

Behandeling met anticoagulantia en voorlichting aan patiënten: een noodzaak

Bloedvaten Trombose. Volume 11, Number 9, 647-52, november 1999,
minirecensies

Auteur(s): Philippe de Moerloose, Bernard Boneu,

ITEM

Voor de meeste medicamenteuze behandelingen is de therapietrouw van de patiënt slecht: in

Gemiddeld volgt één op de twee patiënten de behandeling inderdaad niet goed [1]. De redenen zijn:

meerdere en kunnen in de loop van de tijd variëren. Het onderwijs dat aan de patiënt wordt gegeven, maakt het mogelijk therapietrouw verbeteren. Een deskundigengroep van de WHO heeft onlangs de

term "therapeutische patiënteneducatie" en definieerde het als een continu, geïntegreerd proces

zorg, waarbij de patiënt centraal staat, rekening houdend met zijn psychosociale kenmerken,

culturele en die van zijn ziekte [2]. Dit rapport benadrukt het feit dat onderwijs therapie moet formeel georganiseerd zijn in de verschillende zorgsectoren (poliklinisch en institutioneel) en dat deze opleiding, waaronder voorlichting, training en psychosociale ondersteuning, is gericht op patiënten en hun families.

Met betrekking tot antistolling, patiëntenvoorlichting, afgezien van die in sommige zeer gespecialiseerde centra, blijft fragmentarisch en vertrouwt hoofdzakelijk op een intuïtieve benadering en vrijwilliger. Steeds kortere ziekenhuisopnames, vooral gekoppeld aan het gebruik van

laagmoleculaire heparines in poliklinieken [3], evenals de ontwikkeling van tests van nabijheid die zelfcontrole mogelijk maakt [4] verplichten om het gegeven onderwijs te verbeteren. We zouden in dit artikel willen nadenken over de redenen voor het promoten van een dergelijke leer, de inhoud, de mensen die het best in staat zijn om het te leveren en de obstakels voor de uitvoering ervan. plaats en doe tot slot enkele aanbevelingen.

Waarom patiënteneducatie ?

De belangrijkste reden is dat een goed geïnformeerde patiënt zich eerder in de zone bevindt vooraf bepaalde effectieve antistolling en daardoor minder kans op complicaties hemorragisch en/of trombotisch. Een recente studie [5] vergeleek bijvoorbeeld de complicaties waargenomen bij patiënten gevolgd met de gebruikelijke zorg of als onderdeel van: van een trombosedienst, waar patiëntenvoorlichting centraal staat. Ten opzichte van gebruikelijke zorg, trombotische complicaties verminderd met 72% ($p < 0,05$) en ernstige bloedingscomplicaties bij 59% ($p < 0,05$) in de groep gevolgd in a antistollingskliniek. Deze aanpak maakte het mogelijk om een theoretische besparing te berekenen ongeveer 1.600 US dollar/jaar/patiënt. Er moet echter niet alleen rekening worden gehouden met verminderde complicaties en kosten. Patiënttevredenheid is inderdaad een ander essentieel element [1, 2, 4]. Een goed geïnformeerde patiënt zal zich beter aan zijn behandeling houden. De arts realiseert zich vaak niet dat wat hij denkt dat niet-naleving is, eigenlijk niet-naleving is. therapietrouw, en dit door een gebrek aan adequate informatie. Het is bijv aangetoond dat zogenaamde “niet-conforme” patiënten vooral werden gevonden onder degenen die wist niet waarom behandeling met orale antistollingsmiddelen was voorgeschreven [6].

Wat houdt een educatief programma in?

Een gestructureerd lesprogramma omvat een definitie van doelstellingen, a beschrijving van de inhoud, geschikte lesmethoden, evaluatie en documentatie van het gehele onderwijsproces regelmatig bijgewerkt.

