

Bijlage: Implementatie

Inleiding

Dit plan is opgesteld ter bevordering van de implementatie van de richtlijn lymfoedeem. 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:

- Het tijdstip waarop de aanbeveling de implementatie gerealiseerd zou moeten 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;
- Welke partijen aan zet zijn.

Lezers van dit implementatieplan dienen rekening te houden met het feit dat er verschillen zijn tussen 'sterke aanbevelingen' en 'zwakke aanbevelingen'. In het eerste geval doet de richtlijncommissie 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 de volgende aanbevelingen geldt dat implementatie op korte termijn gerealiseerd zou moeten worden. In de meeste gevallen geldt hiervoor de termijn van 1-3 jaar. In onderstaande aanbeveling is dat 1 jaar:

Aanbeveling	Toelichting
Bevorder multidisciplinair/collegiale communicatie, bv. middels een rapportage, bij patiënten die een (kanker)interventie ondergaan met een (verhoogd) risico op lymfoedeem. Ga na hoe dat risico als gevolg van de interventie verminderd kan worden. Zie de module organisatie van zorg.	Aanbeveling wordt nader toegelicht in de module Organisatie van zorg. Er wordt geen impact op de zorgkosten verwacht.
Overweeg alleen op zorgvuldige gronden alle soorten van MLD bij obstructieve lymfafvloedstoornissen/hoge afterload (zoals bijv. lymfoedeem na oncologische ingrepen) in de midline regio's, het hoofdhalshoofdgebied en de onderste extremiteiten gedurende de initiële behandel fase als aanvulling op de standaard DLT-modaliteiten. (Zwakke aanbeveling)	Nader gespecificeerd dat MLD niet als monotherapie dient te worden toegepast. Voor de volledigheid is het van belang om onderstaande aanbeveling in acht te nemen: <i>Pas in principe geen MLD toe in de onderhoudsfase.</i> Zie kopje 'Impact op zorgkosten'.

<p>Wees terughoudend om MLD toe te passen bij de behandeling van borstkanker gerelateerd arm lymfoedeem in de initiële behandelingsfase als de meerwaarde niet onderbouwd kan worden. Pas geen MLD als monotherapie toe.</p>	<p>Nadere toelichting op de toepasbaarheid van MLD bij behandeling van borstkanker gerelateerd arm lymfoedeem.</p> <p>Voor de volledigheid is het van belang om onderstaande aanbeveling in acht te nemen: <i>Pas in principe geen MLD toe in de onderhoudsfase.</i></p> <p>Zie kopje 'Impact op zorgkosten'.</p>
<p>Overweeg reductiechirurgie bij patiënten met lymfoedeem stadium 2b/3 (ISL), in één of meer van de volgende gevallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wanneer de conservatieve behandeling faalt/geen resultaat geeft. - Bij de aanwezigheid van overtollig vetweefsel en/of proliferatieve huidveranderingen zoals papillotamosis en verrucosis. - Het volume leidt tot beperking in het dagelijks leven. - Bij recidiverende erysipelas. 	<p>Sinds de oude richtlijn uit 2014 is er meer literatuur beschikbaar die de effectiviteit van reductiechirurgie bij deze groep patiënten onderbouwd.</p> <p>Na behandeling middels reductiechirurgie is er op compressietherapie na, geen aanvullende meer therapie nodig is.</p> <p>Zie kopje 'Impact op zorgkosten'.</p>

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. Voor de volgende aanbevelingen geldt daarom een implementatietermijn van één tot drie jaar:

Aanbeveling	Toelichting
<p>Geef extra aandacht aan patiënten met kanker en lymfoedeem én pijnklachten door een multidisciplinaire insteek en/of verwijzing gespecialiseerde centra.</p>	<p>Specifiek patiënten met kanker worden hier uitgelicht ten opzichte van de vorige richtlijn.</p> <p>Zie kopje 'Impact op zorgkosten'.</p>

Impact op zorgkosten

Veel aanbevelingen brengen geen of nauwelijks gevolgen met zich mee voor de zorgkosten. Een aantal aanbevelingen doet dit echter wel. In onderstaande tabel wordt per module beschreven welke aanbevelingen volgens de richtlijncommissie een belangrijk effect met zich meebrengen op de zorgkosten en welk effect dit is.

