

Implementatieplan

Inleiding

Dit implementatieplan is opgesteld ter bevordering van de implementatie van de herziening van de richtlijn wondzorg. 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 de 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”.

Implementatietermijnen

Voor alle aanbevelingen geldt dat zij zo spoedig mogelijk geïmplementeerd dienen te worden en dat per 2023 iedereen aan deze aanbevelingen dient te voldoen.

Voor sommige aanbevelingen is het echter niet mogelijk om ze al in 2023 te implementeren. Dit heeft te maken met een gebrek aan middelen, vergoeding en/of juiste organisatie. Hiervoor dient een langer implementatietermijn van bijvoorbeeld 3 jaar aangehouden te worden.

Het implementatiehoofdstuk geeft een kort overzicht van de wijze waarop barrières geïnventariseerd zijn.

<i>Aanbeveling</i>	<i>Tijdsplan voor implementatie: < 1 jaar, 1 tot 3 jaar of > 3 jaar</i>	<i>Verwacht effect op kosten</i>	<i>Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdsplan)</i>	<i>Mogelijke barrières voor implementatie¹</i>	<i>Te ondernemen acties voor implementatie²</i>	<i>Verantwoordelijken voor acties³</i>	<i>Overige opmerkingen</i>
1.1 Spoel met lauwwarm kraanwater; geef geen antibiotica.	< 1 jaar	Geen, dit is al gangbaar in de huidige praktijk.	Geen	Geen	Scholing van betrokken medisch specialisten, (wond) verpleegkundigen, huisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Opname aanbeveling in lokale protocollen.	Betrokken wetenschappelijke verenigingen/ beroepsorganisaties, opleidingen voor verpleging en verzorging en (huisarts)geneeskunde.	Geen
1.2 Instrueer patiënten om bij tekenen van infectie contact op te nemen.	< 1 jaar	Geen	Geen	Geen	Scholing van betrokken medisch specialisten, (wond)verpleegkundigen, huisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Opname aanbeveling in lokale protocollen.	Betrokken wetenschappelijke verenigingen/ beroepsorganisaties, opleidingen voor verpleging en verzorging en (huisarts)geneeskunde.	Geen
2.1 Bespreek de mogelijkheid van bijvoorbeeld gebruik smartphone om de patiënt af te leiden.	< 1 jaar	Geen, gebruik maken van de smartphone indien patiënt deze bij zich heeft.	Geen	Geen	Scholing van betrokken medisch specialisten, (wond)verpleegkundigen, huisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Opname aanbeveling in lokale protocollen.	Betrokken wetenschappelijke verenigingen/ beroepsorganisaties, opleidingen voor verpleging en verzorging en (huisarts)geneeskunde.	Geen
3.1. Bedek geen primair gesloten, niet-lekkende wonden. Bespreek met de patiënt of een	< 1 jaar	Geen, verlenging huidige aanbeveling.	Geen	Patiënten wensen regelmatig wel bedekking terwijl dit niet nodig is. Goede voorlichting is	Scholing van betrokken medisch specialisten, (wond) verpleegkundigen, huisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants.	Betrokken wetenschappelijke verenigingen/ beroepsorganisaties, opleidingen voor verpleging en verzorging	Geen

wondbedekker gewenst is.				daarom belangrijk.	Opname aanbeveling in lokale protocollen.	en (huisarts)geneeskunde.	
4.1 Gebruik niet standaard NPWT bij lekkende wonden.	< 1 jaar	Mogelijk vermindering van kosten als negatieve druktherapie niet standaard wordt gebruikt.	Geen	Geen	Scholing van betrokken medisch specialisten, (wond) verpleegkundigen, huisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Opname aanbeveling in lokale protocollen.	Betrokken wetenschappelijke verenigingen/ beroepsorganisaties, opleidingen voor verpleging en verzorging en (huisarts)geneeskunde.	Geen
4.2. Kies in overleg met de patiënt welke wondbedekker gewenst is op een lekkende wond.	< 1 jaar	Geen, dit is al gangbaar in de huidige praktijk.	Geen	Geen	Scholing van betrokken medisch specialisten, (wond) verpleegkundigen, huisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Opname aanbeveling in lokale protocollen.	Betrokken wetenschappelijke verenigingen/ beroepsorganisaties, opleidingen voor verpleging en verzorging en (huisarts)geneeskunde.	Nieuw is echter wel dat alle chirurgische wonden die gaan lekken terugverwezen moeten worden naar de medisch specialist.
4.3. Laat de MS beoordelen of aanvullende diagnostiek nodig is indien er lekkage optreedt van een chirurgisch gesloten wond.	< 1 jaar	Geen, dit is al gangbaar in de huidige praktijk.	Geen	Geen	Scholing van betrokken medisch specialisten, (wond) verpleegkundigen, huisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Opname aanbeveling in lokale protocollen.	Betrokken wetenschappelijke verenigingen/ beroepsorganisaties, opleidingen voor verpleging en verzorging en (huisarts)geneeskunde.	Geen
5.1. Gebruik een hydrocolloidverband voor een donorplaats wond.	< 1 jaar	Geen, verlenging huidige aanbeveling.			Scholing van betrokken medisch specialisten, (wond) verpleegkundigen, huisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Opname aanbeveling in lokale protocollen.	Betrokken wetenschappelijke verenigingen/ beroepsorganisaties, opleidingen voor verpleging en verzorging en (huisarts)geneeskunde.	Geen