Doelen definitie

Uit de analyse van de literatuur blijkt dat de doelstellingen zelden worden gedefinieerd [7]. Als ze dat zijn, is het meestal door de arts en/of andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, wat prima is, maar onvoldoende. Om de doelstellingen realistisch te laten zijn, moeten ze worden gedeeld door de zorgverleners en patiënten. Deze doelstellingen, waarbij de patiënt centraal staat, kunnen worden ontwikkeld door: samenwerking met verenigingen van mensen die antistollingsmiddelen gebruiken, zoals die in bepaalde landen.

Beschrijving van de inhoud

De belangrijkste hoofdstukken met betrekking tot de therapeutische opleiding van de patiënt met anticoagulantia zijn: vermeld in Tabel I. Met veel mogelijke varianten vinden we over het algemeen: heel gemakkelijk deze verschillende kopjes in interne documenten of in het notitieboekje van antistolling. Aan dit notitieboek moet speciale aandacht worden besteed, aangezien het een instrument is van buitengewone pedagogiek indien verstandig gebruikt. Het lijkt ons inderdaad bijzonder belangrijk dat zorgverleners de tijd nemen om het met patiënten door te nemen en dat ze bij ontoereikende controles de essentiële elementen herhalen en bespreken met patiënten en/of hun familie.

Aangepaste lesmethoden

Om de patiënt te informeren bestaan er verschillende middelen. De meest voorkomende zijn communicatie mondeling (lesgeven alleen en/of in een groep) en het indienen van schriftelijke stukken (meestal de antistollingsdossier). Er zijn ook audio- of videocassettes [8]. Meer recentelijk heeft lesgeven met behulp van computerprogramma's of via internet ontwikkeld. Al deze middelen zijn, als ze zijn ontwikkeld door competente en getrainde mensen, geldig en complementair.

Voor patiënten die hun eigen check-up willen doen, workshops praktijken worden georganiseerd.

Met betrekking tot geschreven materiaal is het vooral belangrijk dat het op een manier wordt gedaan

begrijpelijk voor de meeste mensen. Bedenk bijvoorbeeld dat een miljoen volwassenen in het VK een leesleeftijd hebben die lager is dan 9 jaar en niet in staat zijn: de wegcode begrijpen [9]. Het is ook aangetoond dat de schriftelijke instructies gegeven aan patiënten na een bezoek aan een afdeling spoedeisende hulp waren moeilijk te begrijpen voor bijna de helft van hen [10]. Met betrekking tot internet heeft een recente studie bleek dat het educatieve materiaal dat beschikbaar was op het web te moeilijk was om voor te lezen de meerderheid van de patiënten [11].

Evaluatie

Een gestructureerd curriculum moet een beoordeling van beide omvatten: leraren, het gegeven onderwijs en de studenten [2, 12]. Voor patiënten, contrôle van de INR is een belangrijk evaluatiemiddel [4-6, 13, 14]. Een goed gerichte INR echter niet betekent niet dat de patiënt zich gepast zal gedragen in een situatie gegeven (aspirine nemen,

uw tandarts informeren, enz.). Het zal daarom nodig zijn om te evalueren alleen de kennis, maar ook de knowhow en het gedrag. Een evaluatie periode is noodzakelijk en dit zal met name het geval zijn voor patiënten die hun INR onder controle hebben thuis en het aanpassen van hun eigen behandeling [15].

Het lijkt ons dat deze passage van Konrad Lorenz perfect het belang illustreert van: periodieke evaluatie: "Als ik iets zeg, betekent dat niet dat de patiënt echt geluisterd. Als hij luisterde, betekent dat niet dat hij het begreep. Als hij het begreep, betekent niet dat hij het ermee eens is. Als hij het ermee eens is, betekent dat niet dat hij zal doen wat ik zeg. Als hij doet wat ik zeg, dat betekent niet dat hij het zal blijven doen. »

Documentatie van het onderwijsproces geschreven en bijgewerkt

Het minst goed ontwikkelde onderdeel van educatieve programma's is de documentatie. In inderdaad, uit de literatuurstudie blijkt dat de documentatie bijna nooit is genoemd [7]. Dit geldt ook bij het opleiden van patiënten met ziekten chronisch, zoals diabetes [16]. Het is essentieel dat de processen lesmateriaal wordt geschreven en regelmatig bijgewerkt. Deze schrijffase maakt het mogelijk en educatieve strategie ontwikkelen en fouten corrigeren; het is essentieel voor de processen van certificeringen, accreditaties en tijdens audits. Er moet ook worden opgemerkt dat de patiënt is geleerd en sommigen pleiten ervoor dat de patiënt, door ondertekening bevestigt dat hij een opleiding heeft afgerond en klaar is om de aanbevelingen [17].

