

Implementatie van onderzoeksresultaten in de (verzekeringsgeneeskundige) praktijk

Prof Richard Grol

(Muntendam Symposium 17 dec 2015)



Disclosure belangen spreker

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen



Bijna 6% loopt infectie op in ziekenhuis, meest effectieve methode infectie-reductie is goede hand hygiene (HH)



**<50% toepassing
(evidence-based
richtlijnen HH)**

**Observaties
verpleegkundigen
op 67 afdelingen 3
ziekenhuizen:
toepassing
gemiddeld 25%,
(Huis IQ 2012)**

Hoe komt dat?

Waarom slechte hand hygiene??

(Erasmus, thesis Rotterdam University, 2012)

- *Interviews* met artsen, verpleegkundigen, artsen in opleiding over *oorzaken* van slechte HH:
 - persoonlijke opvattingen (gebrek aan evidence, behoefte aan zelfbescherming), vooral sterk bij artsen
 - gebrekkige rol-modellen, vooral sterk bij verpleegkundigen en artsen in opleiding
- *Studie* onder 74 experts in 24 ziekenhuizen: mn *cultuur en teamklimaat* op afdeling bepalend

Verbeterproject HH op 67 afdelingen in 3 ziekenhuizen (*Brink et al, IQ 2009*)

Twee benaderingen vergeleken: gewone campagne (feedback, posters, educatie, alcohol, etc) en uitgebreide aanpak (campagne plus team- en leiderschap training);

Beter toepassen richtlijnen:

- Campagne +23%

- Campagne en team- en leiderschap training +38%

-ruim 1,3% minder infecties in uitgebreide aanpak

***Grote variatie in verbetering tussen afdelingen
(-2% to +70%), verklaard door:***

- ***Data:*** wel of geen data en feedback over HH
- ***Team factoren:***
 - wel of geen onderlinge controle op toepassen richtlijnen
 - wel of geen onderlinge support bij verbeteren routines
- ***Leiderschap factoren***
 - leiders definiëren verbetering in HH wel of niet als prioriteit
 - teamleiders leggen wel of niet verantwoording af aan RvB
 - leiders motiveren hun team wel of niet tot verbetering in HH

Wat weten we over Implementatie verbeteringen in zorg?

