

De-implementatie van onnodige zorg:

Zelfde aanpak als bij implementatie **of toch anders?**

Tot voor kort lag de nadruk bij kwaliteitsverbetering op de implementatie van zorginnovaties. Sinds enkele jaren komt er steeds meer besef dat het planmatig terugdringen, ofwel de-implementatie, van onnodige zorg ook potentieel bijdraagt aan kwaliteit van zorg. In tegenstelling tot de implementatie van zorginnovaties, weten we nog maar weinig over de-implementatie van onnodige zorg. Veelal wordt aangenomen dat de aanpak bij de-implementatie van onnodige zorg vergelijkbaar is aan de implementatie van zorginnovaties. Maar is dat zo?

Leti van Bodegom-Vos, Perla Marang- van de Mheen

De laatste jaren is er wereldwijd, en ook in Nederland, toenemende aandacht voor het terugdringen van onnodige zorg. Zo loopt er de campagne Verstandig Kiezen, onder leiding van de Federatie Medisch Specialist (FMS) en ZonMw. Binnen deze campagne, die gebaseerd is op het Amerikaanse 'Choosing Wisely', formuleren de wetenschappelijke verenigingen van Medisch Specialist 'Verstandige Keuzes' voor hun eigen specialisme (zie kader). Naast deze campagne Verstandig Kiezen is de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) gestart met het programma 'Doen of Laten? Terugdringen van onnodige zorg'. Binnen dit programma wordt eerst een lijst opgesteld van alle zorg die op basis van wetenschappelijke literatuur en alle Nederlandse richtlijnen in aanmerking komt om teruggedrongen te worden. Vervolgens gaan de umc's gezamenlijk aan de slag om onnodige zorg daadwerkelijk terug te dringen.

Tot nu toe richten zowel de wereldwijde als de Nederlandse initiatieven op het gebied van het terugdringen van onnodige zorg zich in de eerste plaats op het formuleren van 'niet meer doen' lijsten. Deze 'niet meer doen' lijsten leiden echter niet tot een reductie van het gebruik van de onnodige zorg in de zorgpraktijk

(Rosenberg, 2015). Er lijkt dus meer nodig om onnodige zorg terug te dringen, maar wat precies?

Stel dat u er in uw ziekenhuis voor moet zorgen dat er geen artroscopieën en MRI's meer worden uitgevoerd bij degeneratieve knieën zonder slotklachten bij patiënten ouder dan 50 jaar. Hoe pakt u dat dan aan? Betreft u hierbij dan dezelfde mensen en gebruikt u dezelfde aanpak als bij implementatie van een orthopedische zorginnovatie?

Wat is de-implementatie?

De-implementatie is het planmatig terugdringen van zorg die geen bewezen waarde (meer) heeft. Belangrijke voorwaarde om het de-implementatie te noemen is dat het terugdringen van deze zorg niet vanzelf gaat, maar dat een planmatige aanpak met een pakket aan activiteiten nodig is. Daarbij kunnen we nog verschil maken tussen twee vormen van de-implementatie. Bij de eerste vorm, substitutie, wordt onnodige zorg vervangen door een effectiever of evengoed maar goedkoper alternatief. Een voorbeeld hiervan is het vervangen van een röntgenfoto door een CT-scan bij een bepaald ziektebeeld. De andere vorm van de-implementatie betreft stoppen met onnodige zorg zonder dat er een alternatief voor handen is, zoals bijvoorbeeld het stoppen met het verwijderen van neusamandelen bij kinderen met terugkerende verkoudheden. Dit onderscheid is belangrijk omdat het stoppen met onnodige zorg, zonder dat er iets voor in de plaats terug komt, een grotere uitdaging lijkt dan substitutie. Niets meer doen druist in tegen de intuïtie van ons denken in de zorg, waar we vooral gericht zijn op handelen. Echter, ook bij substitutie is het lastig om te stoppen met de onnodige zorg. Dit komt door een psychologische asymmetrie in ons denken. Deze asymmetrie zorgt ervoor dat verlies (het stoppen van onnodige zorg, maar



Ueuaphoto

Snoeien is echt iets anders dan zaaien.

bijvoorbeeld ook een euro koopkracht verliezen) veel meer pijn doet dan winst (het adopteren van zorginnovaties, of een euro aan koopkracht erbij krijgen) aan plezier oplevert. (Ubel 2015).

