

## 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*)

Aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijskracht per uitkomstmaat	Verkeerslicht per (sub)aanbeveling
<p>Realiseer een zorgpad voor de screening en de diagnostiek van patiënten met risicovol alcoholgebruik die zich in het ziekenhuis presenteren op de spoedeisende hulp (SEH), polikliniek of patiënten die worden opgenomen.</p> <p>- Zorg hierbij dat zorgverleners die betrokken zijn bij directe patiëntenzorg voldoende tijd en mogelijkheid hebben om patiënten met risicovol alcoholgebruik te herkennen en identificeren en faciliteer waar nodig scholing van zorgverleners.</p> <p>Zorg voor een verwijsstructuur naar de geestelijke gezondheidszorg en/of verslavingszorg en extramurale zorgverleners voor</p>	<p><b>X</b> Sterk (doe/ gebruik) /</p> <p><input type="checkbox"/> Zwak (overweeg)</p>	<p>Overall bewijskracht</p> <p><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> VL <input type="checkbox"/> NG</p> <p>Range bewijskracht van alle uitkomstmaten</p> <p><input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> VL <input type="checkbox"/> NG</p> <p><b>OF</b></p> <p><b>X voor de (sub)uitgangsvraag is geen systematische literatuur analyse uitgevoerd</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>ROOD</b>: vul tabel A in</p> <p><input type="checkbox"/> <b>LICHT ROOD</b>: vul tabel A in</p> <p><input type="checkbox"/> <b>ORANJE</b>: gebruik tabel B</p> <p><b>X LICHT GROEN</b>: vul tabel A in</p> <p><input type="checkbox"/> <b>GROEN</b>: vul tabel A in</p>

<p>patiënten die geïdentificeerd worden met risicovol alcoholgebruik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij voorkeur bestaat er een interne verwijsstructuur en samenwerking met de consultatieve dienst van de geestelijke gezondheidszorg in het ziekenhuis om tijdens ziekenhuispresentatie op de SEH, polikliniek of ziekenhuisopname de patiënt met risicovol alcoholgebruik te diagnosticeren, te verwijzen en bij ziekenhuisopname zo nodig al te starten met het behandelen van stoornissen in het gebruik van alcohol.</li> </ul> <p><i>Na ontslag</i></p> <p>Borg de continuïteit van zorg bij ontslag uit het ziekenhuis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maak zorgverleners in de tweede lijn verantwoordelijk voor een overdracht naar de eerste lijn.</li> <li>- Zorg bij ontslag uit het ziekenhuis voor</li> </ul>			
--	--	--	--

<p>een adequate informatie overdracht naar de extramurale zorgverleners zoals de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk en huisarts.</p> <p>Zorg voor een terugkoppeling naar de huisarts, of in het geval van actief poliklinisch vervolg in het ziekenhuis aan de poliklinisch hoofdbehandelaar van het betreffende specialisme, van de uitkomst van de verwijzing en eventuele behandeling van de patiënt voor risicovol alcoholgebruik.</p>			
--	--	--	--