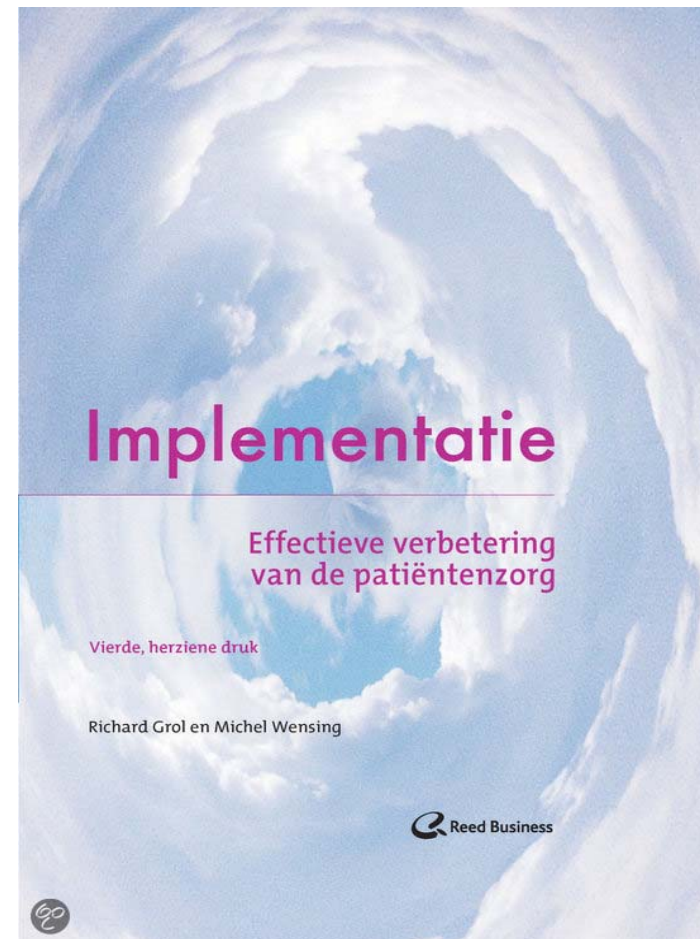
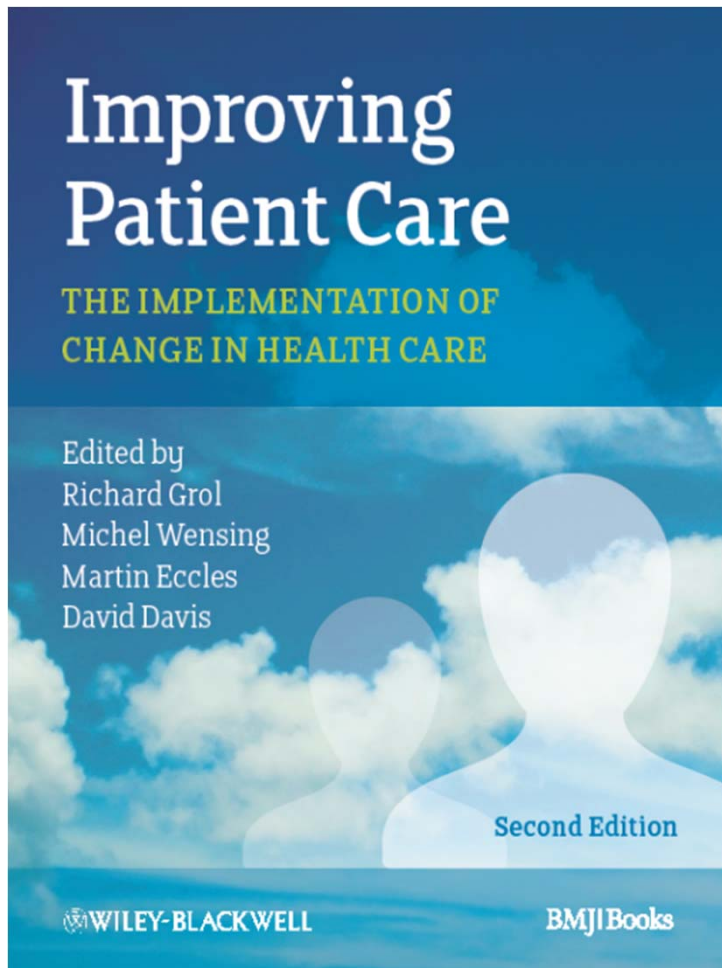
- **30-40%** patiënten krijgt niet aanbevolen zorg, ook veel onnodige en dus dure of schadelijke zorg (ook in eerste lijn)
- **1900** mensen p/jaar overlijden onnodig in ziekenhuis (VU/NIVEL); **40.000** p/jaar opname door medicatiefout (vd Bemt)
- **7%** patiënten in ziekenhuis infectie: heropname, extra ligdagen, heroperaties; extra kosten 210-340 milj, (van Benthem 2010)
- Grote **variatie** in kwaliteit tussen en binnen zorgverleners, teams en instellingen
- Implementatie richtlijnen, protocollen, best practices vaak moeizaam; vaak naïeve verwachtingen! Er is geen altijd, voor alle problemen werkende methode om verbeteringen in te voeren!

Wat is effectief: wisselende modes in kwaliteitsverbetering

- *In jaren '80 en '90 nadruk op **zelf-regulatie**: educatie, feedback, audit, onderlinge toetsing, herregistratie etc*
- *Daarna nadruk op **stysteemverandering**: Total Quality Management, Disease Management, Doorbraak, Process Redesign, Lean Management, Veiligheids Management Systemen*
- *Nu veel nadruk op **externe controle en transparantie**: toezicht, prestatieindicatoren, financiële prikkels, vergroten keuze patient*

Geen bewijs dat een van vele benaderingen van verbeteren kwaliteit superieur is voor oplossen alle problemen (Grol,Lancet 2003)

Conclusie: effectieve implementatie van kennis in de zorgpraktijk vraagt systematische aanpak



Lessen over verbetering van zorg

Systematisch, stap voor stap verbeteren met allerlei interventies op allerlei niveaus, oa:

- helder overzicht van evidence, compacte boodschap
- data over kwaliteit, continue monitoring en feedback
- standaardisatie zorgprocessen, zorgpaden en checklijsten
- betrek patient in verbetering van zorg
- versterk samenwerking, onderlinge steun in teams
- zorg voor professionals, met motivatie en kennis van kwaliteit
- zorg voor betrokkenheid, voorbeeld en controle door leiders
- verbeterdoel is vast onderdeel van normale beleid en “cultuur” van team, praktijk en instelling

Hoe effectief implementeren?

