

## Implementatieplan

### Richtlijn Hyperbilirubinemie bij de pasgeborene $\geq$ 35 weken: implementatieplan

Dit implementatieplan is opgesteld ter bevordering van de implementatie van de gereviseerde richtlijn hyperbilirubinemie bij de pasgeborene  $\geq$  35 weken. 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 richtlijncommissie een advies uitgebracht over het tijdsplan voor implementatie, de daarvoor benodigde randvoorwaarden en de acties die door verschillende partijen ondernomen dienen te worden.

### **Werkwijze**

De werkgroep heeft per aanbeveling geïnventariseerd:

- 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.

Voor iedere aanbeveling is nagedacht over de hierboven genoemde punten. Echter niet voor iedere aanbeveling kon ieder punt worden beantwoord. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen “sterk geformuleerde aanbevelingen” en “zwak geformuleerde aanbevelingen”. In het eerste geval doet de richtlijncommissie een duidelijke uitspraak over iets dat zeker wel of zeker niet gedaan moet worden. In het tweede geval wordt de aanbeveling minder zeker gesteld (bijvoorbeeld “Overweeg om ...”) en wordt dus meer ruimte gelaten voor alternatieve opties. Voor “sterk geformuleerde aanbevelingen” zijn bovengenoemde punten in principe meer uitgewerkt dan voor de “zwak geformuleerde aanbevelingen”.

**Tabel implementatieplan**

Aanbeveling	Tijdsad voor implementatie: < 1 jaar, 1 tot 3 jaar of 3 tot 5 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdsad)	Mogelijke barrières voor implementatie <sup>1</sup>	Te ondernemen acties voor implementatie <sup>2</sup>	Verantwoordelijken voor acties <sup>3</sup>	Overige opmerkingen
<b>(PREVENTIE/DIAGNOSTIEK/BEHANDELING/NAZORG)</b>							
(Aanbeveling UV1)	1 tot 3 jaar	<p>Aanschaf TcB meters kost geld.</p> <p>Gebruik van selectieve TcB metingen leidt tot minder vaak prikken en leidt tot kostenbesparing.</p> <p>Gebruik van selectieve TcB metingen zal mogelijk leiden tot een afname van het aantal (her)opnames van kinderen met een zeer ernstige hyperbilirubinemie. Een kleine groep zal mogelijk eerder fotherapie krijgen. Het netto effect is nog onbekend. Mogelijk dat in de nabije toekomst meer fotherapie thuis gegeven kan worden voor de ‘gezonde’ pasgeborene (ongecomplieerde hyperbilirubinemie) die</p>	<p>De beschikbaarheid van TcB meter.</p> <p>Kennis van de literatuur en de richtlijn.</p>	<p>Geen financiële middelen voor een TcB meter</p> <p>De overwegingen in de richtlijn zijn bewust sterk geformuleerd – de GRADE waardering van de literatuur kan dusdanig worden geïnterpreteerd dat dit discrepant gevonden kan worden.</p> <p>Gebrek aan kennis van de richtlijn of geen TcB meter.</p> <p>Geen Nederlandse TcB screenings curves.</p>	<p>Overleg zorgverzekeraars of zij financiële middelen ter beschikking willen stellen.</p> <p>In de module is de redenering voor de sterke aanbevelingen duidelijk gemotiveerd</p> <p>Vooroverleg met KNOV</p> <p>Uitrollen richtlijn naar betrokken beroepsgroepen.</p> <p>Maken TcB screenings curves. Het moet duidelijk zijn hoe de TcB uitgevoerd moet worden en met welke curves.</p>	<p>Kinderartsen NVK Verloskundigen KNOV</p>	