6.1. Gebruik zilverulfadiazine of vetgaas bij patiënten met weke delen topletsels.	< 1 jaar	Geen, beide middelen worden al veel in Nederland gebruikt.	Geen	Geen	Scholing van betrokken medisch specialisten, (wond) verpleegkundigen, huisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Opname aanbeveling in lokale protocollen.	Betrokken wetenschappelijke verenigingen/ beroepsorganisaties, opleidingen voor verpleging en verzorging en (huisarts)geneeskunde.	Geen
--	----------	--	------	------	---	--	------

¹ 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 m.b.t. 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.

² 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 kwaliteitsvisitatie, publicatie van de richtlijn, ontwikkelen van implementatietools, informeren van ziekenhuisbestuurders, regelen van goede vergoeding voor een bepaald type behandeling, maken van samenwerkingsafspraken.

³ 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. Echter, aangezien de richtlijn vaak enkel wordt geautoriseerd door de (participerende) wetenschappelijke verenigingen is het aan de wetenschappelijke verenigingen om deze problemen bij de andere partijen aan te kaarten.

Deze tabel geeft een eerste inventarisatie van barrières, in de uiteindelijke tekst is het handiger deze barrières uit te schrijven.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de richtlijn te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties

- Bekend maken van de richtlijn onder de leden.
- Bekend maken van de richtlijn onder huisartsen via het NHG.
- Publiciteit voor de richtlijn maken door over de richtlijn te publiceren in tijdschriften en te vertellen op congressen.
- Ontwikkelen van gerichte bijscholing/trainingen.
- Ontwikkelen en aanpassen van patiënteninformatie/keuzehulpen.
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisite.
- Gezamenlijk afspraken maken over en opstarten van continu modulair onderhoud van de richtlijn.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Het volgen van bijscholing die bij deze richtlijn ontwikkeld gaat worden.
- Aanpassen lokale patiënteninformatie 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 werkgroep onderstreept het belang van basiskennis van wondzorg bij alle professionals die te maken krijgen met (acute of complexe) wondzorg. Deze basis kan worden gevormd door wondzorg modules met een verplicht karakter in te richten in zowel de verpleegkunde als (huisarts)geneeskunde opleidingen. Daarnaast heeft elke professional die met wondzorg te maken krijgt een eigen verantwoordelijkheid om de ontwikkelingen bij te houden zodat de kwaliteit van de wondzorg op een adequaat niveau blijft. Ook hebben de zorginstellingen, de (transmurale) zorgnetwerken en de wetenschappelijk verenigingen/ beroepsorganisaties een belangrijke rol in scholing en ontwikkeling van wondzorg. Met kennis van wondzorg als basis is deze richtlijn een actualisatie en een aanvulling.

Daarnaast is de werkgroep van mening dat wetenschappelijk onderzoek in het belang van evidence in wondzorg gestimuleerd moet worden om daarmee de kennis en wetenschap achter wondzorg te verstevigen. Opleiding en scholing krijgt hiermee een betere fundering en meer draagvlak.

De systeemstakeholders (onder andere zorgverzekeraars, (koepel)organisaties van ziekenhuisbestuurders, IGZ)

Ten aanzien van de financiering van de zorg voor patiënten met acute wonden wordt van het bestuur van de ziekenhuizen verwacht dat zij bereid zijn om de nodige investeringen te doen (zie hierboven bij impact op zorgkosten) om de aanbevelingen in deze richtlijn te kunnen implementeren. Daarnaast wordt van de bestuurders verwacht dat zij bij de betrokken medisch professionals nagaan op welke wijze zij kennis hebben genomen van de nieuwe richtlijn en deze toepassen in de praktijk.

Aangezien het categorie wonden 1 en 2 betreffen en binnen 3 weken geheeld zijn, komen patiënten op dit moment niet in aanmerking voor een vergoeding van hun zorgverzekeraar.

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Toevoegen van richtlijn aan richtlijndatabase. Daarbij opnemen van dit implementatieplan op een voor alle partijen goed te vinden plaats.