

Bijlagen modules richtlijn Levensbeëindiging op verzoek van patiënten met een psychische stoornis

5

1e cyclus modulair onderhoud

10

15

20

25

30

INITIATIEF

35 Cluster Psychiatrie en Diagnostiek

IN SAMENWERKING MET

NVvP, MIND, KNMG, NHG, NIP, Stichting In liefde laten gaan, NVKC, CBR

5

MET ONDERSTEUNING VAN

Het Kennisinstituut van de Federatie voor Medisch Specialisten

FINANCIERING

10 De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Colofon
CONCEPTRICHTLIJN

© 2025

5 Adres
Tel
Mail
website

10

15

20

25

30

35

40

Alle rechten voorbehouden.

45 De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een
geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige
wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter
uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik
van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever
50 aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Inhoud

<i>Module 4.1 - Verkeerslicht en (de-)implementatietabel</i>	5
<i>Module 5.1 - Verkeerslicht en (de-)implementatietabel</i>	14

Module 4.1 - Verkeerslicht en (de-)implementatietabel

Toelichting

Met het verkeerslicht worden aanbevelingen gecategoriseerd op basis van formulering en bewijskracht. Als eindproduct wordt bij richtlijnmodules met een sterk geformuleerde en voldoende onderbouwde aanbeveling een implementatietabel opgeleverd. Hierin wordt onder andere opgenomen:

- Een beschrijving van het knelpunt om de module uit te werken of herzien;
- De te verwachten belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie;
- Welke partijen van belang zijn bij toepassen van de aanbeveling in de praktijk;
- Een inschatting van de implementatietermijn.

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*)

25

(Sub)aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijskracht per uitkomstmaat	Verkeerslicht per (sub)aanbeveling
Aanbeveling 1: Zorg als aanvragend arts dat een second opinion door een onafhankelijk psychiater wordt uitgevoerd. Bij uitzondering kan het ook een andere deskundige zijn met specifieke expertise op het gebied van de aandoening van de patiënt. In dit geval dient de wilsbekwaamheid inzake het verzoek tot hulp bij levensbeëindiging ook beoordeeld te worden door een onafhankelijk psychiater of ter zake deskundig arts. Deze onafhankelijk deskundigen zijn bij voorkeur werkzaam in	x Sterk (doe/ gebruik) / ☐ Zwak (overweeg)	Overall bewijskracht ☐ 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

een academisch- of TOPGGZ centrum.			
Aanbeveling 2 De vraagstelling aan de onafhankelijk psychiater omvat: • De beoordeling van de juistheid van de diagnose(-n) van de psychische aandoening(en). • De beoordeling van de resterende redelijke behandel- en ondersteuningsmogelijkheden om het ondraaglijk lijden door de psychische aandoening te verminderen. • De beoordeling van de wilsbekwaamheid inzake het verzoek tot levensbeëindiging. De onafhankelijk deskundige bespreekt zijn bevindingen in een multidisciplinair overleg. De onafhankelijk psychiater die de second opinion heeft verricht maakt een beredeneerd verslag. Dit wordt ter beschikking gesteld wordt aan de aanvragend arts, de patiënt en indien het traject vordert ook de SCEN-arts en de gemeentelijk lijkschouwer. Bij een verschil van oordeel tussen de aanvragend arts en de	x Sterk (doe/ gebruik) / ☐ Zwak (overweeg)	Overall bewijskracht ☐ 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

onafhankelijk psychiater die de second opinion heeft verricht, heroverweegt de aanvragend arts de voortgang van het traject van levensbeëindiging op verzoek.			
---	--	--	--

