

# Richtlijnen Implementatie antistollingszorg

## VEEL DRAAGVLAK, MAAR NOG GEEN STAANDE PRAKTIJK

Antistollingsmiddelen ("bloedverduunners") zijn geneesmiddelen die de stolling van het bloed verminderen of vertragen en zijn één van de meest gebruikte medicijnen voor hart- en vaatziekten en trombose. Aan het gebruik van antistollingsmiddelen zijn risico's verbonden, omdat het gebruik ervan een verhoging van het bloedingsrisico met zich meebrengt, terwijl er bij een onvoldoende stollingsniveau of het tijdelijk onderbreken van de behandeling juist een verhoogd risico ontstaat op trombose. Een groot deel van de potentieel vermijdbare medicatieschade in ziekenhuizen is toe te schrijven aan antistollingsmedicatie. Het NIVEL voerde onderzoek uit naar de implementatie van drie richtlijnen, ontwikkeld om de antistollingszorg te verbeteren.

### N. Damen

**B**ij de behandeling van patiënten die antistollingsmiddelen gebruiken zijn verschillende zorgverleners betrokken, waaronder medisch specialisten, huisarts, apotheker en de trombosedienst. Samenhang binnen deze keten is essentieel maar complex, en een potentiële bron van fouten. Daarnaast zijn er sinds 2009 nieuwe antistollingsmiddelen op de markt, wat de antistollingszorg nog complexer heeft gemaakt. Hierdoor ontstond de behoefte de organisatiestructuur rondom antistolling aan te passen en werden drie richtlijnen ontwikkeld: de "Landelijke Standaard Keten zorg Antistolling (LSKA)" (LSKA 1.0), de "Leidraad begeleide introductie nieuwe orale antistollingsmiddelen" (Leidraad) en de LSKA 2.0 (Box 1).

### Onderzoek naar implementatie

De LSKA 2.0 is de meest recente richtlijn gericht op het verbeteren van de antistollingszorg. Het is niet bekend in hoeverre de aanbevelingen uit de eerdere richtlijnen geïmplementeerd zijn, hoe de partijen betrokken bij antistollingszorg tegen deze nieuwe richtlijn aankijken en aan welke

randvoorwaarden voldaan moet worden om tot implementatie te komen. Het NIVEL voerde eind 2014/begin 2015 onderzoek uit naar de mate waarin de LSKA 1.0 en de Leidraad geïmplementeerd zijn en welke acties nodig zijn om tot implementatie van de aanbevelingen uit de LSKA 2.0 te komen. Om de perspectieven op implementatie van de LSKA 1.0, LSKA 2.0 en Leidraad in kaart te brengen, werden in het onderzoek 9 face-to-face en 46 telefonische interviews afgenomen bij vertegenwoordigers van landelijke brancheorganisaties en regionale partijen betrokken bij antistollingszorg.

### Casemanagement Antistolling

De aanbevelingen uit de LSKA 1.0 lijken grotendeels geïmplementeerd. Binnen de eerste lijn zijn trombosediensten bezig om het casemanagement antistolling vorm te geven. Zij geven aan al jaren als casemanagement voor VKA-patiënten te fungeren, ook al wordt het niet overal als zodanig benoemd. Ziekenhuizen zijn initiatieven gestart om het casemanagement antistolling in de tweede lijn vorm te geven. Zij hebben bijvoorbeeld een antistollingscommissie opgericht, een specifieke casemanager ingesteld en/of een stollingspoli ingericht. Wat opvalt is dat elke trombosedienst of ziekenhuis het casemanagement antistolling op zijn eigen manier inricht, al naar gelang de grootte en structuur van de organisatie, beschikbare mensen en middelen en bereidheid van medewerkers. In sommige ziekenhuizen komt de implementatie niet van de grond. Er bestaan geen declaratie mogelijkheden voor de activiteiten die het casemanagement antistolling vereist. Dit vormt voor sommige ziekenhuizen een knelpunt voor implementatie, aldus de geïnterviewden.

