

'The invisible doctors' zichtbaar maken Ondersteunende disciplines en het belang van interactie met de clinici

Mirko Petrovic

Vakgroep Inwendige Ziekten en Pediatrie Ugent

Dienst Geriatrie UZ Gent

Alumni Geneeskunde UGent, master-na-masteropleiding

Gent, 12 oktober 2022

Continue stroom van oordelen en beslissingen

- **Welke ziekten** moeten bij een patiënt met **bepaalde klachten** worden overwogen?
- Is op grond van **anamnese en lichamelijk onderzoek** al genoeg kennis verkregen voor het stellen van een diagnose en het kiezen van een behandeling, of is **verder diagnostisch onderzoek** nodig?
- Zijn er **contra-indicaties** voor de meest voor de hand liggende behandeling? Wat is de **prognose** bij deze behandeling?
- Moet bij een onverwacht teleurstellend beloop getwijfeld worden aan de oorspronkelijke diagnose?
- Kan deze patiënt misschien beter worden doorverwezen?

Complexe keuzesituaties

- Er zijn meer en meer **complexe keuzesituaties**, waarin veelal sprake is van ongelijksoortige keuzemogelijkheden en van een grote mate van **onzekerheid**. Deze complexiteit en onzekerheid zijn toegenomen wegens de volgende ontwikkelingen :
 - De snelle toename in diagnostische en therapeutische mogelijkheden.
 - De explosieve groei van zowel de basis als de op klinische ervaring berustende medische kennis.
 - De toenemende vraag naar kwaliteit, zekerheid en informatie van de kant van de patiënt.

Gerichte ondersteuning

- Er lijkt dus plaats te zijn voor **gerichte ondersteuning** bij besluitvorming door arts en patiënt in een waarschijnlijk toenemend aantal klinische situaties.
- De besliskunde ontwikkelt zich tot een hulpwetenschap die nuttige klinische hulpmiddelen levert. Het belang van deze hulpwetenschappen is echter van verschillende aard.
- Fysica en chemie vormen de basis van diagnostische en therapeutische mogelijkheden; besliskundige technieken dienen om deze mogelijkheden optimaal in de patiëntenzorg toe te passen.

Een klinisch probleem

- Een 45-jarige, overigens gezonde, vrouw wordt sinds 2 jaar geplaagd door migraine. De aanvallen zijn altijd rechtszijdig en reageren niet op medicatie; de familiale anamnese vermeldt geen migraine.
- Op grond van het klinische beeld sluit de neuroloog het bestaan van een arterioveneuze malformatie niet uit.
- Hij laat angiografie van de hersenbloedvaten verrichten. Het angiogram toont een aneurysma van de linker A. cerebri media met een doorsnede van 7 mm, dat echter de migraine niet verklaart.

Wat te doen?

- Moet deze patiënt geadviseerd worden zich aan het aneurysma te laten opereren of juist niet? Het aneurysma kan ooit ruptureren, met als gevolg een – vaak letaal verlopende – subarachnoïdale bloeding. Ruptuur van het aneurysma kan worden voorkomen door een chirurgische ingreep.
- Aan de andere kant ruptureren vele aneurysmata niet en is de operatie een riskante ingreep.
- De beslissing om al of niet te opereren hangt dus af van diverse factoren. De afweging wordt gecompliceerd door het feit dat de kans op subarachnoïdale bloeding een risico op lange termijn inhoudt, verspreid over vele jaren, terwijl een chirurgische ingreep een onmiddellijk risico met zich meebrengt.

Fasen in een beslissingsanalyse

1. **Het definiëren en structureren van het klinische probleem**, met de beslisboom als visueel hulpmiddel. Dit omvat de beschrijving van de patiënt, de diagnostische en therapeutische mogelijkheden en de mogelijke resultaten van behandeling.
2. Het schatten van **kansen en voorzieningen** voor de diagnostische en therapeutische resultaten. Dit is een cruciaal en moeilijk onderdeel van de **analyse**, waarin de beschikbare onderzoeksresultaten over het klinische probleem kritisch moeten worden samengevat, en leemtes in kennis moeten worden aangevuld met een **klinisch expert-oordeel**.