Implementatietabel

Tabel A: (De-)Implementatietabel met impuls analyse

Aanbeveling – 1 en 2	<i>1: Zorg als aanvragend arts dat een second opinion door een onafhankelijk psychiater wordt uitgevoerd. Bij uitzondering kan het ook een andere deskundige zijn met specifieke expertise op het gebied van de aandoening van de patiënt. In dit geval dient de wilsbekwaamheid inzake het verzoek tot hulp bij levensbeëindiging ook beoordeeld te worden door een onafhankelijk psychiater of ter zake deskundig arts. Deze onafhankelijk deskundigen zijn bij voorkeur werkzaam in een academisch- of TOPGGZ centrum.</i> <i>2: De vraagstelling aan de onafhankelijk psychiater omvat:</i> • <i>De beoordeling van de juistheid van de diagnose(-n) van de psychische aandoening(en).</i> • <i>De beoordeling van de resterende redelijke behandel- en ondersteuningsmogelijkheden om het ondraaglijk lijden door de psychische aandoening te verminderen.</i> • <i>De beoordeling van de wilsbekwaamheid inzake het verzoek tot levensbeëindiging.</i> <i>De onafhankelijk deskundige bespreekt zijn bevindingen in een multidisciplinair overleg. De onafhankelijk psychiater die de second opinion heeft verricht maakt een beredeneerd verslag. Dit wordt ter beschikking gesteld wordt aan de aanvragend arts, de patiënt en indien het traject vordert ook de SCEN-arts en de gemeentelijk lijkschouwer.</i> <i>Bij een verschil van oordeel tussen de aanvragend arts en de onafhankelijk psychiater die de second opinion heeft verricht, heroverweegt de aanvragend arts de voortgang van het traject van levensbeëindiging op verzoek.</i>
1. Wat was het onderliggende probleem om deze uitgangsvraag uit te werken?	☐ Ongewenste praktijkvariatie ☐ Nieuwe evidentie ☒ Anders Toelichting: Het probleem met de oude second opinion was tweeledig. Enerzijds bestond de behoefte tot een bredere multidisciplinaire blik binnen de beroepsgroep die recht doet aan de complexiteit van de beoordeling en de pluriformiteit van verklaringsmodellen voor psychisch lijden. Daarbij bleek de oude aanbeveling in module 5.1, waarin in sommige gevallen de beoordeling door een ‘SCEN-arts die tevens psychiater is’ moest worden gedaan in de praktijk niet goed te organiseren, daarbij bleek in sommige gevallen dat de specifieke psychiatrische deskundigheid te laat in het traject ingebracht werd. Om beide problemen het hoofd te bieden is besloten om de

	second opinion te verstevigen, hierdoor ontstond ruimte om het SCEN-consult terug te brengen naar een regulier consult zonder aanvullende eisen.		
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?	☒ 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: Bewust wordt tegelijkertijd module 5.1 ‘Beoordeling door onafhankelijk consulent’ herzien. Deze module gaat over een latere fase in het proces. Door in deze module een aanpassing te doen in de aanbeveling waarbij vanuit een breder perspectief (inclusief dat van een onafhankelijk psychiater) wordt gekeken, kan de aanbeveling in module 5.1 meer in lijn komen met de andere geldende richtlijnen. Dus het implementeren van deze modules hangt samen. ☐ 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/voortgang in de praktijk, haalbaarheid, geloofwaardigheid, toegankelijkheid, aantrekkelijkheid</i>	De huidige aanbeveling kan gezien worden als een versteviging van het second opinion traject. Dit is gedaan zodat in de beoordeling door onafhankelijk consulent een	In zijn geheel komt het traject meer in lijn met de algemeen geldende richtlijnen en praktijk.