Implementatie verzekeringsgeneeskundige protocollen (*Proefschrift Zwerver*)

- Sinds 2008 zijn er 20 protocollen in UWV ingevoerd, evaluatie ervan nog niet gedaan, focus op Depressie
- Stapsgewijze evaluatie:
 - ontwikkeling strategie (trainingsprogram),
 - opstellen indicatoren voor volgen richtlijnen
 - meten van adherence (mn intenties)
 - experiment ter evaluatie effect in simulatie-setting
 - procesevaluatie tav implementatie-aanpak
 - analyse factoren die gebruik bevorderen/belemmeren
- Training effectief, maar nu test in echte praktijk nodig

Richtlijn of protocol vertalen in praktisch voorstel voor verbetering

- Op basis evidence of goede professionele consensus
- Beperkt aantal concrete doelen (max 3-5)
- Heldere, attractieve presentatie van doelen
- “sticky” messages: boodschappen die blijven hangen
- Verschillende doelgroepen, verschillende vormgeving

Applicability of guidelines (Gagliardi et al 2015)

- Systematic review of studies : 20 studies that used AGREE (*instrument to assess quality of guideline development*) to assess recent guidelines (after 2008)
- 137 guidelines: applicability score 43%, lower than other domains (as scientific basis or involving stakeholders)
- Most guidelines lack implementation advice or tools

Aandachtpuntenlijst Depressie (Adp) (Gouttebarge et al 2012)

- Lijst ter beoordeling van werkvermogen van depressieve arbeidsongeschikten: implementatie in UWV onderzocht, oa via interviews
- *Belemmerend bij gebruik*: onvoldoende tijd, verplichting tot gebruik, heeft geen toegevoegde waarde
- *Bevorderend bij gebruik*:
 - vormgeving cfm bestaand UWV instrumenten
 - introductie tijdens vakoverleg
 - steun van management en collega' s

Stepped care model voor depressie in eerste lijn

- *Eerst ernst bepalen*: ernstig of niet
- *Stapsgewijze behandeling*:
 - a. niet ernstige depressie: lage intensiteit behandeling in eerste lijn (watchful waiting, educatie, counseling, kortdurende psychotherapie, beweging)
 - niet effectief na 6-12 weken: medicatie of CBT
- *Monitoring van uitkomsten*: met BDI, ook om vooruitgang te bepalen, en verandering van behandeling

Verbeteren voorschrijven anti-depressiva (Franx et al, Trimbos/IQ 2011)

- *Metingen*

- huidige gebruik van AD is niet gerelateerd aan ernst van symptomen

- *Interventie:* Doorbraak-programma

- multi discipline teams uit meerdere praktijken, die samenwerken en kennis uitwisselen,
- support door expert team,
- educatie, scholingsbijeenkomsten
- monitoring van handelen, data verzameling, feedback
- lokale coördinatoren, lokale verbeter teams

Adherence to guidelines in prescribing anti-depressants (Franx et al 2011)

Controlled study on the effect of QI-collaborative aimed at implementation of the stepped care guideline: % AD

	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>
-QI-group (N=400 patients)	49%	32%	26%
-usual care (N=3958 patients)	50%	47%	53%

Key message: evidence on optimal treatment in mental health care can be improved by well designed, multi-faceted implementation strategies

Implementeren stepped care bij depressie in eerste lijn (Franx et al, thesis 2012)

Interviews 8 teams uit depressie-doorbraak project over implementeren stepped care bij depressie in praktijk:

- *Bevorderend voor gebruik:* eenvoud stepped care model, team bijeenkomsten en positieve reacties van patienten
- *Problemen:* uiteenlopende visies op (handelen bij) depressie tussen zorgverleners, gebrek aan middelen en gebrekkige ICT
- Cruciaal: consensus verschillende professionals over beleid bij depressie, acceptatie dat een dergelijke depressie-zorg onderdeel normale werk is, en gedragen diagnostische en therapeutische technieken

Investeer in interne data- en feedbacksystemen: zijn effectief om zorg te verbeteren, mits...

