

Implementatieplan richtlijn Enterale toegang

Inleiding

Dit implementatieplan is opgesteld ter bevordering van de implementatie van de richtlijn Enterale toegang. Voor het opstellen van dit plan is een inventarisatie gedaan van de mogelijk bevorderende en belemmerende factoren voor het naleven van de aanbevelingen. Daarbij heeft de richtlijnwerkgroep een advies uitgebracht over het tijdsplan voor implementatie, de daarvoor benodigde randvoorwaarden en de acties die door verschillende partijen ondernomen dienen te worden.

Werkwijze

Om tot dit plan te komen heeft de werkgroep per aanbeveling in de richtlijn nagedacht over:

- per wanneer de aanbeveling overal geïmplementeerd moet kunnen zijn;
- de verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijk barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- verantwoordelijke partij voor de te ondernemen acties.

Lezers van dit implementatieplan dienen rekening te houden met verschillen tussen “sterk geformuleerde aanbevelingen” en “zwak geformuleerde aanbevelingen”. In het eerste geval doet de werkgroep een duidelijke uitspraak over iets dat wel of niet gedaan moet worden. In het tweede geval wordt de aanbeveling minder zeker gesteld en spreekt de werkgroep haar voorkeur of advies uit, maar laat zij meer ruimte voor alternatieven. Een reden hiervoor is bijvoorbeeld dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is om de aanbeveling te onderbouwen. Een zwakke aanbeveling is te herkennen aan de formulering en begint bijvoorbeeld met “Overweeg om ...”. Zowel voor de sterke als voor de zwakke aanbevelingen heeft de werkgroep nagedacht over de implementatie. Alleen voor sterk geformuleerde aanbevelingen worden implementatietermijnen gegeven.

Implementatietermijnen

Voor “sterk geformuleerde aanbevelingen” geldt dat zij zo spoedig mogelijk geïmplementeerd dienen te worden. Voor de meeste “sterk geformuleerde aanbevelingen” betekent dat dat zij binnen een jaar geïmplementeerd moeten zijn. Veel aanbevelingen zijn al onderdeel van de huidige praktijk en brengen daarom geen implementatie inspanningen met zich mee.

Voor sommige aanbevelingen geldt echter dat zij niet (direct) overal kunnen worden ingevoerd, bijvoorbeeld vanwege een gebrek aan middelen, expertise of de juiste organisatievormen. In sommige gevallen dient ook rekening te worden gehouden met een leercurve. Daarnaast kan de aanwezigheid van personeel of faciliteiten of de afstemming tussen professionals een belemmering zijn om de aanbevelingen (op korte termijn) in te voeren. Dit geldt voor de volgende aanbevelingen:

Aanbeveling	Toelichting
<ul style="list-style-type: none">• Overweeg PEG plaatsing middels de pull-techniek als eerste keuze voor langdurig toedienen van sondevoeding (>30 dagen).• Kies voor PRG of PEG-plaatsing middels de push-techniek bij patiënten met orofaryngeale, laryngeale en hypopharyngeale tumoren, patiënten met stenose.• Kies voor PRG-plaatsing bij patiënten met neuromusculaire aandoeningen die beademd worden of bij wie sedatie niet mogelijk is.• Kies voor chirurgische gastrostomie of een gecombineerde (endoscopisch geassisteerde) procedure bij patiënten waarbij	Deze aanbevelingen kunnen wellicht niet direct worden ingevoerd vanwege een gebrek aan expertise en/of juiste organisatie. Daarnaast is aanwezigheid van en afstemming tussen professionals en faciliteiten nodig om de handelingen op betrouwbare wijze te kunnen uitvoeren.

<p>gelijktijdig een andere operatie wordt uitgevoerd en wanneer een normale PEG of PRG niet kan worden geplaatst bij bijvoorbeeld voorliggend colon/ontbreken van diafanie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De keuze voor een modaliteit moet eveneens gebaseerd worden op lokale faciliteiten en expertise. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Overleg met de anesthesioloog over de plaats van sedatie bij patiënten met NMA die een gastrostomie ondergaan (zie ook de PSA-richtlijn). • Bespreek in dit overleg ook de Forced Vital Capacity (FVC) van de patiënt. Een minimale FVC van 50% is geen strikte voorwaarde voor veilige sedatie. Per patiënt dient deze afweging gemaakt te worden. De meting van FVC kan daarnaast bij patiënten met NMA minder betrouwbaar zijn, vanwege bijvoorbeeld problemen met het omklemmen van het mondstuk. 	Deze aanbeveling kan wellicht niet direct worden ingevoerd vanwege een gebrek aan expertise en/of juiste organisatie.
Overweeg de indicaties voor het plaatsen van een PEG of PRG katheter te laten beoordelen door een multidisciplinair team	Het ontbreken van een multidisciplinair team is een barrière voor deze aanbeveling.
<ul style="list-style-type: none"> • Laat PEG-zorg uitvoeren door een kleine groep van ervaren MDL-artsen • Het strekt tot de aanbeveling de zorg rond PEG- en PRG door een PEG-team te laten coördineren en bewaken • Dit team dient tenminste te bestaan uit een MDL-arts, PEG-verpleegkundige of verpleegkundig specialist, endoscopieverpleegkundige, diëtiste, transferverpleegkundige, afdelingsverpleegkundige en op consultbasis: interventieradioloog en anesthesioloog/sedatiespecialist. 	Het ontbreken van een multidisciplinair team is een barrière voor deze aanbeveling.
Registreer alle complicaties in een complicatieregistratie en bespreek deze op reguliere basis in het team.	Deze aanbeveling kan wellicht niet direct worden ingevoerd vanwege een gebrek aan expertise en/of juiste organisatie.

Impact op zorgkosten

Geen van de gemaakte aanbevelingen brengt gevolgen met zich mee voor de zorgkosten.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de richtlijn te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties (NVMDL, NVN, NVvH, V&VN, NVvR, NVKNO, NIV, VRA)

- Bekend maken van de richtlijn onder de leden.
- Publiciteit voor de richtlijn maken door over de richtlijn te publiceren in tijdschriften en te vertellen op congressen.
- Ontwikkelen van gerichte bijscholing/trainingen, onder andere voor longartsen, chirurgen, fysiotherapeuten en longverpleegkundigen.
- Ontwikkelen en aanpassen van patiëntinformatie/keuzehulpen.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Het volgen van bijscholing die bij deze richtlijn ontwikkeld gaat worden.
- Aanpassen lokale patiëntinformatie op grond van de materialen die door de verenigingen beschikbaar gesteld zullen worden.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen.

De systeemstakeholders (onder andere zorgverzekeraars, (koepelorganisaties van) ziekenhuisbestuurders, IGJ)

Van de bestuurders wordt verwacht dat zij bij de betrokken medisch professionals nagaan op welke wijze zij kennis hebben genomen van de nieuwe richtlijn Enterale toegang en deze toepassen in de praktijk. Het verzorgen van een goed ingericht ziekenhuisinformatiesysteem kan bijdragen aan de implementatie van de aanbevelingen die betrekking hebben op de verslaglegging van de geplaatste gastrostomiekatheters en de terugkoppeling van complicaties aan andere zorgverleners.

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Toevoegen van richtlijn aan Richtlijndatabase. Daarbij opnemen van dit implementatieplan op een voor alle partijen goed te vinden plaats.