Verschillen

De algemene aanpak van de-implementatie van onnodige zorg is vergelijkbaar met die van implementatie van innovaties. De-implementatie gaat evenals implementatie niet vanzelf, maar vereist eenzelfde planmatige aanpak met een pakket aan activiteiten: een analyse van de huidige zorgpraktijk (hoe vaak wordt de te de-implementeren zorg nog gebruikt, door wie, en in welke setting), de doelgroep en mogelijke belemmerende en bevorderende factoren. Het verschil tussen implementatie en de-implementatie zit hem dus niet zo zeer in het veranderkundige proces. Waar we wel verschil verwachten, is in de resultaten van de stappen in het veranderkundige proces. Zo kunnen bijvoor-

beeld de orthopedisch chirurgen en radiologen die het voortouw nemen (clinical champions) bij de de-implementatie van artroscopieën en MRI's uit bovenstaande casus, andere orthopedisch chirurgen zijn dan degenen die het ooit

Stoppen onnodige zorg
geeft vrijwel geen media-aandacht

als eerste implementeerden. Ook kunnen de belemmerende en bevorderende factoren voor de-implementatie verschillen van de factoren die de mate en snelheid van implementatie destijds beïnvloed hebben.

Voorlopers bij de-implementatie

Voorlopers bij implementatie van een zorginnovatie, zoals een nieuwe behandeling voor een orthopedische patiënt, zijn bereid om risico's te nemen, hebben een hoge sociale status, zoeken

actief naar nieuwe informatie, en zijn commercieel georiënteerd. De-implementatie begint mogelijk aan de andere kant, bij zorgverleners die nooit volledig overtuigd zijn geweest van de effectiviteit en/ of veiligheid van de zorg die gedeïmplementeerd moet worden (Davidoff 2015). De-implementatie is immers door de menselijke aversie tegen verlies minder aantrekkelijk voor zorgverleners met een hoge sociale status en een commerciële oriëntatie. Met implementatie van zorginnovaties kun je sier

Wie vervullen bij de-implementatie rol van voorlopers?

maken en de krant halen, met het stoppen van onnodige zorg kun je maatschappelijke zorgkosten besparen, maar het geeft vrijwel zeker geen media-aandacht. Vanuit deze gedachte is het voorloper zijn mogelijk een persoonlijk karakteristiek en zijn clinical champions in implementatie en de-implementatie verschillende personen. Het kan echter ook zo zijn dat het wel dezelfde personen zijn, vanuit de gedachte dat voorlopers bij implementatie immers open staan voor nieuwe ontwikkelingen en in het algemeen worden gerespecteerd. Het feit of je een voorloper bent, hangt bij deze gedachte eerder af de karakteristieken van de zorg die geïmplementeerd of gedeïmplementeerd moet worden, dan van persoonlijke karakteristieken. Zo is iedere persoon wel eens een voorloper en een achterblijver: je had als een van de eersten een smartphone en bent fanatiek twitteraar, maar gaat niet mee in de trend van het papierloos werken.

Verstandige Keuze

Voorbeeld van een Verstandige Keuze binnen de Orthopedie van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV, verstandige keuzen binnen de orthopedie): 'Geen artroscoopie (kijkoperatie) en geen MRI bij degeneratieve knieën zonder slotklachten'. Bij een degeneratieve knie gaat de meniscus door artrose in kwaliteit achteruit. Bij patiënten ouder dan 50 jaar geldt:

- Als de meniscus in kwaliteit achteruit gaat, is dat een beginnende uiting van artrose van de knie. Een kwalitatief slechte meniscus kan klachten geven. Alleen als er slotklachten zijn (de knie kun je dan niet meer goed strekken), is het zinvol om een deel van de meniscus via een kijkoperatie (artroscoopie) te verwijderen.
- Bij knieklachten moet eerst een staande röntgenfoto (bij voorkeur een fixed flexion view) van de knie gemaakt worden. Er is geen indicatie voor routinematig gebruik van MRI.

