



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## Improving quality of care: a continuous process of (de-)implementation

Rietbergen, T.

### Citation

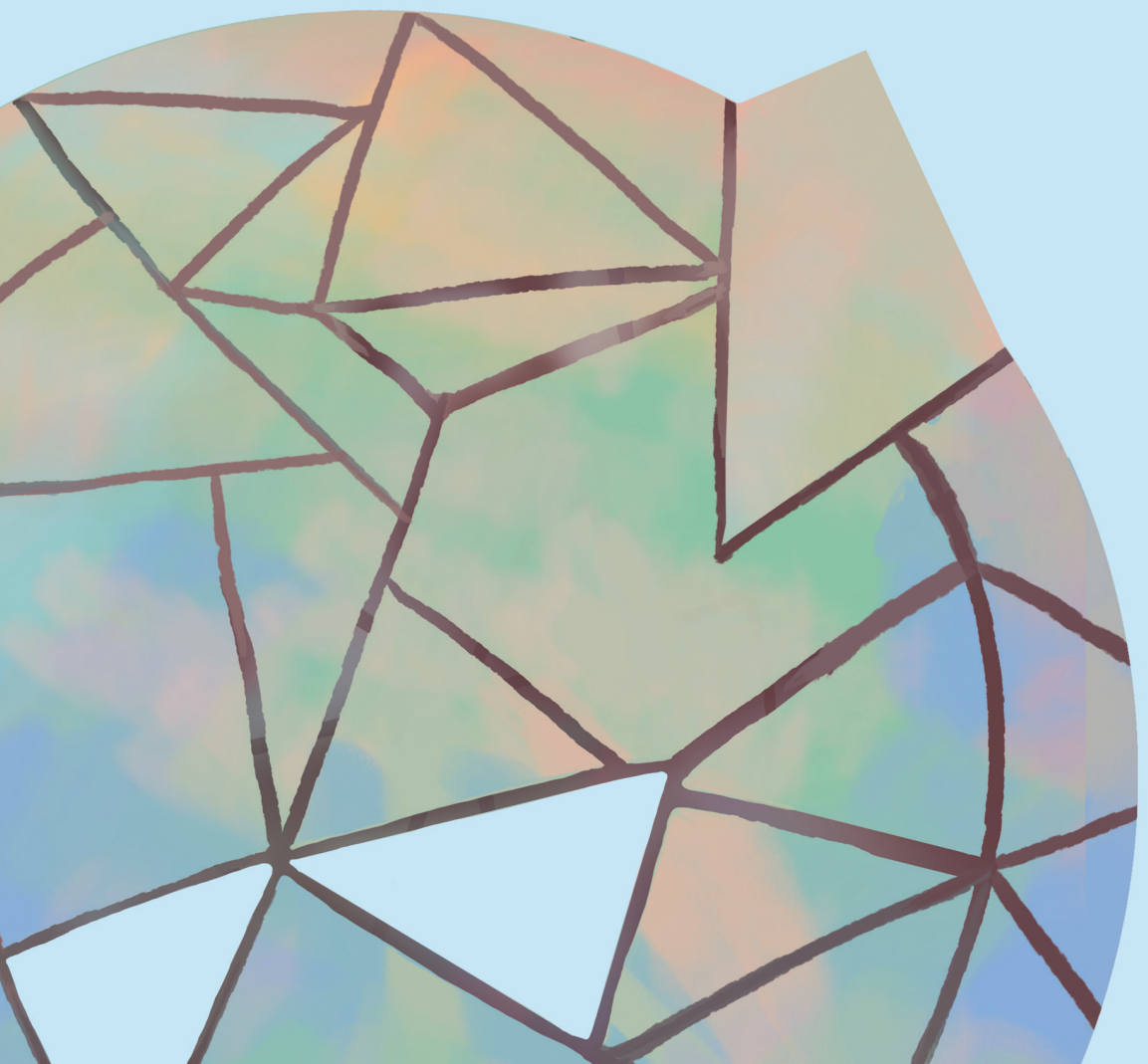
Rietbergen, T. (2024, June 26). *Improving quality of care: a continuous process of (de-)implementation*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3765462>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3765462>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).