- Zorgverleners *overschatten* kwaliteit eigen handelen (Davis, JAMA 2006); goede data nodig om te overtuigen
- Data en feedback effectief *mits* (van der Weijden 2011):
 - real-time monitoring en feedback, regelmatig herhaald
 - advies hoe het beter kan,
 - gegevens worden vertrouwd, dus eigen data professionals
 - feedback ingebed in onderlinge toetsing of teamoverleg
- Lukt vaak niet zonder steun en *expertise “van buiten”*

Zorg voor kanker patienten in Radboud

Uitkomsten voor 12 ketens

•30-dagen sterfte	1%	(0-4%)
•Reinterventie na complicatie	5%	(0-9%)
•Heropname na bijwerken chemo	31%	(0-76%)
•Heropname na radiotherapie	2,5%	(0-14%)
<p><i>Data zijn prikkel voor kritische onderlinge discussie en verbeterplan!!</i></p>		

Source: RUCO Nijmegen 2012

Effecten van coordinatie en integratie van zorg in de GGZ: reviews...

- Gensichen (2005, 13 studies): *case management* bij depressie zorgt voor sneller herstel
- Gilbody (2006, 37 studies): *samenwerking* zorgverleners bij depressie leidt tot betere zorguitkomsten
- Smolders (2008, 24 studies): *geïntegreerde zorg* bij angststoornissen in de eerstelijns is effectief

Betrek patient als partner in (verbetering) zorg

- shared decision making
- gebruik van decision-aids
- plan voor follow-up care
- zelf-management plan
- samenvatting gesprek op audio
- zorgpaden op basis patientwensen
- informatie op website
- digitale netwerken van patienten, portals
- enquête of interview: ervaringen, kwaliteit van leven
- spiegel informatie door patient feedback (mirrors)

Patienten actief betrekken in zorg geeft betere uitkomsten en ervaringen bij patienten (Hibbard 2013)

