

Verkeerslicht en (de-)implementatietabel

Verkeerslichtanalyse



- **ROOD** = sterk geformuleerde aanbeveling om iets niet te doen, met een GRADE high of moderate
- **ORANJE** = zwak geformuleerde aanbeveling; mogelijk kennishiaat
- **GROEN** = sterk geformuleerde aanbeveling om iets wel te doen, met een GRADE high of moderate
- **LICHT ROOD** of **LICHT GROEN** = sterk geformuleerde aanbevelingen met een GRADE low, very low of geen GRADE (*modules waarin geen studies geïnccludeerd konden worden in de literatuursamenvatting of waarin geen literatuursamenvatting werd geschreven zoals modules waarin organisatie van zorg wordt beschreven*)

15

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijskracht per uitkomstmaat	Verkeerslicht per (sub)aanbeveling
Maak alcoholgebruik bespreekbaar op een niet-veroordelende wijze. Maak onderscheid tussen het individu en het gedrag of condities bij het bespreekbaar maken van (risicovol) alcoholgebruik. Neem een rol in de (vroeg)signalering van alcoholgebruik en vervolgens in het motiveren van de patiënt om het alcoholgebruik te veranderen. Verwijs door naar een hulpinstantie die kan begeleiden bij het alcoholgebruik. Zie de module over ketenzorg voor overwegingen en aanbevelingen over een zorgpad (incl. verwijzing). Informeer de patiënt over de somatische consequenties van het alcoholgebruik. Classificeer risicovol alcoholgebruik hiermee als een medisch probleem om zo samen met de patiënt (<i>shared</i>	X Sterk (doe/ gebruik) / ☐ Zwak (overweeg)	Overall bewijskracht x H ☐ M ☐ L ☐ VL ☐ NG Range bewijskracht van alle uitkomstmaten ☐ H ☐ M ☐ L ☐ VL ☐ NG OF x voor de (sub)uitgangsvraag is geen systematische literatuur analyse uitgevoerd	☐ ROOD: vul tabel A in ☐ LICHT ROOD: vul tabel A in ☐ ORANJE: gebruik tabel B x LICHT GROEN: vul tabel A in ☐ GROEN: vul tabel A in

<i>decision making</i>) een passend, en binnen de psychosociale context van patiënt haalbaar, behandelplan op te stellen.			
--	--	--	--

Implementatietabel

(De-)Implementatietabel met impuls analyse

Aanbeveling	Maak alcoholgebruik bespreekbaar op een niet-veroordelende wijze. Maak onderscheid tussen het individu en het gedrag of condities bij het bespreekbaar maken van (risicovol) alcoholgebruik. Neem een rol in de (vroeg)signalering van alcoholgebruik en vervolgens in het motiveren van de patiënt om het alcoholgebruik te veranderen. Verwijs door naar een hulpinstantie die kan begeleiden bij het alcoholgebruik. Zie de module over ketenzorg voor overwegingen en aanbevelingen over een zorgpad (incl. verwijzing). Informeer de patiënt over de somatische consequenties van het alcoholgebruik. Classificeer risicovol alcoholgebruik hiermee als een medisch probleem om zo samen met de patiënt (<i>shared decision making</i>) een passend, en binnen de psychosociale context van patiënt haalbaar, behandelplan op te stellen.
1. Wat was het onderliggende probleem om deze uitgangsvraag uit te werken?	X Ongewenste praktijkvariatie ☐ Nieuwe evidentie x Anders → voorkomen van stigmatisering van patiënten met riskant alcoholgebruik
2. Maak een inschatting over hoeveel patiënten het ongeveer gaat waar de aanbeveling betrekking op heeft?	☐ < 1000 ☐ < 5000 X 5000-40.000 ☐ > 40.000 *In 2016 werden er naar schatting 5.600 personen behandeld op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis wegens een alcoholvergiftiging, waarvan het meerderheid man (63%) en ruim de helft jonger dan 25 jaar was. Daarnaast werden er ongeveer 16.300 mensen in het ziekenhuis behandeld naar aanleiding van een aan alcohol-gerelateerd letsel of geweldpleging waarbij alcohol betrokken was (VeiligheidNL, 2020).
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?