*"Ik denk na over hoe ik het casemanagement binnen het ziekenhuis kan bewerkstelligen. Dit is nodig, want ik heb nu het gevoel dat iedereen*

*maar wat doet als het om antistolling gaat. Het is wel lastig, want je zit met vragen als ‘wie moet de verantwoordelijkheid nemen, wie moet er tijd in steken er waarvan moeten we het betalen?’* Medisch Specialist

### Zorg voor NOAC-patiënten

Binnen de meeste ziekenhuizen zijn de aanbevelingen uit de Leidraad geïmplementeerd en is de richtlijn als uitgangspunt gebruikt om afspraken over NOAC's te maken, en deze vast te leggen in specifieke NOAC-protocollen. Op termijn ziet men een rol voor de eerste lijn weggelegd voor de begeleiding van NOAC-patiënten. Sommigen zien hierin een rol voor de huisarts, terwijl anderen van mening zijn dat vooral trombosediensten deze rol kunnen vervullen, omdat hun organisatiestructuur hier al op ingericht is.

*“De tweede lijn dient enkel bij gecompliceerde, specialistische situaties geconsulteerd te worden, terwijl de eerste lijn zorg kan dragen voor de overige aspecten van de NOAC-begeleiding.”* Medisch Specialist

Aanpassingen in de financieringsstructuur en opleiding zijn volgens de geïnterviewden nodig om optimale zorg voor NOAC-patiënten, met ondersteuning door onder andere gespecialiseerde verpleegkundigen en de eerste lijn, te realiseren.

### Regiotafel

De LSKA 2.0 beveelt de implementatie van structurele transmurale samenwerkingsverbanden aan. De meeste geïnterviewden achten deze verbanden noodzakelijk om duidelijke afspraken te kunnen maken over wie waarvoor binnen de keten verantwoordelijk is. Enkele geïnterviewden zien de meerwaarde hiervan niet in, omdat zij tevreden zijn over de huidige samenwerkingsverbanden.

De mate waarin structurele transmurale samenwerkingsverbanden gerealiseerd zijn, verschilt per regio. In een groot aantal regio's hebben trombosediensten een regiotafel antistolling opgericht, waarbinnen eerste- en tweedelijnsketenpartners vertegenwoordigd zijn. Binnen een regiotafel staat transmurale afstemming van het antistollingsbeleid op lokaal en regionaal niveau centraal. De ervaringen met de regiotafels zijn wisselend en variëren van goed werkend tot lastig om alle ketenpartners bij elkaar aan tafel te krijgen.

*“Het succes van dergelijke initiatieven hangt af van enthousiaste vertegenwoordigers, die extra*



Buisjes met bloed.

*taken op zich willen nemen. Deze vertegenwoordigers moeten daarnaast samen komen, wat praktisch vaak lastig te realiseren is.”* Huisarts

*“De opkomst bij de regiotafel is goed. We hebben geleerd dat het onderwerpen moeten zijn waar iedereen zich in kan vinden. Als je stukken hebt waarbij bijvoorbeeld de huisartsen achterover gaan leunen, dan moet je die apart bespreken. Iedereen doet het buiten werktijd, men komt er extra voor, dus dan moet het ook nuttig zijn. [...] Je moet elkaar echter wel weten te vinden door de gehele keten heen. Het gaat erom dat de afspraken duidelijk zijn en dat je weet wat je van elkaar kunt verwachten.”*

Trombosedienst medewerker

Deelname aan de regiotafel met mandaat vanuit de achterliggende beroepsgroep, kan de opkomst en betrokkenheid van de ketenpartners bevorderen en de communicatie van afspraken naar de achterban verbeteren.

