan worden gehouden in de richtlijn.

Klaske Vliegenthart (NIV/NVII) geeft aan dat rooming-in bij lastige patiënt in ziekenhuizen, een aandachtspunt is. Bijvoorbeeld als familieleden willen blijven slapen omdat patiënt tot verstoring zorgt. Klaske ziet dit graag terugkomen in de richtlijn.

Sylvana Mulder-Timmer (RIVM) geeft aan dat ze enkele inhoudelijke punten heeft. Ze vraagt zich af of bijvoorbeeld Candida Auris wordt opgenomen in de richtlijn of niet. Ook vraagt ze hoe het zit met druppelisolatie. Ze geeft het voorbeeld dat eerder FFP1-maskers werden gebruikt, maar sinds de COVID-19-pandemie ook chirurgische mondneusmaskers worden gebruikt. Dat dit goed moet worden afgestemd met andere richtlijnen. Annet geeft aan dat er goed moet worden gekeken bij welke richtlijn dit past, misschien beter bij PBM. Ze geeft aan dat er in december een bijeenkomst is om dit soort zaken te bespreken. Sylvana reageert dat er onduidelijkheid is over bijvoorbeeld de halterschort versus de schort met lange mouwen. Dit is goed om bij PBM aan te kaarten.

Sylvana vraagt ook of er ruimte is voor overdracht van patiënten, van ziekenhuis naar wijkverpleging of andere setting. Dat de infectiestatus bekend wordt bij ontvangende instantie. In praktijk worden patiënten soms ontvangen door instelling, die weten niet van BRMO of isolatie-indicatie van de patiënt.

Anneke van Strien (Verenso) reageert dat hier in het westen steeds beter naar gekeken wordt in samenwerking GGD. Dat er nu standaardvragen worden gesteld aan bijvoorbeeld het ziekenhuis vanuit een verpleeghuis.

Jaap Maas (NVAB) reageert dat het belangrijk is dat ook een arbeidshygiënist wordt gevraagd van de NVvA. Jaap geeft aan dat de wetgeving vanuit ARBO en IP niet congruent is. Chirurgisch masker is volgens wet geen PBM. Haitske geeft aan dat de NVvA is uitgenodigd om deel te nemen aan de werkgroep.

Sylvana Mulder-Timmer (RIVM) geeft aan dat ze een micro-organisme heeft welke eruit kan, namelijk E. coli ESBL. Ze vraagt zich af of daar echt isolatie-indicaties voor nodig zijn, of gewoon algemene voorzorgsmaatregelen.

Jaap Maas (NVAB) geeft aan dat bijvoorbeeld Lassa, een klasse 3 micro-organisme, een uitzonderlijke situatie is. Jaap vraagt zich af of daar ook ruimte voor is in deze richtlijn. Annet geeft aan dat er een set richtlijnen is die meegenomen moeten worden, maar virale hemorragische koorts niet. Haitske bevestigt dit, ze geeft aan dat er een aparte richtlijn is voor hemorragische koorts en dat deze voor 2023 op de planning staat om te herzien. Dan kunnen we het te zijner tijd op elkaar afstemmen. Dat is echt een exceptionele situatie, maar moet wel beschreven worden.

Margriet Schuurmann (VHIG) geeft aan dat in raamwerk ook ergens staat dat ook de WIP-richtlijn isolatie-indicatie wordt meegenomen, daar staan wel afzonderlijke de virale hemorragische koorts in, maar dat er ook een andere oud WIP voor virale hemorragische

koorts bestaat. Margriet vraagt of wat nu in de oude WIP-richtlijn isolatie-indicatie staat kan worden meegenomen in deze richtlijn.

Annet vraagt aan de deelnemers hoe zij de invulling zien voor waterpokken en gordelroos.

Anneke van Strien (Verenso) geeft aan dat dit wel zaken zijn die regelmatig voorkomen. Om daar een duidelijk advies over te geven zou prettig zijn. Al zou het maar zijn welke kleding moet worden gedragen dat is dan al voldoende voor mensen.

Jaap Maas (NVAG) geeft aan dat ze bij het AUMC bij intreden vragen naar vaccinatie- of infectiestatus. Dat is een generieke maatregel maar is de immuunstatus op groepsniveau wel bekend, dan heb je een risico-indicatie. Annet geeft aan dat dat buiten het perspectief van deze richtlijn valt.

Erica de Loos (NVZ) geeft aan dat het goed is om te kijken naar bedrijfsmatige kant, wat voor impact de maatregelen op de zorg hebben. Bijvoorbeeld FTE's, afdelingen, verschillen huidige situaties, dan is er makkelijker mee te kijken vanuit ogen ziekenhuisbestuur. Erica geeft aan dat je ook kijkt naar verschil in kosten, het liefst door een BIA. Haitske geeft aan dat dit zeker een categorie-3-richtlijn is, maar tegelijkertijd is er een pilot-experiment gestart hoe dit vorm te geven. Qua BIA is er nu nog geen definitief besluit, daarvoor moeten we verder in het traject zijn. Erica geeft aan dat besproken is dat dit een categorie-3-richtlijn kan zijn, omdat deze mogelijk grote organisatorische impact heeft.