		<p>met een TcB meter eerder herkend worden.</p> <p>Het signaleren en registreren van de voorafkansen en de overdracht ervan verbeteren is niet duur</p> <p>Uitrollen richtlijn naar betrokken beroepsgroepen.</p>	<p>Aanpassen van de zwangerschapskaart en het digitale dossier</p>	<p>KNOV autoriseert de richtlijn niet (2022).</p> <p>Geen tijd of prioriteit.</p>	<p>In gesprek blijven met de KNOV. Samenwerken met ZorgEvaluatie en Gepast Gebruik.</p> <p>Opnemen van de voorafkanstabel op de zwangerschapskaart en in het (maternaal) elektronisch dossier waardoor de implementatie van voorafkansen bepaling en overdracht kan verbeteren.</p>		
(Aanbeveling UV2)	< 1jaar	<p>Geen of minder doordat hogere TcB waarden ook betrouwbaar zijn en kinderen minder vaak geprikt hoeven te worden.</p>	<p>Kennis van de richtlijn en beschikbaarheid van TcB meter.</p>	<p>Gebrek aan kennis van de richtlijn of geen TcB meter.</p>	<p>Uitrollen richtlijn naar betrokken beroepsgroepen.</p>	<p>Kinderartsen NVK Verloskundigen KNOV</p>	<p>Het niet verrichten van een transcutane bilirubine meting bij kinderen onder fotherapie tot 24 uur na het staken van fotherapie is niet nieuw; e.e.a. staat al beschreven in de te reviseren richtlijn.</p>
(Aanbeveling UV3)	1 tot 3 jaar	<p>Kosten borstkolf/consult lactatiekundige zitten niet in basisverzekering.</p>	<p>Kennis van de richtlijn.  Medewerking van verloskundigen.</p>	<p>Gebrek aan kennis van richtlijn.  Gebrek van medewerking van verloskundigen vanwege weerstand tegen de 7%.</p>	<p>Uitrollen richtlijn naar betrokken beroepsgroepen. Afhankelijk van commentaar in de commentaarfase overleg NVK en KNOV.</p>	<p>Kraamverzorgenden en –verpleegkundigen Verloskundigen KNOV Kinderartsen NVK</p>	<p>Afvallen in combinatie met geelzien wordt door de werkgroep beschouwd als een medische indicatie voor bijvoeden en is in overeenstemming met de</p>

			Beschikbaarheid over de juiste apparatuur, te weten weegschalen (waarbij de gewichtsmeting overeenkomt met die in het ziekenhuis als het kind daar geboren en dus gewogen is) en elektrische borstkolf.	Weerstand van ouders tegen het starten met kolven of geven van kunstvoeding.  Financiële drempel – kosten borstkolf  Slechte of niet geijkte weegschalen.	Informatie over het risico van geelzien bij onvoldoende voeding aan ouders en zorgprofessionals. Bespreken van mogelijkheid om aanvullende verzekering af te sluiten.  Betrouwbare weegschalen	Andere verenigingen die de richtlijn autoriseren	aanbevelingen van de WHO en UNICEF.
(Aanbeveling UV4)	1 tot 3 jaar	Aan het verrichten van de geadviseerde aanvullende diagnostiek zijn kosten verbonden. Deze onderzoeken worden nu niet of nauwelijks verricht. En in veel ziekenhuizen ook niet 24/7 gedaan.	Kennis van de richtlijn.  Medewerking van laboratoriumartsen en klinisch chemici en het ziekenhuismanagement..  Beschikbaarheid over bekwaame analisten en de juiste apparatuur	Gebrek aan kennis van richtlijn.  Gebrek van medewerking van laboratoria of ziekenhuismanagement  Tekort aan bekwaam personeel dat 24/7 de gevraagde Dx kan verrichten.	Uitrollen van de richtlijn  Informereren door Sanquin en de NVK van alle Nederlandse laboratoria en de ziekenhuisbestuurders	Kinderartsen NVK Sanquin i.s.m. laboratoriumartsen en klinisch chemici	Het is relatief onbekend bij zorgprofessionals dat de neurotoxiciteit van bilirubine groter is bij een actief bloedgroepantagonisme. Daarom is 24/7 diagnostiek in specifieke gedefinieerde omstandigheden wel geïndiceerd.
(Aanbeveling UV5a)	< 1 jaar	Geen. De eventuele aanschaf van meer fotherapielampen opwegen tegen een kortere behandel- en opname duur.	Kennis van de richtlijn  Voldoende FT lampen	Gebrek aan kennis van richtlijn. Onvoldoende FT lampen.  Weerstand aanschaf meer lampen bij ziekenhuismanagement (die kosten worden	Uitrollen richtlijn naar betrokken beroepsgroepen.	Kinderartsen NVK	