# 8

**Nederlandse samenvatting**

**Curriculum Vitae**

**List of publications**

**Dankwoord**

## NEDERLANDSE SAMENVATTING

### ***Hoofdstuk 1***

In de gezondheidszorg wordt niet altijd optimale zorg geboden. Soms krijgen patiënten bepaalde zorg (bijvoorbeeld diagnostiek en behandelingen) niet, terwijl ze er potentieel wel baat bij kunnen hebben. Anderzijds kan het voorkomen dat patiënten zorg ontvangen waar ze juist geen baat bij hebben. Deze situaties worden respectievelijk onderbenutting en overbenutting van zorg genoemd. Onderbenutting van gepaste zorg, oftewel bewezen effectieve medische interventies, komt wereldwijd voor en verschilt significant tussen landen<sup>1</sup>. Mogelijke verklaringen voor het te weinig inzetten van bewezen effectieve medische interventies zijn het niet navolgen van de richtlijnen door artsen en het gebrek aan toegang tot medische diensten (bijv. ziekenhuizen, zorgverzekeringen en medische technologie in ziekenhuizen)<sup>1</sup>. Het gebruik van niet-gepaste zorg, ook wel bewezen niet-effectieve medische interventies genoemd, kan onnodig belastend en soms schadelijk zijn voor de patiënt. Het kan daarnaast zorgen voor verspilling van middelen en/of voor onnodige gezondheidszorgkosten<sup>2</sup>. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren en om een duurzaam gezondheidszorgsysteem te creëren, moet onderbenutting voorkomen worden en overbenutting gereduceerd of gestopt worden. Implementatie kan worden beschreven als het geplande proces om het gebruik van effectieve medische interventies te introduceren of te verbeteren met als doel dat het een structurele plek krijgt binnen de zorgpraktijk<sup>3</sup>. De-implementatie is een gepland proces waarbij bewezen niet-effectieve zorg structureel wordt gereduceerd of gestopt<sup>4</sup>. Naar de zorg waarvan we nog niet weten of deze meerwaarde heeft voor de patiënt, moet onderzoek worden gedaan zodat duidelijk wordt of de patiënt wel of geen baat heeft van de betreffende zorg.

Het doel van dit proefschrift is om de kennis uit te breiden over effectieve strategieën voor de implementatie van bewezen effectieve zorg en de de-implementatie van bewezen niet-effectieve zorg, zowel in de orthopedie als in de verpleegkundige praktijk. Bovendien is er binnen de verpleegkundige praktijk gekeken of er verschillen waren tussen effectieve implementatie en de-implementatie strategieën. In het eerste deel van het proefschrift worden de studies beschreven die betrekking hebben op de de-implementatie van MRI's en kniearthroscopieën bij patiënten met degeneratieve knieklachten (*Hoofdstuk 2-4*). In het tweede deel van het proefschrift worden de onderzoeken naar effectieve (de-)implementatie strategieën in de verpleegkunde beschreven (*Hoofdstuk 5-6*).

## **Deel 1: De-implementatie van MRI's en een knieartroscopieën bij patiënten met degeneratieve knieklachten.**

In deel 1 van dit proefschrift is onderzocht hoe MRI's en artroscopieën bij patiënten met degeneratieve knieklachten effectief gedeïmplementeerd kunnen worden. Patiënten van 50 jaar of ouder met degeneratieve knieklachten kunnen pijn en stijfheid ervaren tijdens het lopen, staan en traplopen<sup>5</sup>. De klachten ontstaan geleidelijk en zijn wisselend van aard. Daarnaast kunnen sommige patiënten slotverschijnselen ervaren. Dat zijn klachten die zorgen voor een beperkte bewegingsrange van de knie als gevolg van losse delen of meniscusscheuren. Meniscusscheuren zijn bij deze leeftijdsgroep meestal onderdeel van het degeneratieve proces en kunnen worden beschouwd als een kenmerk van een vroeg stadium van artrose<sup>6,7</sup>. Orthopedische richtlijnen<sup>8-11</sup> adviseren om eerst een röntgenfoto voor te schrijven, bij voorkeur een Fixed Flexion view, om de conditie van het kraakbeen van de knie te onderzoeken. Verder adviseert men om eerst niet-chirurgische behandelingen (pijnmedicatie, dieetadvies en fysiotherapie) aan te bieden. Alleen wanneer er sprake is van slotklachten door losse fragmenten (bot of meniscus) in de knie, waardoor de knie blokkeert, kan een artroscopie overwogen worden. Ondanks de bestaande richtlijnen en verstandige keuzes waarin een MRI en artroscopie bij patiënten met degeneratieve knieklachten wordt afgeraden, wordt er toch nog regelmatig een MRI en/of knieartroscopie voorgeschreven. Onduidelijk is hoe deze niet-gepaste zorg verder gereduceerd kan worden. Om een effectieve strategie te ontwikkelen voor het reduceren van MRI's en knieartroscopieën bij patiënten met degeneratieve knieklachten is inzicht nodig in de mate waarin deze niet-effectieve behandelingen nog uitgevoerd worden en de factoren die invloed hebben op het voorschrijven van deze medische interventies.