Als we kijken naar het voorbeeld over de-implementatie van artroscoopieën en MRI's lijken orthopedisch chirurgen, radiologen, patiënten, en managers de meest aangewezen doelgroepen om te betrekken bij de de-implementatie, maar welke personen uit deze groepen zijn nu geschikt om het initiatief kracht bij te zetten en de voorlopers rol te vervullen? Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen wie de voorlopers bij de-implementatie nu precies zijn en hoe zij verschillen van de voorlopers bij implementatie. Voor nu adviseren wij uit te gaan van de veronderstelling dat het afhangt van de onnodige zorg die gedeïmplementeerd moet worden en dat dus een probleemanalyse nodig is. Specifiek voor de-implementatie van artroscoopieën en MRI's lijkt het belangrijk dat voorlopers niet blind zijn voor factoren die anderen ervan kunnen weerhouden om te stoppen met het uitvoeren van artroscoopieën en MRI's, zoals het geloof in de effectiviteit van artroscoopieën en MRI's en de potentiële inkomsten derving onder collega orthopeden.

Factoren van invloed op de-implementatie

Het stoppen van onnodige zorg wordt net als implementatie van zorginnovaties gehinderd en/of gefaciliteerd door de kenmerken van de (de)innovatie zelf, de zorgverlener, de patiënt, de organisatie, de sociale, organisatorische, en externe context. Zo speelt bijvoorbeeld, net zoals bij implementatie, het geloof van de zorgverlener in de effectiviteit van de onnodige zorg een belangrijke rol (Voorn 2014). Wie immers hevig gelooft in de meerwaarde van bepaalde diagnostiek of een therapeutische handeling is minder geneigd hiermee te stoppen. Maar naast overeenkomsten zijn er ook duidelijke verschillen tussen implementatie en de-implementatie. De-implementatie wordt namelijk, in tegenstelling tot implementatie, gehinderd door specifieke psychologisch processen die van invloed zijn op de motivatie van zorgverleners om bepaalde zorg wel of niet te leveren. Eén daarvan is dat zorgverleners veel liever voor actie kiezen dan voor niets doen, ook al zijn de voordelen van actie klein (pro-interventie bias). Hierbij kunnen ook economische motieven meespelen: niets doen levert vaak minder geld op en doet investeringen te niet in eventuele benodigde apparatuur en opleiding, terwijl het uitvoeren van onnodige zorg deze economische nadelen niet kent. Daarnaast vinden zorgverleners het veel erger als ze diagnostiek of behandeling niet uitvoeren terwijl het mogelijk in het voordeel was geweest voor de patiënt (geanticipeerde spijt) dan dat de patiënten mogelijk schade ondervinden van de on-