		Ook zullen minder (dure) wisseltransfusies nodig zijn.		eerder gezien dan de kosten van bijvoorbeeld wisseltransfusies).			
(Aanbeveling 5b)	< 1 jaar	Geen	Kennis van de richtlijn.  Medewerking zorgprofessionals eerste lijn (kraamzorg/-verpleging, verloskundige en verloskundig actieve huisartsen).	Gebrek aan kennis van richtlijn. Gebrek aan medewerking zorgprofessionals eerste lijn (kraamzorg/-verpleging, verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen).	Uitrollen richtlijn naar betrokken beroepsgroepen.  Via informatieavonden de VSV's informeren.	Kinderartsen NVK Kraamzorgorganisaties Verloskundigen KNOV Huisartsen LHV Andere verenigingen die de richtlijn autoriseren	
(Aanbeveling 5c)	1 tot 3 jaar	Enige toename door dat meetapparatuur moet worden aangeschaft.	Kennis van de richtlijn  Voldoende FT lampen  Medewerking kinderartsen, medewerkers medische en instrumentele zaken en klinisch fysici	Gebrek aan kennis van richtlijn.  Gebrek aan medewerking kinderartsen, medewerkers medische en instrumentele zaken en klinisch fysici	Uitrollen richtlijn naar betrokken beroepsgroepen.	Kinderartsen NVK Klinisch fysici NVKF	
(Aanbeveling UV6)	< 1 jaar	Geen of afname in kosten, want IVlg zal niet of minder vaak gegeven worden.	Kennis van de richtlijn	Gebrek aan kennis van richtlijn.	Uitrollen richtlijn naar kinderartsen	Kinderartsen NVK	Deze aanbeveling is in overeenstemming met de het standpunt dat in 2017 door de sectie Neonatologie geaccordeerd is.
(Aanbeveling UV7)	1 tot 3 jaar	Deze zullen toenemen als de aanbevelingen omtrent poliklinische revisie, ABR en MRI opgevolgd worden.	Kennis van de richtlijn ook bij Kinderneurologen (FU) audiologen (ABR) en kinderradiologen (MRI).	Gebrek aan kennis van richtlijn.	Uitrollen richtlijn naar kinderartsen en andere zorgprofessionals in het bijzonder: kinderneurologen, klinisch fysici	Kinderartsen NVK Kinderneurologen Klinisch fysici/ audiologen NVKF	We weten in Nederland te weinig over de lange termijn gevolgen van ernstige hyperbilirubinemie. Er is in zekere zin een heuse

					audiologen en kinderradiologen via de beroepsverenigingen.	Kinderradiologen Kinderradiologie-NVR Jeugdartsen Andere verenigingen die de richtlijn autoriseren.	gedragsverandering nodig t.a.v. de follow up.
--	--	--	--	--	--	--	---

<sup>1</sup> Barrières kunnen zich bevinden op het niveau van de professional, op het niveau van de organisatie (het ziekenhuis) of op het niveau van het systeem (buiten het ziekenhuis). Denk bijvoorbeeld aan onenigheid in het land met betrekking tot de aanbeveling, onvoldoende motivatie of kennis bij de specialist, onvoldoende faciliteiten of personeel, nodige concentratie van zorg, kosten, slechte samenwerking tussen disciplines, nodige taakherschikking, et cetera.

<sup>2</sup> Denk aan acties die noodzakelijk zijn voor implementatie, maar ook acties die mogelijk zijn om de implementatie te bevorderen. Denk bijvoorbeeld aan controleren aanbeveling tijdens kwaliteitsvisite, publicatie van de richtlijn, ontwikkelen van implementatietools, informeren van ziekenhuisbestuurders, regelen van goede vergoeding voor een bepaald type behandeling, maken van samenwerkingsafspraken.

<sup>3</sup> Wie de verantwoordelijkheden draagt voor implementatie van de aanbevelingen, zal tevens afhankelijk zijn van het niveau waarop zich barrières bevinden. Barrières op het niveau van de professional zullen vaak opgelost moeten worden door de beroepsvereniging. Barrières op het niveau van de organisatie zullen vaak onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbestuurders vallen. Bij het oplossen van barrières op het niveau van het systeem zijn ook andere partijen, zoals de NZA en zorgverzekeraars, van belang.