Fasen in een beslissingsanalyse

3. Het uitvoeren van de vereiste berekeningen die nodig zijn voor het bepalen van de **beste keuzes**, dat wil zeggen die met maximaal te verwachten nut.
4. Presentatie van de resultaten van de analyse op een **klinisch bruikbare** wijze. Deze laatste fase is van doorslaggevend belang voor het gebruik van de resultaten van de analyse door andere medici en voor andere patiënten met hetzelfde probleem.

Patiëntgerichte zorg verlenen

- **Patiëntgerichte zorg** verlenen- de verschillen, waarden, voorkeuren en noden van patiënten identificeren, respecteren en er zorg voor dragen; pijn en lijden verlichten; continue zorg coördineren; luisteren naar, duidelijk informeren over, communiceren met en voorlichting geven aan patiënten; besluitvorming en management delen; en voortdurend pleiten voor ziektepreventie, welzijn en het bevorderen van een gezonde levensstijl, met inbegrip van aandacht voor de gezondheid van de bevolking.
- Werken in **interdisciplinaire teams**-samenwerken, communiceren en de zorg integreren in teams om ervoor te zorgen dat de zorg continu en betrouwbaar is.

Patiëntgerichte zorg verlenen

- Gebruik maken van **evidence-based practice**- beste onderzoek integreren met klinische expertise en patiëntenwaarden voor optimale zorg, en deelnemen aan leer- en onderzoeksactiviteiten voor zover dit haalbaar is.
- **Kwaliteitsverbetering toepassen**- fouten en risico's in de zorg opsporen; basisprincipes van veiligheidsontwerp, zoals standaardisering en vereenvoudiging, begrijpen en toepassen; de kwaliteit van de zorg voortdurend begrijpen en meten in termen van structuur, proces en resultaten in relatie tot de behoeften van de patiënt en de gemeenschap; interventies ontwerpen en testen om zorgprocessen en -systemen veranderen met het oog op kwaliteitsverbetering.
- Gebruik maken van **informatica**- communiceren, kennis beheren, fouten beperken en de besluitvorming ondersteunen met behulp van informatietechnologie.

Patiëntgerichte zorg verlenen

- In tegenstelling tot patiënten die acute, episodische zorg ontvangen, zien patiënten met veel tegelijk bestaande aandoeningen een verscheidenheid aan zorgverleners, in een veelheid van settings, gedurende een langere periode van tijd.
- Ziektegerichte zorg, waarbij de nadruk ligt op het behandelen van een ziekte zonder aandacht voor de behoeften van de patiënt en waarbij de zorgverlener de enige bron van controle is, sluit niet aan bij de veranderende behoeften en eisen van de patiënt.
- Patiënten zijn steeds meer geïnteresseerd in **behandelingsadviezen op maat** die aansluiten bij hun voorkeuren en overtuigingen en die inzicht geven in hun omgeving, waaronder hun gezinsleven, werk, familiebanden, culturele achtergrond en andere factoren.

Patiëntgerichte zorg verlenen

- Meerdere studies tonen aan dat het bereiken van de doelstelling van **patiëntgerichtheid** de gezondheidsstatus en andere door patiënten gewenste uitkomsten kan verbeteren.
- Het is bewezen dat patiënten die betrokken zijn bij de beslissingen over en het beheer van hun zorg betere resultaten, lagere kosten en een hogere functionele status hebben dan patiënten die niet zo betrokken zijn.

Werken in interdisciplinaire teams

- Een interdisciplinair team bestaat uit **leden van verschillende beroepen en beroepsgroepen met uiteenlopende en gespecialiseerde kennis, vaardigheden en methoden**. De leden van het team integreren hun waarnemingen, expertise en besluitvorming om met elkaar te coördineren, samen te werken en te communiceren om de zorg voor een patiënt of een groep patiënten te optimaliseren.
- Interdisciplinaire teams zijn van cruciaal belang bij het omgaan met de toenemende complexiteit van de zorg, het coördineren van en reageren op meervoudige behoeften van patiënten, het gelijke tred houden met de eisen van de nieuwe technologie, het reageren op de eisen van de betalende partijen, en het leveren van zorg in verschillende settings.