*“Wanneer slechts één huisarts uit de regio zich aansluit bij een regiotafel, terwijl er 160 huisartsen in de regio zijn, is het lastig om hen allemaal te bereiken met de gemaakte afspraken. Verspreiding via een beroepsvereniging helpt hierbij.”* Huisarts

Er zijn ook regio's waar geen officiële regiotafel bestaat. Overleggen over het antistollingsbeleid vinden in deze, vaak kleinere, regio's bilateraal plaats of binnen een bestaande overleg- of ketenstructuur. Niet alle ketenpartners worden betrokken bij deze overleggen, waardoor de transmurale afstemming suboptimaal verloopt. Ondersteuning, coördinatie en een koppeling

van ICT-systemen zijn volgens de geïnterviewden nodig om structurele transmurale samenwerkingsverbanden, zoals een regiotafel, op te kunnen zetten en te behouden.

### Antistollingscentra en Expertisecentra

De LSKA 2.0 beveelt vervolgens aan om structurele transmurale samenwerkingsverbanden op te schalen naar regionale antistollingscentra en expertisecentra. Deze centra dienen gebaseerd te zijn op geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen trombosediensten en ziekenhuizen. In Figuur 1 is dit schematisch weergegeven.

Slechts in één regio in Nederland zijn een regionaal antistollingscentrum en een expertisecentrum formeel opgericht. De concrete invulling van de centra wordt in de komende maanden bepaald. Dat deze regio erin is geslaagd de centra op te richten, hangt volgens betrokkenen vooral samen met het feit dat de regio beschikt over enthousiaste kartrekkers en een procesbegeleider die de implementatie ondersteunt. In de overige regio's komt de implementatie van deze aanbeveling niet van de grond. Enkele geïnterviewden twijfelen aan de toegevoegde waarde van regionale antistollingscentra en expertisecentra, bovenop transmurale samenwerkingsverbanden. In de meeste regio's is de wil er wel en wordt de meerwaarde van de centra ingezien, maar ontbreekt het aan mensen en middelen om ermee aan de slag te gaan.

*“Speciale centra waarbinnen de gehele antistollingszorg samenkomt, lijken ons zeker van belang, maar de tijd en financiering om het bij*

*ons in de regio op te richten ontbreekt. Nu moet het allemaal tussendoor of erbij en niemand kan er dus echt veel tijd in steken. Daarom duurt het zo lang om iets voor elkaar te krijgen.”* Trombosedienst medewerker

Daarnaast zijn veel regio's nog bezig met het realiseren van structurele transmurale samenwerkingsverbanden, zoals een regiotafel, waardoor het opzetten van de centra een stap te ver is.

*“Het is bij ons in de regio nog lang niet zover dat dergelijke centra geopend zou kunnen worden. We hebben pas sinds enkele maanden een regiotafel. We willen eerst kijken of de afspraken die daar gemaakt worden een meerwaarde hebben, voordat we na gaan denken over vervolgstappen. Mochten deze afspraken werken, kan vanuit daar gekeken worden naar de knelpunten en kunnen deze opgelost worden. Vervolgens kan dit eventueel omgetoverd worden tot iets grootschaligs.”* Trombosedienst medewerker

Wanneer gevraagd wordt naar ideeën over de toekomstige vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra, lijkt niet één aanpak of model de juiste omdat regio's van elkaar verschillen. Elke regio zou hier een bij de eigen situatie passende invulling aan willen geven. De geïnterviewden zijn het erover eens dat de indeling in regio's bij voorkeur gebaseerd moet worden op natuurlijke, bestaande samenwerkingsverbanden. Verder zijn zij van mening dat naast ziekenhuizen en trombosediensten, ook de overige ketenpartners (inclusief patiënten) bij de opzet van de centra betrokken dienen te worden.

Ondersteuning en coördinatie, bijvoorbeeld in de vorm van procesbegeleiding, worden als belangrijke randvoorwaarden voor implementatie gezien. Hier is financiering voor nodig. Daarnaast is het van belang om het bewustzijn van de noodzaak van implementatie te vergroten en ICT-systemen van de ketenpartners aan elkaar te koppelen, zodat een keteninformatiesysteem ontstaat.