### ***Hoofdstuk 2***

Hoofdstuk 2 beschrijft welk percentage patiënten met degeneratieve knieklachten een artroscopie hebben gehad zonder adequate indicatie volgens de richtlijnen op basis van dossieronderzoek in 13 orthopedische centra. Hieruit bleek dat bij een derde van de patiënten geen adequate indicatie werd gerapporteerd in het medisch dossier van de patiënt. In het dossier van deze patiënten werd vaak gerapporteerd dat in overleg met de patiënt of op verzoek van de patiënt besloten was tot het uitvoeren van een knieartroscopie.

### **Hoofdstuk 3**

In hoofdstuk 3 wordt op basis van een interview- en vragenlijststudie beschreven welke factoren volgens orthopedisch chirurgen en patiënten van invloed zijn op het besluit om een MRI en knieartroscopie bij degeneratieve knieklachten uit te voeren. De studie toonde aan dat zowel het geloof in de toegevoegde waarde als de voorkeur van de patiënt en/of orthopedische chirurg voor een MRI en/of artroscopie het gebruik van MRI's en artroscopieën in de praktijk stimuleren. Daarnaast bleek dat positieve ervaringen van vrienden en/of familie met een MRI of artroscopie de verwachtingen van patiënten op zo'n manier beïnvloeden dat zij ook graag voor deze zorg in aanmerking wilden komen. Op basis van de gevonden factoren wordt verwacht dat een de-implementatiestrategie die zich richt op het geloof in de toegevoegde waarde van zowel de orthopedisch chirurg als de patiënt en op de verwachtingen en voorkeuren van de patiënt kan bijdragen aan het reduceren niet-gepaste MRI's en artroscopieën bij patiënten met degeneratieve knieklachten.

### **Hoofdstuk 4**

Op basis van de gevonden factoren uit hoofdstuk 3 en de bestaande literatuur is in hoofdstuk 4 een de-implementatiestrategie ontwikkeld om het gebruik van MRI's en knieartroscopieën bij patiënten met degeneratieve knieklachten te reduceren. Deze de-implementatiestrategie is uitgevoerd in 13 orthopedische centra in Nederland. Het effect van de de-implementatie strategie werd geëvalueerd door het gebruik van MRIs en artroscopieën in de 13 deelnemende centra (interventiegroep) te vergelijken met het gebruik in de overige Nederlandse orthopedische centra (controlegroep) waar geen de-implementatiestrategie werd ingezet middels een difference-in-difference analyse. De primaire uitkomstmaat was het percentage patiënten per maand die een MRI en/of een artroscopie hadden ondergaan, gecorrigeerd voor het type ziekenhuis (universitair ziekenhuis, algemeen ziekenhuis, topklinisch ziekenhuis). Alle patiënten van 50 jaar of ouder met degeneratieve knieklachten die werden behandeld in een Nederlands orthopedisch centrum tussen 1 januari 2016 en 31 december 2018 werden geïncludeerd. Voor zowel de interventiegroep als de controlegroep werd een vergelijkbare afname gevonden in het gebruik van MRI's en artroscopieën, waardoor de afname in het gebruik van MRI's en knieartroscopieën niet kon worden toegewezen aan de ingezette de-implementatiestrategie.