Margriet Schuurmann (VHIG) geeft aan bezig te zijn met een groene OK. Dan wordt bijvoorbeeld de luchtbehandeling in avonduren wat lager vanwege kosten en CO₂ uitstoot. Ze vraagt zich af of er rekening wordt gehouden met duurzaamheid in deze richtlijn. Annet geeft aan dat dit een mooie aanvulling is en dat hier veel naar wordt gevraagd.

De VRA heeft schriftelijk gereageerd:

Er is vaak **onvoldoende ruimte** in een isolatiekamer voor verantwoorde fysio- en ergotherapeutische behandeling. Voor de patiënt betekent dit dat er onvoldoende therapie mogelijkheden zijn. Hierdoor kunnen bepaalde vaardigheden (bijvoorbeeld het uitvoeren van een transfer) niet geoefend worden. Dit vertraagt het functionele herstel. Andere opties zijn een suboptimale uitvoering ('verkeerd aanleren', waardoor de handeling niet goed generaliseert) of de behandelaar ondersteunt patiënt meer dan gewenst is. Dus met gevolgen voor de behandelaar.

Voor de behandeling van een aanzienlijke categorie patiënten is het belangrijk om **de kamer te kunnen verlaten**. Dit betreft bijvoorbeeld patiënten waarbij door ergotherapie het cognitief functioneren wordt geanalyseerd en geoefend door mensen een complexe taak te laten uitvoeren. Onderwerpen als ruimtelijke oriëntatie, planning en omgaan met externe prikkels zijn lastig te onderzoeken in één sober ingerichte kamer. Ook bijvoorbeeld het oefenen van traplopen zodat iemand thuis ook weer veilig op en neer kan, kan momenteel vaak niet bij patiënten op een isolatiekamer.

Voor een deel van de patiënten heeft de isolatie belangrijke **invloed op de stemming**, waardoor bijvoorbeeld angst, depressie of PTSD geluxeed worden met gevolgen voor de duur van het algehele herstel.

Het is in de praktijk vrijwel onmogelijk om behandelprincipes als **prikkelarme verpleging en vaste dagschema's** te hanteren op isolatiekamers, omdat behandelaars (met name

verpleegkundigen) rekening moeten houden met het op gunstige momenten betreden en verlaten van de isolatiekamer in relatie tot zorg voor andere patiënten.

Isolatiekamers zijn niet in alle ziekenhuizen op alle afdelingen beschikbaar, wat ertoe leidt dat de **expertise van het verpleegkundig team** voor de populatie waar de geïsoleerde patiënt bij hoort, voor hem/haar niet gebruikt wordt. Voorbeelden hiervan zijn: onvoldoende ervaring met cognitieve functiestoornissen op een niet-neurologische afdeling, met fysieke belastbaarheid op een niet-long- of niet-hartafdeling, met veilige transfers op een niet-chirurgische afdeling. Het ontbreken van deze kennis kan leiden tot een langduriger herstel dan noodzakelijk.

Hedy Salomons (IGJ) geeft schriftelijk het volgende aan:

In het eerder gestuurde raamwerk stond nog:

- eisen isolatiekamer (technische inrichtingseisen)
- de isolatiekamer met sluis (basiscondities/luchtregeling)
- keuze systeem luchtregeling
- validatie

Hierover heb ik geen expliciete vragen gezien, maar wat de IGJ betreft is het wel noodzakelijk dat hier aandacht voor is. Onder andere de bewaking van drukken in de isolatiekamer is tijdens eerdere toezicht rondes een punt van aandacht geweest. Wie is verantwoordelijk voor bewaking (op afstand of de medewerkers die op de kamer werken bijvoorbeeld).

6.Vervolgprocedure

De notulen van deze avond worden verspreid en er is gelegenheid tot commentaar of aanvullingen hierop. De werkgroep zal alle geleverde input bespreken en het raamwerk op basis hiervan aanpassen. Er is beperkt budget en tijd beschikbaar. Dus er zal eventueel een prioritering moeten worden gemaakt in welke knelpunten uitgewerkt gaan worden. Alle aanwezigen ontvangen het definitieve raamwerk met eventueel een korte onderbouwing van de besluiten die de werkgroep heeft genomen.

Als de conceptring gereed is, zal deze via de verenigingen of organisaties ter commentaar aan alle genodigden worden verstuurd. Er is dan gelegenheid commentaar/suggesties te leveren. Dit commentaar wordt verwerkt in een voor autorisatie geschikte richtlijn. Autorisatie van de wetenschappelijke verenigingen in de werkgroep is nodig. Andere partijen krijgen de richtlijn ook ter informatie of autorisatie vastgesteld (procedures hiervoor verschillen per partij/vereniging).

7. Sluiting

Annet bedankt iedereen voor de komst en actieve participatie.