Investeer in
standaardisering
(multi-disciplinaire)
werkprocessen

THE **CHECKLIST** MANIFESTO • HOW TO GET THINGS RIGHT

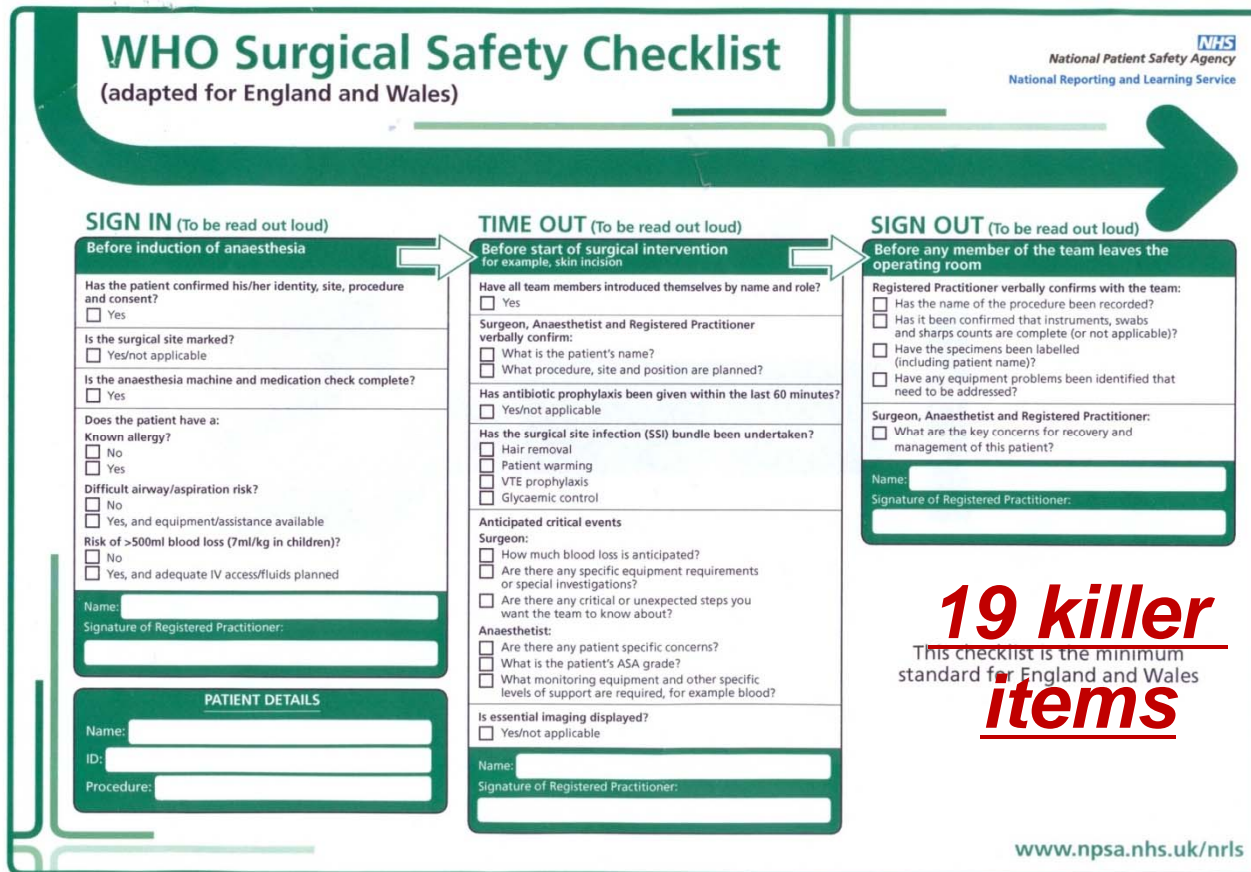
ATUL GAWANDE
BESTSELLING AUTHOR OF
BETTER AND COMPLICATIONS

“Health care is managing extreme complexity”

“Healthcare too complex to leave to control and decisions of individual clinicians; human memory and attention needed is fallible in complex care; therefore we should use teamwork, control and checklists”

Example: average patient on IC needs 178 actions per day; errors in 1-2%

Studie WHO checklist in 8 landen: grote reductie in mortaliteit en complicaties (Haynes NEJM 2009)



WHO Surgical Safety Checklist
(adapted for England and Wales)

NHS National Patient Safety Agency
National Reporting and Learning Service

SIGN IN (To be read out loud)
Before induction of anaesthesia

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure and consent?
 Yes

Is the surgical site marked?
 Yes/not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?
 Yes

Does the patient have a:
Known allergy?
 No
 Yes

Difficult airway/aspiration risk?
 No
 Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?
 No
 Yes, and adequate IV access/fluids planned

Name: _____
Signature of Registered Practitioner: _____

PATIENT DETAILS

Name: _____
ID: _____
Procedure: _____

TIME OUT (To be read out loud)
Before start of surgical intervention
for example, skin incision

Have all team members introduced themselves by name and role?
 Yes

Surgeon, Anaesthetist and Registered Practitioner verbally confirm:
 What is the patient's name?
 What procedure, site and position are planned?

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?
 Yes/not applicable

Has the surgical site infection (SSI) bundle been undertaken?
 Hair removal
 Patient warming
 VTE prophylaxis
 Glycaemic control

Anticipated critical events
Surgeon:
 How much blood loss is anticipated?
 Are there any specific equipment requirements or special investigations?
 Are there any critical or unexpected steps you want the team to know about?

Anaesthetist:
 Are there any patient specific concerns?
 What is the patient's ASA grade?
 What monitoring equipment and other specific levels of support are required, for example blood?

Is essential imaging displayed?
 Yes/not applicable

Name: _____
Signature of Registered Practitioner: _____

SIGN OUT (To be read out loud)
Before any member of the team leaves the operating room

Registered Practitioner verbally confirms with the team:
 Has the name of the procedure been recorded?
 Has it been confirmed that instruments, swabs and sharps counts are complete (or not applicable)?
 Have the specimens been labelled (including patient name)?
 Have any equipment problems been identified that need to be addressed?