## **Deel 2: Effectieve (de-)implementatie strategieën in de verpleegkunde**

In deel 2 van dit proefschrift is onderzocht wat effectieve strategieën zijn om verpleegkundige richtlijnen te implementeren en niet-effectieve verpleegkundige handelingen te de-implementeren. In verschillende landen worden steeds meer verpleegkundige richtlijnen en Beter laten/Beter doen lijsten gepubliceerd<sup>1,4,11,12</sup> waarin aanbevelingen worden gedaan over welke verpleegkundige handelingen wel toegepast moeten worden in de praktijk en welke handelingen niet meer uitgevoerd moeten worden, omdat ze niet waarde toevoegend zijn. Desondanks worden deze richtlijnen en Beter doen/Beter laten lijsten nog niet altijd toegepast in de dagelijkse praktijk. Het is nog onduidelijk wat effectieve strategieën zijn om richtlijnaanbevelingen en Beter doen/Beter laten aanbevelingen op te volgen en dus effectieve zorghandelingen te implementeren en niet gepaste zorghandelingen te de-implementeren.

### **Hoofdstuk 5**

In hoofdstuk 5 is door middel van een systematische literatuur review en een meta-analyse gekeken welke de-implementatiestrategieën effectief zijn voor het verminderen van niet-gepaste verpleegkundige handelingen. Er werden 27 studies gevonden die de effectiviteit van een strategie voor het reduceren van niet-gepaste verpleegkundige handelingen onderzochten. Hiervan hadden 15 studies een gecontroleerd design en 12 studies een ongecontroleerd design. De studies onderzochten het reduceren van het niet-gepast gebruik van vrijheidsbeperkende interventies (VBI), het niet-gepast voorschrijven van antibiotica, niet-gepast katheter gebruik, het voorschrijven van niet-gepaste levertesten en het niet-gepast voorschrijven van antipsychotica. Meer dan de helft van de geïncludeerde studies lieten een significante afname zien in het gebruik van de niet-gepaste zorg die zij beoogden te reduceren. De meerderheid van de studies met een positief significant effect had een educatieve component als onderdeel van hun de-implementatiestrategie. Denk hierbij aan educatieve bijeenkomsten, scholingsmaterialen en educatieve spellen. Desalniettemin liet het onderzoek zien dat ook de studies zonder een positief significant effect tijdens hun de-implementatiestrategie een educatieve component hadden ingezet. Hierdoor kan het gebruik van een educatieve component niet per definitie worden gezien als een succesvolle de-implementatiestrategie voor het reduceren van niet-gepaste verpleegkundige handelingen. Een verschil tussen de gecontroleerde en ongecontroleerde studies met een positief significant effect is dat de meerderheid van de effectieve ongecontroleerde studies een de-implementatiestrategie had die bestond uit één component,

waar de effectieve gecontroleerde studies met een positief significant effect een meervoudige strategie gebruikten.

### ***Hoofdstuk 6***

Hoofdstuk 6 beschrijft de resultaten van een systematische literatuur review over de effectiviteit van strategieën om verpleegkundige richtlijnen te implementeren in de praktijk. Naast het effect van de implementatie strategieën op het naleven van de richtlijn, is in dit review ook gekeken naar het effect van de strategieën op patiënt gerelateerde uitkomstmaten. In het systematische review werden 54 studies, waarvan 53 unieke implementatiestudies, geïncludeerd. Hiervan hadden 15 studies een gecontroleerd design en 38 studies een ongecontroleerd design. Deze studies onderzochten de implementatie van richtlijnen over diverse onderwerpen, waaronder huidverzorging en infectiepreventie. De meerderheid van de geïncludeerde studies liet een positief significant effect zien op de patiënt gerelateerde verpleegkundige uitkomstmaten of op de naleving van de richtlijnen. In de meeste studies werd er gebruik gemaakt van een meervoudige implementatiestrategie met daarin een educatieve component. Er is geen specifieke strategie gevonden die geassocieerd is met de succesvolle implementatie van verpleegkundige richtlijnen.