Evidence-based praktijk

- Door gebruik te maken van het steeds groeiende feitenmateriaal kunnen gezondheidswerkers consequent de beste praktijken bevorderen en onderbenutting, misbruik en overbenutting van zorg vermijden.
- Interdisciplinaire gezondheidsteams en elk van de disciplines zijn in staat om deze empirische basis effectief te gebruiken op het punt van patiëntenzorg, door te bepalen of van een interventie, zoals een preventieve dienst, diagnostische test of therapie, kan worden verwacht dat deze betere resultaten oplevert dan alternatieven - inclusief het alternatief van niets doen.
- Het begrip "evidence-based practice" verwijst naar de **integratie van de beste onderzoeksgegevens, klinische deskundigheid en patiëntenwaarden** bij het nemen van beslissingen over de zorg voor individuele patiënten.

Kwaliteitsverbetering

- Kwaliteit wordt gedefinieerd als de "mate waarin gezondheidsdiensten voor individuen en bevolkingsgroepen de waarschijnlijkheid van de gewenste gezondheidsresultaten vergroten en in overeenstemming zijn met de huidige professionele kennis"
- Slecht ontworpen zorgprocessen of -systemen kunnen aanleiding geven tot onnodige doublures van diensten, lange wachttijden en vertragingen, en de veiligheid van de patiënten in gevaar brengen, met vermijdbare fouten en schade voor de patiënten tot gevolg.

Gebruik informatietechnologie

- Informatietechnologie in de gezondheidszorg is meer dan informatietechnologie; het is de **ontwikkeling en toepassing van informatietechnologiesystemen op problemen in de gezondheidszorg, onderzoek en onderwijs.**
- De informatica heeft de laatste jaren veel bijgedragen tot de gezondheidszorg: toepassingen van informatietechnologie op administratieve en financiële transacties, zoals facturering en bestellingen; een virtuele explosie van gezondheidsgerelateerde informatie die via het internet voor de consument beschikbaar is; en vooruitgang bij het toegankelijker maken van syntheses van bewijsmateriaal, praktijkrichtlijnen en onderzoek naar gezondheidsdiensten voor gezondheidswerkers, onderzoekers en patiënten.

Reduceer fouten

- Het is aangetoond dat toepassingen van informatiesystemen de veiligheid van de patiënt verhogen door bepaalde **beslissingen te standaardiseren en te automatiseren** en door fouten, zoals wisselwerkingen tussen geneesmiddelen, te signaleren voordat zij zich kunnen voordoen.
- Ook **elektronische medische dossiers** dragen bij tot de vermindering van fouten. Geautomatiseerde orderinvoersystemen voor voorschrijvers kunnen fouten als gevolg van het verkeerd lezen of interpreteren van handgeschreven instructies elimineren. Zij kunnen ook orders onderscheppen die kunnen leiden tot afwijken van standaardprotocollen.

Beheer kennis en informatie

- Online databases kunnen gezondheidswerkers toegang verschaffen tot de kennisbasis en literatuurbronnen die nodig zijn voor evidence-based practice.
- Ter plaatse geïntegreerde databanken of ziekteregisters kunnen de nauwgezette verzameling van persoonlijke gezondheidsinformatie gedurende het leven van een patiënt mogelijk maken, waartoe gezondheidswerkers toegang kunnen krijgen om de vele vormen van chronische ziekte te beheren die frequente controle en voortdurende ondersteuning van de patiënt vereisen.

Neem beslissingen

- **Geautomatiseerde beslissingsondersteunende systemen** dienen als geheugensteuntjes om eerstelijnszorgteams te helpen zich te houden aan evidence-based praktijkrichtlijnen of als bronnen van feedback aan zorgverleners om te laten zien hoe zij presteren op verschillende zorgmaatregelen (Bodenheimer et al., 2002).
- Dergelijke systemen zijn effectief gebleken in het aanmoedigen van de naleving door artsen van aanbevolen richtlijnen die een verbeterd voorschrijven, doseren en toedienen van geneesmiddelen, behandeling, en preventie en controle ondersteunen.

Communiceer

- Door te communiceren via e-mail en **toegang te krijgen tot hun elektronische medische dossiers** en ziekenhuisinformatiesystemen via het internet, kunnen patiënten informatie over hun algemene gezondheid, symptomen en zorgen met zorgverleners delen en uitwisselen.
- Evenzo kunnen artsen hun kennis en vaardigheden gebruiken om te reageren met relevante medische informatie en in veel gevallen de patiënt geruststellen.

Besluit

- Deze kerncompetenties kunnen leiden tot fundamenteel betere zorg.