Surgeon, Anaesthetist and Registered Practitioner:
 What are the key concerns for recovery and management of this patient?

Name: _____
Signature of Registered Practitioner: _____

19 killer items
This checklist is the minimum standard for England and Wales

www.npsa.nhs.uk/nrls

Vergelijkbare resultaten in Nederland met SURPASS (NEJM 2010)

**Barrières , oa..
-verpleegkundige vindt het moeilijk
-hierarchy op OK (Vats BMJ 2010)**

Investeer in leiderschap en strategisch beleid

- **Leiders:** leiders maken kwaliteit en veiligheid tot prioriteit, zijn rolmodel, introduceren consistent lange termijnbeleid,, faciliteren uitvoering ervan, zijn blijvend actief betrokken, stimuleren een open “aanspreekcultuur” etc

*-Verpleegkundigen laten patiënten minder vaak vallen, dienen minder vaak verkeerde medicijnen toe en wassen vaker hun handen als de leiding op afdelingen hamert op patiëntveiligheid én zelf het goede voorbeeld geeft.
(Dierynck, NRC 2012)*

Investeer in nieuwe professional



“We need physicians who are smart, well- trained, innovative, intensely focused on delivering the best care to patients and who can play well with others. While House had many of these skills, the teamwork part was his fatal flaw. If he worked for me, I would have fired him. So, rest in peace dr. House” (Robert Wachtman, chair ABIM, USA Today)

Waarom zijn veel professionals in zorg niet gemotiveerd of betrokken in verbeteren kwaliteit?

- *Men ziet het als top-down, bureaucratie, niet “eigen”*
- *Gebrek aan inzicht in eigen handelen, geen goede data, geen gevoel van urgentie, “dit is niet mijn probleem”*
- *Weerstand tegen kritisch naar eigen handelen kijken, tegen fouten toegeven en verantwoording afleggen,*
- *Vastzitten in vaste routines, angst voor verandering, onrust*
- *Gebrek aan kennis en vaardigheden verbeteren kwaliteit*

Professional values of doctors in USA and UK

(Roland et al, QSHC 2011)

	<u>USA</u>	<u>UK</u>
● <i>Doctors should participate in peer review of quality of colleagues</i>	55%	63%
● <i>Doctors should report incompetent colleagues</i>	59%	63%
● <i>Doctors should disclose medical errors to affected patient</i>	63%	70%
● <i>Doctors should undergo periodic recertification examinations</i>	54%	24%

Investeer in kwaliteitscultuur en nieuwe professional..



Joep van Lieshout 'The surgery'

- *Betrokken bij kwaliteit en kosten in huis*
- *Kritisch naar eigen handelen kijken*
- *Verantwoording afleggen en controle accepteren*
- *Team- en samen werker worden*
- *Patiënt centraal en involveren*
- *Vaardigheid in kwaliteitsverbetering*

Thema kwaliteit en veiligheid in opleiding en nascholing professionals

Gaat om nieuwe kennis, vaardigheden, attitudes, cultuur en routines (“Improvement knowledge”); naïef om te verwachten dat professionals deze competenties leren zonder educatie



-training in de praktijk en goede rol-modellen nodig

-cascade-training: leiders trainen medewerkers na eigen training

Lessen over verbetering van zorg

Systematisch, stap voor stap verbeteren met allerlei interventies op allerlei niveaus:

- helder overzicht van evidence, compacte boodschap
- data, continue monitoring en feedback
- standaardisatie zorgprocessen, zorgpaden en checklijsten
- betrek patient in verbetering van zorg
- versterk samenwerking, onderlinge steun in teams
- gemotiveerde professionals, met kennis van kwaliteit
- betrokkenheid, voorbeeld en controle door leiders
- verbeterdoel vast onderdeel van normale beleid en “cultuur” van team, praktijk en instelling

Stelling

Implementatie van verbeteringen vraagt om professionals die kritisch zijn tav eigen handelen en weten hoe verbetering aangepakt moet worden: daar is nog werk te doen!

Maw, verbeteren van kwaliteit begint bij jezelf