nodige zorg. De hier beschreven verschillen zijn slechts eerste theoretische inzichten, maar geven al wel aan dat we de-implementatie anders aan moeten pakken dan implementatie. Hoewel beide gericht moeten zijn op het beïnvloeden van de kennis en attitude van de zorgprofessional, zal bij implementatie ook gezorgd moeten worden dat de zorginnovatie organisatorisch geleverd kan worden (zijn de benodigde faciliteiten, samenwerkingsverbanden e.d. aanwezig?) omdat het een nieuwe interventie is die ingepast moet worden in een bestaande zorgpraktijk. Bij de-implementatie moet juist gewerkt worden om de drijfveren van de professional de juiste kant op te krijgen, bijvoorbeeld via beleidsveranderingen, en restricties in vergoedingen van zorgverzekeringen zoals in de literatuur voorgesteld (Niven 2015, Scott 2013). Een andere mogelijkheid is om bij de-implementatie gebruik te maken van opkomende trends. Een voorbeeld hiervan komt uit de orthopedie: na het verschijnen van bewijslast dat het gebruik van bloedopvang en re-infusie drains bij primaire heup en knie vervangingen niet effectief is, ging men in Nederland door met het gebruik van deze systemen. Echter, door de introductie van FAST track protocollen voor heup- en knie vervangingen (een trend in de orthopedische zorg), waarbij patiënten op de dag van de operatie nog gemobiliseerd worden en bloedopvang- en reinfusie drains deze mobilisatie bemoeilijken, konden orthopedische afdelingen veel makkelijker gemotiveerd worden om te stoppen met het gebruik van deze systemen. Echter, specifiek voor de-implementatie van artroscopieën en MRI's bij degeneratieve knieën zonder slotklachten is er nog niet direct een ontwikkeling te bedenken die het stoppen van onnodige artroscopieën en MRI's positief zou beïnvloeden, behalve algemene ontwikkelingen zoals value-based health care, waarbij alleen die zorg moet worden geboden die waarde toevoegt aan het functioneren van de patiënt.

Conclusie

Alhoewel in dit artikel richting is gegeven aan de verschillen tussen implementatie en de-implementatie, is dit veelal gebaseerd op theoretische inzichten. Meer empirisch onderzoek is nodig om vast te stellen hoe de-implementatie initiatieven effectief aangepakt kunnen worden. Tot meer onderzoek beschikbaar komt, kunnen we op basis van de theoretische inzichten stellen dat implementatie van zorginnovaties en de-implementatie van onnodige zorg niet over eenzelfde kam geschoren kunnen worden. De planmatige aanpak is wel hetzelfde, maar de

inhoud is anders. De-implementatie betreft mogelijk een andere doelgroep en gaat zeer waarschijnlijk gepaard met de aanpak van andere belemmerende factoren, en vraagt daardoor om andere strategieën om het doel, het stoppen van onnodige zorg, te bereiken. Concreet betekent dit dat we in de praktijk bij de-implemen-

Gebruik maken van opkomende trends om verouderde zorg te stoppen

tatie dezelfde planmatige aanpak als bij implementatie kunnen gebruiken, maar niet klakkeloos met dezelfde zorgverleners als bij implementatie van zorginnovaties aan de slag moeten gaan en meer dan bij implementatie rekening moet houden met psychologische processen die van invloed zijn op de motivatie van zorgverleners om bepaalde zorg wel of niet te leveren.

Literatuur

- Davidoff F. *Less is more: on the undiffusion of established practices*. JAMA Intern Med 2015;175(5):809-11.
- Niven DJ, Mrklas KJ, Holodinsky JK, et al. *Towards understanding the de-adoption of low-value clinical practices: a scoping review*. BMC Med 2015;13:255.
- NOV. *Verstandige keuzes binnen de orthopedie*. http://www.orthopeden.org/uploads/GC/ys/GCysneJ_BHLpZQKSNU4A-DA/Verstandige-keuzes-NOV.pdf
- Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, et al. *Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign*. JAMA Intern Med 2015:1-9.
- Scott IA, Elshaug AG. *Foregoing low-value care: how much evidence is needed to change beliefs?* Intern Med J 013;43(2):107-9.
- Ubel PA, Asch DA. *Creating value in health by understanding and overcoming resistance to de innovation*. Health Aff 2015;34(2):239-44.
- Voorn VM, Marang-van de Mheen PJ, Wentink MW, et al. *Perceived barriers among physicians for stopping non cost-effective blood saving measures in total hip and total knee arthroplasties*. Transfusion 2014;54(10):2589-607.

Informatie over de auteurs

Dr. Leti van Bodegom-Vos is assistant professor bij het Kwaliteit van Zorg instituut van het LUMC te Leiden.
e-mail: l.vanbodegom@lumc.nl.

Dr. Perla Marang-van de Mheen is associate professor bij het Kwaliteit van Zorg instituut van het LUMC te Leiden.