## Implementatietabel

### (De-)Implementatietabel met impuls analyse

<b>Aanbeveling</b>	<p>Realiseer een zorgpad voor de screening en de diagnostiek van patiënten met risicovol alcoholgebruik die zich in het ziekenhuis presenteren op de spoedeisende hulp (SEH), polikliniek of patiënten die worden opgenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Zorg hierbij dat zorgverleners die betrokken zijn bij directe patiëntenzorg voldoende tijd en mogelijkheid hebben om patiënten met risicovol alcoholgebruik te herkennen en identificeren en faciliteer waar nodig scholing van zorgverleners.</li></ul> <p>Zorg voor een verwijisstructuur naar de geestelijke gezondheidszorg en/of verslavingszorg en extramurale zorgverleners voor patiënten die geïdentificeerd worden met risicovol alcoholgebruik.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bij voorkeur bestaat er een interne verwijisstructuur en samenwerking met de consultatieve dienst van de geestelijke gezondheidszorg in het ziekenhuis om tijdens ziekenhuispresentatie op de SEH, polikliniek of ziekenhuisopname de patiënt met risicovol alcoholgebruik te diagnosticeren, te verwijzen en bij ziekenhuisopname zo nodig al te starten met het behandelen van stoornissen in het gebruik van alcohol.</li></ul> <p><i>Na ontslag</i></p> <p>Borg de continuïteit van zorg bij ontslag uit het ziekenhuis:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Maak zorgverleners in de tweede lijn verantwoordelijk voor een overdracht naar de eerste lijn.</li><li>- Zorg bij ontslag uit het ziekenhuis voor een adequate informatie overdracht naar de extramurale zorgverleners zoals de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk en huisarts.</li><li>- Zorg voor een terugkoppeling naar de huisarts, of in het geval van actief poliklinisch vervolg in het ziekenhuis aan de poliklinisch hoofdbehandelaar van het betreffende specialisme, van de uitkomst van de verwijzing en eventuele behandeling van de patiënt voor risicovol alcoholgebruik.</li></ul>
<b>1. Wat was het onderliggende probleem om deze uitgangsvraag uit te werken?</b>	<b>X Ongewenste praktijkvariatie</b> <input type="checkbox"/> Nieuwe evidentie <input type="checkbox"/> Anders
<b>2. Maak een inschatting over hoeveel patiënten het ongeveer gaat waar de aanbeveling betrekking op heeft?</b>	<input type="checkbox"/> < 1000 <input type="checkbox"/> < 5000 <b>X 5000-40.000*</b> <input type="checkbox"/> > 40.000

	<p>*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).</p>		
<p><b>3. Maakt de aanbeveling deel uit van een set van interventies voor hetzelfde probleem?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Ja:</b> 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?</p> <p><b>Toelichting:</b> [toelichting]</p> <p><b>X Nee</b></p>		
<p><b>4. Belemmeringen en kansen op verschillende niveaus voor landelijke toepassing van de aanbeveling:</b></p>	<p><i>Voorbeelden</i></p>	<p><b>Wat zijn mogelijke belemmerende factoren?</b></p>	<p><b>Wat zijn mogelijke bevorderende factoren?</b></p>
<p>a) <b>Richtlijn/ klinisch traject (innovatie)</b></p>	<p><i>Voortschrijding/voortgang in de praktijk, haalbaarheid, geloofwaardigheid, toegankelijkheid, aantrekkelijkheid</i></p>	<p>Onwetendheid van de aanbeveling onder vakgroepen. Haalbaarheid van voorstellen (vrijspelen van personeel, extra aanstellen van personeel). Toegankelijkheid voor mensen met somatische complicaties van alcoholgebruik tot 1<sup>ste</sup> lijns zorg (verslavingsgeneeskunde, maatschappelijk werk) ten gevolge van wachtlijsten/beperkt zorg aanbod of door socio-economische situatie.</p>	<p>Eenduidige begeleiding van mensen met somatische complicaties van alcoholgebruik.</p>
<p>b) <b>Zorgverleners (artsen en verpleegkundigen)</b></p>	<p><i>Bewustzijn, kennis, houding, motivatie om te veranderen, gedragsroutines</i></p>	<p>Implementatie van een zorgpad/verwijsstructuur tussen 2<sup>de</sup> en 1<sup>ste</sup> lijn en adequate overdracht van 2<sup>de</sup> naar 1<sup>ste</sup> lijn</p>	<p>Een duidelijk zorgpad, verwijsstructuur en overdracht naar 1<sup>ste</sup> lijn voor iemand die zich presenteert met somatische</p>