Wie moet het onderwijs geven?

Verschillende onderzoeken hebben het onderwijs van artsen, verpleegkundigen of apothekers [18, 19]. De resultaten zijn niet heel verschillend. In overeenkomst met de aanbevelingen van de English Society of Hematology [20], lijkt het ons belangrijk dat a arts coördineert het onderwijs, wat niet betekent dat hij zelf les moet geven van reguliere manier. De interdisciplinaire aanpak is essentieel en wordt uitgevoerd waarschijnlijk het meest effectief in antistollingsklinieken. Een structuur hiervan type brengt artsen, verpleegkundigen en specialisten in diëtetiek samen, farmacologie, laboratorium en gedrag (psychologie en pedagogiek). In deze man structuur kan het onderwijs worden ontwikkeld, gedocumenteerd en geëvalueerd. Zoals aangegeven door de tabel II, studies die de prestaties van normaal management daarmee vergelijken gespecialiseerde centra laten over het algemeen de superioriteit van de

laatste zien [5, 21-23]. Deze structuren zijn echter geen wondermiddel [9, 24] en het is belangrijk om te verifiëren regelmatig naar behoren functioneren.

Wat de structuur ook is, het is essentieel dat de docenten zelf hebben ontvangen training, goede wil niet genoeg [2]. Een getraind persoon vermijdt de valkuilen van een verticale overdracht van kennis. Om een lering effectief te laten zijn, is het inderdaad interactief moet zijn. Een goed opgeleide leraar zal essentiële informatie verstrekken, progressief en in staat om te worden geassimileerd. Het onderwijs wordt op een positieve en voorkomt onnodige angst en misplaatste angst voor dagelijkse activiteiten. De informatie zal specifiek zijn om acceptatie, verantwoordelijkheid en gedragsveranderingen als dat nodig is. Een cruciaal punt is om de patiënt zijn recht uit te leggen fouten maken en het is bijvoorbeeld een illusie om te denken dat een langdurig antistollingspatiënt zullen niet vergeten hun medicijn eenmaal per dag in te nemen.

Belemmeringen voor het implementeren van patiënteneducatie

Enkele van de belangrijkste obstakels die moeten worden overwonnen bij het opzetten van programma's educatief zijn samengevat in Tabel III.

Gebrek aan tijd

De meeste beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg hebben momenteel te weinig tijd om wijden aan patiënten. Naast de klinische activiteit zijn er de administratieve kosten, onderwijs en onderzoek. Het wordt in deze omstandigheden een illusie om de al overbelaste zorgprofessionals om de rest van hun energie te besteden aan onderwijs patiënten.

Gebrek aan geld

Sommige gezondheidswerkers willen graag onderwijsprogramma's opzetten, maar In een tijd van budgettaire beperkingen lijkt het misschien moeilijk om de autoriteiten te vragen financiële middelen om posten vrij te maken die bestemd zijn voor het onderwijzen van patiënten.

Gebrek aan steun en erkenning (ziekenhuizen, overheden)

Naast financiële hulp is er vaak een gebrek aan steun van verschillende autoriteiten die het opzetten van onderwijsprogramma's voor patiënten. Op academisch niveau wordt de tijd die aan onderwijs wordt besteed zeer weinig erkend en is in feite gedevalueerd in vergelijking met wetenschappelijke geschriften. Met betrekking tot de bevoegdheden publiek, de tijd die aan patiënten wordt gegeven om hen te leren omgaan met hun toestand en hun behandeling wordt in veel landen niet als een zorghandeling beschouwd en is daarom ook niet: genummerd.