### Kosten en implementatie

De geschatte kosten voor implementatie van een regionale infrastructuur voor antistolling, inclusief de vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra (zoals aanbevolen in de LSKA 2.0), omvatten investeringskosten en structurele kosten. De investeringskosten betreffen implementatiebegeleiding, waarbij per regio een procesbegeleider aangesteld kan worden. Daarnaast kan een landelijke procesbegeleider aangesteld

| Richtlijn                     | Inhoud                                                                                                                                                               | Centrale aanbeveling(en)                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LSKA 1.0<br/>nov 2012</b>  | Gericht op de organisatie van de antistollingszorg op <i>lokaal</i> niveau<br><br>Focus op traditionele antistollingsmiddelen (Vitamine K-antagonisten, ofwel VKA's) | Aanwezigheid van een "casemanagement antistolling" binnen zowel de eerste als de tweede lijn, die de centrale regie voert in de zorg rondom antistolling.                                                                                                           |
| <b>Leidraad<br/>nov 2012</b>  | Adviezen over de geleidelijke en veilige introductie van nieuwe orale antistollingsmiddelen (NOAC's)                                                                 | Aanwezigheid van NOAC-protocollen in zowel de eerste als tweede lijn<br><br>De centrale regie voor de behandeling en begeleiding van NOAC-patiënten dient bij de voorschrijver/ hoofdbehandelaar in de tweede lijn te liggen                                        |
| <b>LSKA 2.0<br/>juni 2014</b> | Gericht op de organisatie van de antistollingszorg op <i>regionaal</i> niveau<br><br>Focus op alle typen antistollingsmiddelen, waaronder VKA's en NOAC's            | Realiseren van regionale samenwerkingsverbanden met betrekking tot antistollingszorg (bijvoorbeeld regiotafel)<br><br>Vormgeving van Regionale antistollingscentra en Expertisecentra, waarbinnen de totale ketenzorg rondom antistolling bij elkaar gebracht wordt |

Box 1. Overzicht richtlijnen en bijbehorende aanbevelingen

worden voor het organiseren van regio-overstijgende bijeenkomsten, waar ervaringen uitgewisseld worden. De implementatie kan tot kostenbesparing leiden door het verminderen van het aantal complicaties en vermijdbare fouten in de antistollingszorg. Structurele kosten hebben betrekking op aanpassingen in de financieringsstructuur voor antistolling, wat declaratie van coördinatie activiteiten mogelijk maakt. Wanneer aan deze randvoorwaarden voldaan wordt, schatten de geïnterviewden in dat binnen een jaar de kaders voor implementatie van een regionale infrastructuur rond kunnen zijn, waarna binnen 2-3 jaar de regionale antistollingscentra en expertisecentra in werking gesteld kunnen worden. Het stellen van deadlines voor (onderdelen van) implementatie en controle hierop kan de implementatie bevorderen.

### Aanbevelingen voor het veld

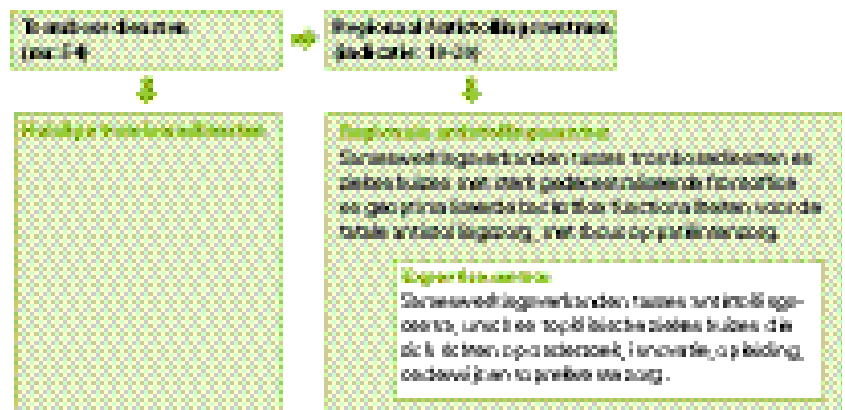
Concluderend lijken de aanbevelingen uit de LSKA 1.0 en de Leidraad grotendeels geïmplementeerd. Om tot succesvolle implementatie van de aanvullende aanbevelingen uit de LSKA 2.0 te komen, worden in het onderzoek een aantal aanbevelingen gegeven.