Aanbeveling	Toelichting
Geef extra aandacht aan patiënten met kanker en lymfoedeem én pijnklachten door een multidisciplinaire insteek en/of verwijzing gespecialiseerde centra.	Mogelijk stijgen zorgkosten door meer verwijzingen. Mogelijk dalen zorgkosten doordat vroege interventie mogelijk wordt gemaakt waardoor het zorgtraject korter wordt.
<p>- Overweeg alleen op zorgvuldige gronden alle soorten van MLD bij obstructieve lymfabloedstoornissen/hoge afterload (zoals bijv. lymfoedeem na oncologische ingrepen) in de midline regio's, het hoofdhalsgebied en de onderste extremiteiten gedurende de initiële behandelfase als aanvulling op de standaard DLT-modaliteiten.</p> <p>(Zwakke aanbeveling)</p> <p>- Wees terughoudend om MLD toe te passen bij de behandeling van borstkanker gerelateerd arm lymfoedeem in de initiële behandelfase als de meerwaarde niet onderbouwd kan worden. Pas geen MLD als monotherapie toe.</p>	Door het verminderen van de MLD handelingen komt er meer tijd vrij voor andere, meer actieve, hands-off vormen van therapie en begeleiding waardoor er meer gewerkt kan worden aan zelfmanagement vaardigheden en meer acceptatie en controle vaardigheden
Overweeg reductiechirurgie bij patiënten met lymfoedeem stadium 2b/3 (ISL), in één of meer van de volgende gevallen: - Wanneer de conservatieve behandeling faalt/geen resultaat geeft. - Bij de aanwezigheid van overtollig vetweefsel en/of proliferatieve huidveranderingen zoals papillotamosis en verrucosis. - Het volume leidt tot beperking in het dagelijks leven. - Bij recidiverende erysipelas.	De totale (zorg)kosten dalen doordat deze groep patiënten een passender definitief behandelplan krijgt, alleen compressietherapie krijgt, een sterk verlaagde kans op wondroos heeft (aangetoond) en in principe geen aanvullende therapie meer nodig heeft. De QoL stijgt aanzienlijk en de functionaliteit ook.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij volgens de richtlijncommissie zouden moeten ondernemen om de implementatie van de richtlijn te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties (NVDV, NVOG, NVPC, NVVH, NVNG, NVRO, NVH, V&VN, NVFL, NVD, NIP, Stichting Olijf, BVN, NLNet, Huid Nederland)

- 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;
- Verzorgen van (bij)scholing en training om ervoor te zorgen dat de gewenste expertise geleverd kan worden voor het naleven van de richtlijn;
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisitatie;

Initiatief nemende wetenschappelijke vereniging (NVDV)

- Bekend maken van de richtlijn onder de andere betrokken wetenschappelijke – en beroepsverenigingen en patiëntorganisaties.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen;
- Het afstemmen van lokale protocollen op de aanbevelingen in de richtlijn;
- Aanpassen patiënten informatie 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, NZA, (koepelorganisaties van) ziekenhuisbestuurders)

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij ter mede toezien op implementatie van de zorg die in deze richtlijn wordt aanbevolen. Over het algemeen is het waarschijnlijk dat noodzakelijke investeringen voor de baat uit gaan. De 'sterk geformuleerde aanbevelingen' in deze richtlijn kunnen, na verloop van de aangegeven implementatietermijnen door zorgverzekeraars worden gebruikt voor de inkoop van zorg.

Wetenschappers en subsidieverstrekkers

- Onderzoek initiëren naar de kennislacunes.

Het Kennisinstituut van Medisch Specialisten

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