Gebrek aan gekwalificeerde leraren

Om patiëntenvoorlichting passend te maken en de inspanning in de loop van de tijd vol te houden, is het noodzakelijk: dat dit onderwijs wordt toevertrouwd aan zorgverleners die in deze taak zijn opgeleid [2, 25]. Maar er is een ernstig gebrek aan gekwalificeerde mensen. Gelukkig beginnen bepaalde structuren te in place en de Universiteit van Genève (in samenwerking met de WHO en de universiteiten van Parijs en Brussel) heeft bijvoorbeeld onlangs een “permanente opleidingsdiploma” in het leven geroepen therapie van de patiënt. Dit postdoctorale programma bestaat uit negen modules van 5 dagen gespreid over 2 jaar, gevolgd door een 3e jaar onderzoeksactie begeleid in het veld.

Medische opleiding en cultuur

Tot voor kort was de opleiding van artsen die ze tijdens hun studie of in het ziekenhuis hadden opgedaan: voornamelijk bedoeld om acute situaties en kleine chronische aandoeningen te beheersen, die vertegenwoordigen niettemin de meerderheid van de consultaties in de geneeskunde voor volwassenen [26]. In deze context ontbrak het concept van patiëntenvoorlichting praktisch niet, wat verklaart in deels waarom artsen zich weinig bewust zijn van dit aspect van de geneeskunde. Deze begint te veranderen en er zijn afdelingen voor voorlichting over chronische ziekten ontstaan in sommige universitaire structuren.

Zoals elke zorgtechniek vereist therapeutische communicatie leren. Om toegang te krijgen tot deze therapeutische werkzaamheid, moeten zorgverleners hebben verworven specifieke psychologische en pedagogische vaardigheden. Een arts die hierin is opgeleid aanpak beter in staat zal zijn om te begrijpen dat, afhankelijk van de omstandigheden en de patiënten, de rol ervan zal deels worden aangepast. Hij zal niet langer optreden als een arts die kennis bezit, maar als partner van een persoon met wie hij zijn kennis, zijn grenzen en de foutafhandeling [26]

Aanbevelingen voor een therapeutisch voorlichtingsprogramma voor antistollingspatiënten

Tabel IV bevat enkele aanbevelingen voor degenen die dat willen: het opzetten van een voorlichtingsprogramma voor antistollingspatiënten. We hebben al ontwikkeld in de voorgaande paragrafen de meeste van deze punten. Wat betreft punt 4 (gebruik maken van bestaande vaardigheden) zijn er vaak al lokale onderwijsprogramma's voor bepaalde aandoeningen (diabetes, astma, enz.). De benadering van de patiënt met anticoagulantia is niet hetzelfde, maar de ervaring van andere zorgverleners reeds betrokken bij therapeutische patiënteneducatie is waardevol. Wat we niet kunnen vinden op lokaal niveau bestaat op een ander niveau (regionaal, nationaal of internationaal) en in plaats van "het wiel opnieuw uit te vinden", zal het nodig zijn om contact op te nemen met deze structuren. Bovendien is de instelling gemeenschappelijke problemen zullen het mogelijk maken om uitwisselingen te overwegen, niveaus vast te stellen en competentiecentra en indien nodig, samen te groeperen met als doel te lobbyen voor adequate onderwijsstructuren te organiseren.

GEVOLGTREKKING

Het concept van therapie moet worden herzien, aangezien het niet langer beperkt is tot het voorschrijven en follow-up van de behandeling, maar omvat nu ook opleiding van patiënten in behandelingsbeheer. Het wordt daarom steeds belangrijker dat artsen samen met andere zorgprofessionals gezondheid, zijn betrokken bij de opleiding van antistollingspatiënten. Deze leer zou moeten zijn erkend omdat de voordelen ervan zijn bewezen in termen van volksgezondheid. Gespecialiseerde structuren moeten toenemen, vooral in een tijd waarin een aantal patiënten beginnen hun eigen monitoring te doen en hun behandeling zelf aan te passen.