Aanbevelingen voor de Landelijke Stuurgroep Keten Antistollingsbehandeling (ontwikkelaars LSKA 2.0):

- Er wordt aanbevolen dat de Landelijke Stuurgroep werkt aan het vergroten van het bewustzijn van de meerwaarde van implementatie bij de betrokken partijen. Gezamenlijk kunnen zij tot concrete vervolgstappen komen.
- Er wordt aanbevolen dat de Landelijke Stuurgroep probeert middelen te verkrijgen voor ondersteuning van de implementatie in de regio's en op landelijk niveau.
- Er wordt aanbevolen dat de Landelijke Stuurgroep met overkoepelende partijen in gesprek gaat over de mogelijkheden voor het aanpassen van de financieringsstructuur, die declaratie van coördinatie activiteiten mogelijk maakt.

### Aanbevelingen op transmuraal niveau:

- Er wordt aanbevolen dat binnen elke regio transmurale samenwerkingsverbanden opgericht worden, zoals een regiotafel. Binnen deze samenwerkingsverbanden dienen de ketenpartners betrokken bij antistollingszorg uit de eerste en tweede lijn vertegenwoordigd te worden, met mandaat vanuit de achterliggende beroepsgroep.
- Binnen de transmurale samenwerkingsverbanden staat afstemming van het antistollingsbeleid op lokaal/regionaal niveau centraal, voor alle verschillende typen antistollingsmiddelen (VKA, NOAC, TAR).



Figuur 1. Schematische weergave vormgeving regionale antistollingscentra en expertisecentra

Bron: visiedocument "Toekomstscenario Antistollingszorg", Federatie Nederlandse Trombosedienssen 2013

traal, voor alle verschillende typen antistollingsmiddelen (VKA, NOAC, TAR).

- Aanbevolen wordt om de ICT-systemen van de ketenpartners aan elkaar te koppelen. Doseersystemen van trombosedienssen kunnen hiertoe gekoppeld worden aan ziekenhuissystemen en de systemen van de overige ketenpartners, zoals huisartsensystemen.

### Samen op weg

Hoewel de LSKA 2.0 nog niet lang geleden is verschenen en de implementatie in de kinderschoenen staat, lijkt het draagvlak voor deze nieuwe richtlijn groot. Het uitbrengen van een richtlijn biedt echter geen garantie voor implementatie; hiervoor zijn een hoge mate van bewustzijn, procesondersteuning en een concreet actieplan nodig. Het is essentieel dat in de komende jaren binnen de gehele keten antistolling aandacht besteed wordt aan implementatie van de richtlijn. Betrokken zorgverleners en instanties dienen met elkaar in gesprek te gaan om gezamenlijk vervolgstappen te bedenken. Het wiel steeds opnieuw uitvinden is hierbij niet zinvol. Juist het delen van goede voorbeelden ("best practices") en succeservaringen kan de implementatie op gang brengen en in een stroomversnelling doen belanden. Wanneer best practices voorhanden zijn, kunnen regio's de - bij de eigen situatie passende - invulling van de implementatie hierop baseren.

### Informatie over de auteurs

**Dr. N.L.M. Damen** is postdoctoraal onderzoeker aan het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.