

## Over STARS NL

De gevolgen van keuzes in de zorg, zowel wat betreft kwaliteit als kosten, liggen onder een vergrootglas. Jouw dagelijkse praktijk als (aankomend) arts draait om je inzet voor de beste zorg voor de patiënt, waarbij je verantwoord omgaat met de beschikbare middelen. Je hebt een essentiële rol in het maximaliseren van de kwaliteit, tegen realistische kosten. Dat is de kern van Doelmatige Zorg. Noodzakelijk hiervoor is dat doelmatig denken en werken al in de opleiding tot arts een gewoonte wordt. De toekomst van de zorg ligt in jouw handen.

Naar Canadees voorbeeld is STARS NL opgericht: een groep aios en geneeskundestudenten die als ambassadeurs aan de slag gaan met doelmatigheid van zorg in de opleiding. Met ondersteuning van het Bewustzijnsproject, werken zij het komende jaar aan het vergroten van het alert zijn op doelmatig denken en werken van studenten, aios en medisch specialisten.

[www.bewustzijnsproject.nl/starsnl](http://www.bewustzijnsproject.nl/starsnl)



# Zes zaken die arts-assistenten in twijfel zouden moeten trekken



## 1 Vermijd onderzoeken die het behandelplan van je patiënt niet veranderen.

Bij het aanvragen van aanvullend onderzoek is het belangrijk om diagnostische karakteristieken zoals sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde in overweging te nemen in het licht van de à priori kans voor de patiënt. Bij patiënten met een zeer laag risico is het vaak niet noodzakelijk om aanvullende onderzoeken te doen om de diagnose uit te sluiten. Uit onderzoek blijkt dat diagnostische onderzoeken patiënten niet geruststellen en hun angst of hun symptomen niet verminderen als zij al een laag risico hebben. Denk aan een CT-scan bij patiënten met een laag risico ter uitsluiting van een longembolie of preoperatieve cardiale onderzoeken bij patiënten die een laag-risico chirurgische ingreep zullen ondergaan. Evalueer de à priori kans en gebruik beslisregels wanneer dat mogelijk is. Samen met een “hoe gaat dit mijn beleid veranderen”-benadering kan dit helpen om overbodig onderzoek te vermijden.

## 2 Ga in gesprek met patiënten over de noodzaak van een onderzoek, behandeling of procedure.

Verzoeken van patiënten stimuleren soms het overmatig gebruik van zorg. Zo kan een ouder bijvoorbeeld verzoeken om een kind antibiotica te geven, terwijl het waarschijnlijk een virale sinusitis heeft. Of een patiënt kan verzoeken om een MRI voor aspecifieke lage rugpijn. Patiënten zijn zich vaak niet bewust van de nadelen, bijwerkingen en risico's

van onderzoeken en behandelingen. Neem de tijd om de zorgen van een patiënt te verkennen en om voorlichting te geven over de voordelen en risico's van onderzoeken of behandelingen. Dit levert een patiëntgerichte benadering op waarmee passend gebruik van zorg wordt gewaarborgd.

## 3 Vermijd standaard dagelijks routine bloedonderzoek bij opgenomen patiënten die klinisch stabiel zijn.

Om allerlei redenen wordt er vaak dagelijks laboratoriumonderzoek gedaan ondanks dat de patiënt klinisch stabiel is. Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat er geen stopdatum is ingevoerd of omdat er geen herevaluatie plaatsvindt of een bloedonderzoek wel echt nodig is. Observatieve studies laten zien dat aios of arts in opleiding tot specialist vaker een routine dagelijks bloedbeeld en elektrolyten aanvragen dan specialisten. Dagelijkse venapunctie draagt bij aan het discomfort van patiënten en het ontstaan van een iatrogene anemie. Studies ondersteunen dat het veilig is om herhaald bloedonderzoek minder vaak te doen als de patiënt klinisch stabiel is, zonder dat dit een negatieve invloed heeft op de uitkomsten voor de patiënt (kans op heropname, noodzaak van spoedzorg, ernstige complicaties of mortaliteit). Laboratoriumonderzoek zou aangevraagd moeten worden met

een specifiek doel dat direct gekoppeld is aan een specifiek behandelplan voor de patiënt.



## 4 Dien medicatie niet intraveneus toe als er een geschikte orale optie is.

Er wordt vaak intraveneuze medicatie voorgeschreven voor patiënten terwijl er ook geschikte orale opties beschikbaar zijn met een vergelijkbare biologische beschikbaarheid. Bekende voorbeelden zijn antibiotica met een hoge biologische beschikbaarheid (bijv. fluoroquinolonen) en orale kaliumsuppletie (wat effectiever is dan intraveneuze suppletie). Verder is intraveneuze medicatietoediening vaak significant duurder, vermindert het de mobiliteit van de patiënt, verlengt het de duur van de ziekenhuisopname en verhoogt het de werklast van de apotheker en de verpleegkundige.

## 5 Vraag geen niet-urgente onderzoeken of procedures aan die het ontslag van ziekenhuispatiënten uitstellen.

Ontslag uit het ziekenhuis wordt vaak uitgesteld voor onderzoeken die het acute beleid niet gaan veranderen. Voorbeelden hiervan zijn biopten, beeldvorming om toevalsbevindingen in kaart te brengen, een intercollegiaal consult zonder urgentie, het wachten op resultaten van bloedonderzoek dat onderdeel is van niet-urgente diagnostiek of echocardiografie voor patiënten met mild hartfalen. Het uitstellen van het ontslag draagt bij aan de overbezetting van ziekenhuisbedden en het heeft een negatieve invloed op de efficiëntie van de zorg. Nog belangrijker is dat een langere opnameduur een risicofactor is voor het krijgen van ziekenhuisinfecties, diepveneuze trombose, decubitus, immobiliteit, ondervoeding en deconditionering. Overweeg

poliklinisch onderzoek als dat mogelijk is, mits de patiënt verzekerd is van een goede follow-up.

## 6 Vraag geen invasieve onderzoeken aan als minder invasieve opties mogelijk zijn én net zo effectief.

Maak een zorgvuldige overweging op basis van alle beschikbare mogelijkheden voor aanvullend onderzoek om te bepalen welke test het meest geschikt is en het minst invasief is voor de patiënt. Het is verstandig om de minst invasieve optie te overwegen met een vergelijkbare sensitiviteit en specificiteit in de klinische besluitvorming, om de potentiële schade voor de patiënt te minimaliseren. Neem bijvoorbeeld de diagnostiek van acute appendicitis bij kinderen, waarbij echografisch onderzoek overwogen zou moeten worden voordat er een CT-scan wordt gemaakt. Het voorkomt niet alleen stralingsbelasting en blootstelling aan contrastvloeistof, maar het is tevens aangetoond dat echografie gelijkwaardig is aan een CT-scan bij de diagnostiek en het bepalen van beleid bij een acute appendicitis, in het geval van verschillende klinische eindpunten, waaronder de tijd tot toediening van antibiotica, de tijd tot een appendectomie, het aantal negatieve appendectomieën, het aantal perforaties dat optreedt of de duur van de ziekenhuisopname. Een ander voorbeeld is het uitvoeren van een niet-invasieve ureumademtest in plaats van een invasieve endoscopie om succesvolle H. pylori-eradicatie aan te tonen. De sensitiviteit en specificiteit van de ureum ademtest zijn hoger in vergelijking tot andere diagnostische testen en het risico op schade voor de patiënt is minimaal in vergelijking met een endoscopie.