		verlichting mogelijk is en een knelpunt in de uitvoerbaarheid wordt opgelost. Dit is dus met elkaar in balans. Maar de haalbaarheid in de praktijk behoeft aandacht.	
b) Zorgverleners (artsen en verpleegkundigen)	<i>Bewustzijn, kennis, houding, motivatie om te veranderen, gedragsroutines</i>	Beschikbaarheid van onafhankelijk psychiaters die de second opinion kunnen verrichten. Derhalve is borging binnen de reguliere bestaande structuren binnen instellingen noodzakelijk.	Het lijkt haalbaar aangezien er ten tijde van dit schrijven een toename lijkt te bestaan in bereidheid om de second opinion te verrichten.
c) Patiënt/ cliënt (naasten)	<i>Kennis, vaardigheden, houding, compliance</i>	De beoordelingsfase is een belangrijke en spannende fase voor patiënt en naaste(n). Ze moeten hun verhaal opnieuw doen bij onbekende gezichten en balanceren tussen hoop en vrees bij het mogelijke naderende levenseinde.	Voor patiënten en naasten is het belangrijk dat er voldoende tijd genomen wordt om tot een zorgvuldige afweging te komen, maar het is ook van belang om te waken voor onnodige vertraging of andere aspecten die het lijden juist kunnen vergroten.
d) Sociale context	<i>Mening van collega's, cultuur van het netwerk, samenwerking, leiderschap</i>	In de huidige situatie kan het op momenten ingewikkeld zijn om psychiaters te vinden die second opinions willen uitvoeren tijdens een	Ten tijde van het verschijnen van deze richtlijn lijkt hierin een voorzichtige kentering gaande en stellen meer psychiaters zich beschikbaar voor het uitvoeren

		euthanasietraject. Dat heeft waarschijnlijk te maken met onbekendheid met het thema en misvattingen over wat deze beoordeling wel- en niet omhelst.	van second opinions. Sinds 2023 is een instructievideo en praktische handleiding beschikbaar via www.thanet.nl beschikbaar welke geregeld geraadpleegd wordt. Het implementatieproces kan verder versneld worden door nascholing en uitleg te blijven geven. Dit kan bijvoorbeeld op congressen en symposia en door mensen te blijven wijzen op de beschikbare kennisbronnen.
e) Organisatorische context	<i>Organisatie van zorgprocessen, personeel, capaciteiten, middelen, structuren</i>	Het instellen van een MDO kan door de professionals gezien worden als extra drempel om de second opinion te verrichten. Zowel binnen de GGZ als bij de vrijgevestigd psychiaters worden mogelijkheden gezien om een MDO in te richten.	De GGZ instellingen en UMC's hebben een belangrijke rol bij de implementatie van de second opinion en kunnen hierbij ondersteund te worden door landelijke organisaties als ThaNet en de Nederlandse GGZ.
f) Economische en politieke context	<i>Financiële regelingen, regelgeving, beleid (vergoede zorg, betaaltitel)</i>	Geen, in lijn met standaardzorg.	Geen, in lijn met standaardzorg.

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] ☐ (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?	In de huidige situatie kan het op momenten ingewikkeld zijn om psychiaters te vinden die second opinions willen uitvoeren tijdens een euthanasietraject. Dat heeft waarschijnlijk te maken met onbekendheid met het thema en misvattingen over wat deze beoordeling wel- en niet omhelst. Ten tijde van het verschijnen van deze richtlijn lijkt hierin een voorzichtige kentering gaande en stellen meer psychiaters zich beschikbaar voor het uitvoeren van second opinions. Sinds 2023 is een instructievideo en praktische handleiding beschikbaar via www.thanet.nl beschikbaar welke geregeld geraadpleegd wordt. Het implementatieproces kan verder versneld worden door nascholing en uitleg te blijven geven. Dit kan bijvoorbeeld op congressen en symposia en door mensen te blijven wijzen op de beschikbare kennisbronnen. Hiernaast is het zeer belangrijk dat GGZ-instellingen, ziekenhuizen en UMC's een intern proces inrichten voor deze second opinions zodat verwijzen makkelijker wordt en binnen de bestaande logistieke routes kan plaatsvinden. Het toevoegen van een MDO aan de second opinion is in potentie drempelverhogend omdat het meer organisatie vraagt. Tegelijk hebben veel academische centra en TOPGGZ-instellingen geregeld al overlegstructuren waar een dergelijk overleg kan plaatsvinden. Het is ook denkbaar dat deze werkwijze beter aansluit bij de visie van een brede groep psychiaters en dat dit de bereidheid om mee te werken aan een second opinion toeneemt. In ieder geval zal de hierboven beschreven handleiding en instructievideo aangepast moeten worden. De noodzaak voor uniforme logistieke processen blijft onverminderd aanwezig.
7. Binnen welk tijdsbestek moet de aanbeveling zijn geïmplementeerd?	☒ < 1 jaar ☐ < 2 jaar ☐ < 3 jaar <i>Op dit moment onwenselijke werksituatie, deze aanbeveling verbeterd de uitvoerbaarheid maar dan moet zorggedragen worden aan de randvoorwaarden zoals bij 6 omschreven.</i>
8. Conclusie: is er extra aandacht nodig voor implementatie van de aanbeveling (anders dan publicatie van deze richtlijnmodule)?	☒ Ja* ☐ Nee Toelichting:

