

Aanbeveling – 1	
1. Wat was het onderliggende probleem om deze uitgangsvraag uit te werken?	x Ongewenste praktijkvariatie ☐ Nieuwe evidentie ☐ Anders Toelichting: [toelichting, beschrijf de huidige situatie indien mogelijk met onderbouwing/ getallen]
2. Maak een inschatting over hoeveel patiënten het ongeveer gaat waar de aanbeveling betrekking op heeft?	☐ < 1000 ☐ < 5000 ☐ 5000-40.000 ☒ > 40.000
3. Maakt de aanbeveling deel uit van een set van interventies voor hetzelfde probleem?	x Ja: hoe verhoudt deze aanbeveling zich tot de andere aanbevelingen uit deze module/ richtlijn of uit andere richtlijnen(modules)? Dient hier rekening mee gehouden te worden bij de implementatie of kan dit worden gezien als een losstaande aanbeveling? ☐ Nee <u>Waarden en voorkeuren van patiënten (en eventueel hun naasten/verzorgers)</u> Voor patiënten is goede uitleg over de antitrombotische therapie en de daarbij te maken afwegingen van belang. Patiënten hebben behoefte aan informatie over de medicatie, de voor- en nadelen en de invloed op het dagelijkse leven. Een individuele afweging tussen het risico op ischemische en bloedingscomplicaties is van belang en dient met de patiënt te worden besproken. <u>Kostenaspecten</u> Er zijn geen studies gevonden naar kosteneffectiviteit van de verschillende antitrombotische behandelingen. Ticagrelor is duurder dan clopidogrel en moet tweemaal daags worden ingenomen (ongeveer €60,- versus €1750,- per jaar). <u>Gelijkheid ((health) equity/equitable)</u>

	De keuze van antistollingsbehandeling heeft geen invloed op gezondheidsgelijkheid. <u>Aanvaardbaarheid:</u> De bewijskracht en de overwegingen komen veelal overeen met de huidige zorg en daarom worden er geen problemen verwacht met betrekking tot aanvaardbaarheid en implementatie. <i>Ethische aanvaardbaarheid</i> Er zijn geen ethische bezwaren. <u>Duurzaamheid</u> Er zijn geen relevante aspecten met betrekking tot duurzaamheid tussen de beschreven behandelingen. <u>Haalbaarheid</u> De vergeleken behandelingen zijn over het algemeen al standaardzorg in de praktijk.		
4. Belemmeringen en kansen op verschillende niveaus voor landelijke toepassing van de aanbeveling:	Voorbeelden	Wat zijn mogelijke belemmerende factoren?	Wat zijn mogelijke bevorderende factoren?
a) Richtlijn/ klinisch traject (innovatie)	Voortschrijding/vooruitgang in de praktijk, haalbaarheid, geloofwaardigheid, toegankelijkheid, aantrekkelijkheid	Geen.	De vergeleken behandelingen zijn over het algemeen al standaardzorg in de praktijk.
b) Zorgverleners (artsen en verpleegkundigen)	Bewustzijn, kennis, houding, motivatie om te veranderen, gedragsroutines	Geen.	Geen.
c) Patiënt/ cliënt (naasten)	Kennis, vaardigheden, houding, compliance	Voor patiënten is goede uitleg over de antitrombotische therapie en de daarbij te maken afwegingen van belang.	Geen.

		Patiënten hebben behoefte aan informatie over de medicatie, de voor- en nadelen en de invloed op het dagelijkse leven. Een individuele afweging tussen het risico op ischemische en bloedingscomplicaties is van belang en dient met de patiënt te worden besproken.	
d) Sociale context	Mening van collega's, cultuur van het netwerk, samenwerking, leiderschap	Geen.	Geen.
e) Organisatorische context	Organisatie van zorgprocessen, personeel, capaciteiten, middelen, structuren	Geen.	De bewijskracht en de overwegingen komen veelal overeen met de huidige zorg en daarom worden er geen problemen verwacht met betrekking tot aanvaardbaarheid en implementatie.
f) Economische en politieke context	Financiële regelingen, regelgeving, beleid (vergoede zorg, betaaltitel)	Geen	Geen.
5. Welke personen/partijen zijn van belang bij het toepassen van de aanbeveling in de praktijk?		☒ Patiënt/ cliënt (naaste) ☒ Professional ☐ Beroepsvereniging ☐ Ziekenhuis(bestuurder)	

	x Zorgverzekeraars/ NZa ☐ Zorginstituut [duiding nodig] ☐ (graag aanvullen met alle relevante partijen, e.g., industrie)
6. Wat zouden deze personen/ partijen moeten veranderen in hun gedrag of organisatie om de aanbeveling toe te passen?	Geen verandering nodig.
7. Binnen welk tijdsbestek moet de aanbeveling zijn geïmplementeerd?	x < 1 jaar ☐ < 2 jaar ☐ < 3 jaar [toelichting]
8. Conclusie: is er extra aandacht nodig voor implementatie van de aanbeveling (anders dan publicatie van deze richtlijnmodule)?	☐ Ja* x Nee Toelichting: De bewijskracht en de overwegingen komen veelal overeen met de huidige zorg en daarom worden er geen problemen verwacht met betrekking tot aanvaardbaarheid en implementatie.

**Deze aanbeveling komt in aanmerking voor plaatsing op de Implementatie Agenda van het programma Zorg Evaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG). In het programma ZE&GG werken patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid samen aan de bewezen beste zorg voor de patiënt. Daarmee is ZE&GG een programma van alle betrokken partijen in de Medisch Specialistische Zorg. FMS is één van deze betrokken partijen.*

- 5 De implementatieagenda van ZE&GG bevat onderwerpen over wat de bewezen beste zorg is en die in de dagelijkse zorgpraktijk geïmplementeerd zouden moeten worden. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) hebben landelijke afspraken gemaakt over de implementatie van de onderwerpen van de implementatieagenda. Deze afspraken zijn onderdeel van de zorginkoopafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Vanuit FMS worden sterke, goed onderbouwde aanbevelingen, getoetst op de behoefte aan een implementatie impuls aangedragen. Voor de beoordeling van onderwerpen uit richtlijnen wordt gekeken naar bovenstaande tabel voor een inschatting van de implementatie impuls. Met de ingevulde implementatietabel kunnen we vanuit FMS de andere HLA-MSZ partijen goed informeren om zo samen te beslissen of de aanbeveling daadwerkelijk op de implementatie agenda zal worden geplaatst.