		kosten tijd, vraagt tijd/financiële investering van betrokkenen.	complicaties van alcoholgebruik kan een tijdswinst opleveren op de lange termijn.
c) <b>Patiënt/ cliënt (naasten)</b>	<i>Kennis, vaardigheden, houding, compliance</i>	Patiënten zouden terughoudend kunnen zijn met het delen van hun somatische complicaties met andere instanties wegens schaamte.	Door de patiënt met somatische complicaties van alcoholgebruik te voorzien van een ‘casemanager’ en als zodanig in een zorgpad te plaatsen, zou de compliance kunnen doen toenemen.
d) <b>Sociale context</b>	<i>Mening van collega’s, cultuur van het netwerk, samenwerking, leiderschap</i>	Er kan twijfel zijn over het nut en noodzaak van een zorgpad boven de huidige standaard zorgpraktijk.	Afspraken tussen 2 <sup>de</sup> en 1 <sup>ste</sup> lijn zorgverleners kunnen bijdragen aan het vormgeven van een zorgpad, verwijstructuur en overdracht tussen verschillende gremia.
e) <b>Organisatorische context</b>	<i>Organisatie van zorgprocessen, personeel, capaciteiten, middelen, structuren</i>	Gebrek aan financiële middelen, personeel, capaciteitsgebrek in 2 <sup>de</sup> en 1 <sup>ste</sup> lijn instanties kan de uitvoering van een zorgpad, verwijstructuur en overdracht belemmeren.	Het stroomlijnen van de zorg voor patiënten met somatische complicaties van alcoholgebruik kan de efficiëntie van de zorgorganisatie tussen 2 <sup>de</sup> en 1 <sup>ste</sup> lijn verbeteren.
f) <b>Economische en politieke context</b>	<i>Financiële regelingen, regelgeving, beleid (vergoede zorg, betaaltitel)</i>	Toename van kosten voor het opzetten van zorgpaden, vormgeven van verwijstructuren en uitbreiding van zorgvraag.	Het verliezen van patiënten in follow-up van 2 <sup>de</sup> naar 1 <sup>ste</sup> lijn kan uiteindelijk leiden tot significant meer inspanning in de zin van tijd en geld als patiënt zich dan op een later moment alsnog presenteert, dan wanneer iemand bij eerste presentatie in

			zorg gebleven was en ergere schade voorkomen is.
<b>5. Welke personen/partijen zijn van belang bij het toepassen van de aanbeveling in de praktijk?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Patiënt/ cliënt (naaste) <input checked="" type="checkbox"/> Professional <input checked="" type="checkbox"/> Beroepsvereniging <input checked="" type="checkbox"/> Ziekenhuis(bestuurder) <input checked="" type="checkbox"/> Zorgverzekeraars/ NZa <input type="checkbox"/> Zorginstituut [duiding nodig]		
<b>6. Wat zouden deze personen/ partijen moeten veranderen in hun gedrag of organisatie om de aanbeveling toe te passen?</b>	Het ontwikkelen van een zorgpad, interne verwijstructuur binnen een ziekenhuis en naar 1 <sup>ste</sup> lijn met adequate overdracht tussen verschillende gremia vraagt een significante tijdsinvestering en financiële investering aan de start. Uiteindelijk is de verwachting dat de investeringen zich zullen uitbetalen in betere zorg voor patiënten, op maat voor de individuele patiënt met potentiële kostenreductie door voorkomen van verdere somatische complicaties als het gevolg van alcoholgebruik. Patiënten met risicovol alcoholgebruik zullen bereid moeten zijn om hun gedrag aan te passen en open moeten staan voor begeleiding en/of behandeling van hun risicovol alcoholgebruik.		
<b>7. Binnen welk tijdsbestek moet de aanbeveling zijn geïmplementeerd?</b>	<input type="checkbox"/> < 1 jaar <input type="checkbox"/> < 2 jaar <input checked="" type="checkbox"/> < 3 jaar  De aanbevelingen zijn omvangrijk, vergen significante tijdsinvestering van verschillende organisaties.		
<b>8. Conclusie: is er extra aandacht nodig voor implementatie van de aanbeveling (anders dan publicatie van deze richtlijnmodule)?</b>	<input type="checkbox"/> Ja* <input checked="" type="checkbox"/> Nee  <b>Toelichting:</b> -		

*\*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.*