	Het is essentieel dat deze herziening direct en breed gecommuniceerd wordt omdat het vanaf het moment van verschijnen directe gevolgen heeft voor euthanasietrajecten op psychische gronden. Doormiddel van verschillende communicatiekanalen moet actief naar buiten gebracht worden dat deze richtlijn is aangepast. Hierbij kan gedacht worden aan de websites en nieuwsbrieven van de betrokken beroepsorganisaties, maar ook aan berichten in vakmedia (bijvoorbeeld medisch contact) en massamedia. Tevens zullen organisaties als ThaNet zich actief inzetten om direct bij verschijnen van de nieuwe module hun handleidingen en instructievideo's aan te passen. Ten slotte zal deze wijziging onderwerp moeten zijn van lezingen op symposia en andere nascholingsbijeenkomsten.
--	---

**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.*
- 10 *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.*

Module 5.1 - Verkeerslicht en (de-)implementatietabel

5 Toelichting

Met het verkeerslicht worden aanbevelingen gecategoriseerd op basis van formulering en bewijskracht. Als eindproduct wordt bij richtlijnmodules met een sterk geformuleerde en voldoende onderbouwde aanbeveling een implementatietabel opgeleverd. Hierin wordt onder andere opgenomen:

- 10
- Een beschrijving van het knelpunt om de module uit te werken of herzien;
 - De te verwachten belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie;
 - Welke partijen van belang zijn bij toepassen van de aanbeveling in de praktijk;
 - Een inschatting van de implementatietermijn.

15

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*)

(Sub)aanbeveling	Sterkte van de aanbeveling	Bewijskracht per uitkomstmaat	Verkeerslicht per (sub)aanbeveling
Aanbeveling 1: Zorg dat de second opinion heeft plaatsgevonden conform module "Second opinion door onafhankelijk psychiater". Alleen daarna kan de beoordeling door een onafhankelijk consulent plaatsvinden. Consulteer een reguliere SCEN-arts. Informeer de patiënt (en eventueel diens naasten) over het doel van de consultatie en over de verhouding tussen het oordeel van de SCEN-arts en uw eigen besluit.	x Sterk (doe/ gebruik) / ☐ Zwak (overweeg)	Overall bewijskracht ☐ 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

Informeert de SCEN-arts over de in de beoordelingsfase uitgevoerde second opinion door een onafhankelijk psychiater. Draag zorg voor volwaardige verslaglegging door de SCEN-arts en geef zo nodig feedback over onvolledigheid of onjuistheid van diens rapportage. Heroverweeg bij fundamenteel verschil van mening met de SCEN-arts of tot inwilliging van het verzoek van de patiënt kan worden overgegaan en schakel bij twijfel een andere SCEN-arts in.			
---	--	--	--