	Toelichting: de module is sterk gerelateerd aan de module over ketenzorg, waarin aandacht wordt gegeven aan een zorgpad, incl. verwijzing van de patiënt. Bij implementatie zou hier wel rekening mee moeten worden gehouden. ☐ Nee		
4. Belemmeringen en kansen op verschillende niveaus voor landelijke toepassing van de aanbeveling:	<i>Voorbeelden</i>	Wat zijn mogelijke belemmerende factoren?	Wat zijn mogelijke bevorderende factoren?
a) Richtlijn/ klinisch traject (innovatie)	<i>Voortschrijding/vooruitgang in de praktijk, haalbaarheid, geloofwaardigheid, toegankelijkheid, aantrekkelijkheid</i>		
b) Zorgverleners (artsen en verpleegkundigen)	<i>Bewustzijn, kennis, houding, motivatie om te veranderen, gedragsroutines</i>	(Onbewuste) vooroordelen en onvoldoende kennis en vaardigheden t.a.v. passende communicatie onder zorgverleners kan leiden tot onheuse bejegening van patiënten dan wel ineffectieve/niet passende communicatie.	Passende communicatie en juiste bejegening van patiënten kan leiden tot een betere behandelrelatie, meer openheid en motivatie vanuit patiënten etc. Dit kan zorgverleners motiveren om zich hiervoor in te zetten.
c) Patiënt/ cliënt (naasten)	<i>Kennis, vaardigheden, houding, compliance</i>	Patiënten kunnen schuld- en schaamtegevoelens hebben over hun gedrag, wat invloed kan hebben op hun communicatie.	Passende communicatie en juiste bejegening door zorgverleners kan er bij patiënten toe leiden dat zij zich meer begrepen voelen.
d) Sociale context	<i>Mening van collega's, cultuur van het netwerk, samenwerking, leiderschap</i>	Oordelen over schuld en feit dat de ziekte een zelf geïnduceerde ziekte is. Dat zou kunnen leiden	Kennis over hoe risicovol alcoholgebruik tot stand komt en dat dit niet per definitie een vrije

		tot ongelijkheid in de toegankelijkheid van zorg.	keuze van de patiënt is. De publicatie van deze module kan het gesprek daarover in gang zetten. .
e) Organisatorische context	<i>Organisatie van zorgprocessen, personeel, capaciteiten, middelen, structuren</i>	Onvoldoende tijd, bijvoorbeeld om een uitgebreider gesprek te voeren met de patiënt en daarnaast om het gesprek met de patiënt goed voor te bereiden.	Passende communicatie en juiste bejegening door zorgverleners kan bij patiënten ertoe leiden dat zij zich meer begrepen voelen. Dit kan vervolgens bijdragen aan meer openheid bij patiënten evenals een grotere bereidwilligheid om mee te werken aan het zetten van vervolgstappen t.a.v. het alcoholgebruik. Hierdoor kunnen zorgverleners uiteindelijk meer bereiken.
f) Economische en politieke context	<i>Financiële regelingen, regelgeving, beleid (vergoede zorg, betaaltitel)</i>		
5. Welke personen/partijen zijn van belang bij het toepassen van de aanbeveling in de praktijk?	☒ Patiënt/ cliënt (naaste) ☒ Professional ☒ Beroepsvereniging ☐ Ziekenhuis(bestuurder) ☐ Zorgverzekeraars/ NZa ☐ Zorginstituut [duiding nodig]		
6. Wat zouden deze personen/ partijen moeten veranderen in hun gedrag of organisatie om de aanbeveling toe te passen?	Van patiënten wordt gevraagd dat zij zich open opstellen in de communicatie met hun zorgverlener. Zorgverleners dienen alert te zijn op de communicatie met - en de bejegening van de patiënt en bereid te zijn om hier – waar nodig – aan te werken dan wel een scholing te volgen Beroepsverenigingen kunnen dit stimuleren, door bijv. vooroordelen bespreekbaar te maken die de communicatie met- en bejegening van de patiënt negatief kunnen beïnvloeden.		

7. Binnen welk tijdsbestek moet de aanbeveling zijn geïmplementeerd?	☐ < 1 jaar ☐ < 2 jaar ☒ < 3 jaar
8. Conclusie: is er extra aandacht nodig voor implementatie van de aanbeveling (anders dan publicatie van deze richtlijnmodule)?	x Ja* ☐ Nee Toelichting: Het gaat hierbij om een gevoelig onderwerp, waarbij er van zowel patiënten, zorgverleners en beroepsverenigingen medewerking nodig is. Heuse bejegening en passende communicatie zijn moeilijke onderwerpen, waarbij er in sommige situaties wellicht gedragsveranderingen dan wel het ‘loskomen van (voor)oordelen’ nodig zijn om de implementatie van de aanbevelingen te bewerkstelligen.

**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.*

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.