### ***Hoofdstuk 7***

Tot slot worden in hoofdstuk 7 de algemene bevindingen ten aanzien van het overkoepelende doel van dit proefschrift bediscussieerd en worden op basis van deze bevindingen aanbevelingen gedaan voor de klinische praktijk en voor toekomstig onderzoek. Het doel van dit proefschrift was om de kennis uit te breiden over effectieve strategieën voor de-implementatie van niet gepaste zorg en de implementatie van gepaste zorg, waarbij zowel de orthopedie als de verpleegkundige praktijk zijn onderzocht. Er zijn voor zowel de implementatie van verpleegkundige richtlijnen als voor de de-implementatie van niet-gepaste verpleegkundige handelingen en orthopedische zorg geen (de-)implementatiestrategie of een combinatie van strategieën gevonden die het meest effectief waren. Om de effectiviteit van strategieën in de toekomst meer te kunnen vergelijken, moet het onderzoek naar de effectiviteit van strategieën beter gerapporteerd worden en moeten de ingezette (de-) implementatiestrategieën gedetailleerder worden beschreven volgens de daarvoor beschikbare richtlijnen<sup>12,13</sup>. Ook is het van belang dat onderzoekers in kaart brengen wat de beïnvloedende factoren zijn bij het wel of niet uitvoeren van bepaalde zorg, hoe die factoren zich verhouden tot de gekozen strategie en hoe de strategie in de praktijk daadwerkelijk is uitgevoerd. Verder is het aan



te raden om voorafgaand aan het inzetten van de (de-)implementatiestrategie te kijken naar de trend van het gebruik van de gepaste of niet-gepaste zorg om zo te kunnen inschatten of het van toegevoegde waarde is om een actief (de-)implementatieproces te doorlopen. Bij de evaluatie van het effect van een (de-)implementatiestrategie draagt het gebruik van een controlegroep bij aan het vaststellen van een eventuele trend in de groep die de gebruikelijke zorg krijgt (controlegroep) vast te stellen. Hierdoor wordt een eventuele toename of afname in het gebruik van zorg niet onterecht toegeschreven aan een uitgevoerde (de-)implementatiestrategie.

## REFERENTIES

1. Glasziou, P., Straus, S., Brownlee, S., Trevena, L., Dans, L., Guyatt, G., Elshaug, A. G., Janett, R., & Saini, V. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet*. 2017;390(10090):169-77.
2. Grimshaw, J. M., Patey, A. M., Kirkham, K. R., Hall, A., Dowling, S. K., Rodondi, N., Ellen, M., Kool, T., van Dulmen, S. A., Kerr, E. A., Linklater, S., Levinson, W., & Bhatia, R. S. De-implementing wisely: developing the evidence base to reduce low-value care. *BMJ Qual Saf*. 2020;29(5):409-17.
3. Wensing M, Grol R, Grimshaw J. Improving patient care: The implementation of change in health care: John Wiley & Sons; 2020.
4. van Bodegom-Vos L, Davidoff F, Marang-van de Mheen PJ. Implementation and de-implementation: two sides of the same coin? *BMJ Qual Saf*. 2017;26(6):495-501.
5. Bijlsma JW, Berenbaum F, Lafeber FP. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *Lancet*. 2011;377(9783):2115-26.
6. Buchbinder R, Harris IA, Sprowson A. Management of degenerative meniscal tears and the role of surgery. *BMJ*. 2015;350:h2212.
7. Englund, M., Guermazi, A., Gale, D., Hunter, D. J., Aliabadi, P., Clancy, M., & Felson, D. T. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. *N Engl J Med*. 2008;359(11):1108-15.
8. Arthroscopy of the knee (in dutch). 2019. Available from: [https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/artroscopie\\_van\\_de\\_knie/startpagina\\_-\\_artroscopie\\_van\\_de\\_knie.html](https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/artroscopie_van_de_knie/startpagina_-_artroscopie_van_de_knie.html).
9. ESSKA Meniscus Consensus Project: Degenerative meniscus lesions. 2016. Available from: <https://cdn.ymaws.com/www.esska.org/resource/resmgr/Docs/2016-meniscus-consensus-proj.pdf>.
10. Osteoarthritis: care and management. 2014. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg177>.
11. VA/DoD Clinical Practice Guideline For The Non-Surgical Management of Hip and Knee Osteoarthritis 2014 .Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/OA/VADoDOACPGFINAL090214.pdf>.
12. Proctor EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implement Sci*. 2013;8(1):139.
13. Pinnock, H., Barwick, M., Carpenter, C. R., Eldridge, S., Grandes, G., Griffiths, C. J., Rycroft-Malone, J., Meissner, P., Murray, E., Patel, A., Sheikh, A., & Taylor, S. J. C. Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI) Statement. *BMJ*. 2017;356:i6795.