Implementatietabel

Tabel A: (De-)Implementatietabel met impuls analyse

Aanbeveling – 1			
9. Wat was het onderliggende probleem om deze uitgangsvraag uit te werken?		☐ Ongewenste praktijkvariatie ☐ Nieuwe evidentie x Anders Toelichting: Haalbaarheid van de oude aanbeveling, hierin moest in sommige gevallen de beoordeling door een 'SCEN-arts die tevens psychiater is' worden gedaan. Dit bleek in de praktijk niet haalbaar en het was onduidelijk of dit leidde tot de gewenste expertise input tijdens het gehele traject.	
10. Maak een inschatting over hoeveel patiënten het ongeveer gaat waar de aanbeveling betrekking op heeft?		x < 1000 ☐ < 5000 ☐ 5000-40.000 ☐ > 40.000	
11. 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: Bewust wordt tegelijkertijd module 4.1 Second opinion door onafhankelijk psychiater herzien. Deze module gaat over deze eerdere fase in het proces. Door in 4.1 een aanpassing te doen in de aanbeveling waarbij vanuit een breder perspectief (inclusief dat van een onafhankelijk psychiater) wordt gekeken, kan de aanbeveling in deze module meer in lijn komen met de andere geldende richtlijnen. Dus het implementeren van deze modules hangt samen. ☐ Nee	
12. 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?

g) Richtlijn/ klinisch traject (innovatie)	<i>Voortschrijding/voortgang in de praktijk, haalbaarheid, geloofwaardigheid, toegankelijkheid, aantrekkelijkheid</i>	<i>Geen, meer in lijn met de standaardzorg en algemene praktijk.</i>	<i>De huidige module is meer in lijn met de algemeen geldende richtlijnen en praktijk.</i>
h) Zorgverleners (artsen en verpleegkundigen)	<i>Bewustzijn, kennis, houding, motivatie om te veranderen, gedragsroutines</i>	<i>Geen, meer in lijn met de standaardzorg en algemene praktijk.</i>	<i>De huidige module is meer in lijn met de algemeen geldende richtlijnen en praktijk.</i>
i) Patiënt/ cliënt (naasten)	<i>Kennis, vaardigheden, houding, compliance</i>	<i>Geen, meer in lijn met de standaardzorg en algemene praktijk.</i>	<i>De huidige module is meer in lijn met de algemeen geldende richtlijnen en praktijk.</i>
j) Sociale context	<i>Mening van collega's, cultuur van het netwerk, samenwerking, leiderschap</i>	<i>Geen, meer in lijn met de standaardzorg en algemene praktijk.</i>	<i>De huidige module is meer in lijn met de algemeen geldende richtlijnen en praktijk.</i>
k) Organisatorische context	<i>Organisatie van zorgprocessen, personeel, capaciteiten, middelen, structuren</i>	<i>Geen, meer in lijn met de standaardzorg en algemene praktijk.</i>	<i>De huidige module is meer in lijn met de algemeen geldende richtlijnen en praktijk.</i>
l) Economische en politieke context	<i>Financiële regelingen, regelgeving, beleid (vergoede zorg, betaaltitel)</i>	<i>Geen, meer in lijn met de standaardzorg en algemene praktijk.</i>	<i>De huidige module is meer in lijn met de algemeen geldende richtlijnen en praktijk.</i>

13. Welke personen/partijen zijn van belang bij het toepassen van de aanbeveling in de praktijk?	☐ Patiënt/ cliënt (naaste) x Professional x Beroepsvereniging ☐ Ziekenhuis(bestuurder) ☐ Zorgverzekeraars/ NZa ☐ Zorginstituut [duiding nodig] ☐ (graag aanvullen met alle relevante partijen, e.g., industrie)
14. Wat zouden deze personen/ partijen moeten veranderen in hun gedrag of organisatie om de aanbeveling toe te passen?	Weinig aanpassing nodig, met de huidige aanbeveling komt het meer in lijn met de algemene werkwijze zoals al omschreven in de KNMG richtlijn voor SCEN-artsen.
15. Binnen welk tijdsbestek moet de aanbeveling zijn geïmplementeerd?	x < 1 jaar ☐ < 2 jaar ☐ < 3 jaar Op dit moment onwenselijke werksituatie en de nieuwe aanbeveling is meer in lijn met algemene werkwijze.
16. Conclusie: is er extra aandacht nodig voor implementatie van de aanbeveling (anders dan publicatie van deze richtlijnmodule)?	☐ Ja* x Nee Toelichting: Niet voor deze module, maar voor module 4.1 zijn er wel uitdagingen en deze modules kunnen alleen gezamenlijk geïmplementeerd worden.

*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.