

Antistolling gaat iedere arts aan

# ‘Een sterk netwerk is bittere noodzaak’

Een zorgketen is zo sterk als de zwakste schakel. Daarom zette internist Margriet Piersma, directeur van de Groningse trombosedienst Certe, in op een stevig verankerd en goed geolied netwerk. Alle partijen in de regio gingen met elkaar om de tafel. ‘Veilige netwerkzorg begint met een veilig zorgnetwerk.’

‘E lke arts heeft te maken met de antistollingszorgketen’, vertelt internist Margriet Piersma in haar kantoor. ‘In de eerste lijn krijgen de huisarts, specialist ouderenzorg, apotheker en tandarts te maken met patiënten die anticoagulantia gebruiken. In de tweede en derde lijn kun je denken aan specialisten als de cardioloog, neuroloog of internist die antistollingsmiddelen voorschrijven. Aan de andere kant zitten de snijdende specialismen, zoals de chirurg en de dermatoloog. Of specialisten die andere invasieve ingrepen doen, zoals MDL-artsen of longartsen. Zij zien zich geconfronteerd met patiënten die volgens de richtlijnen anticoagulantia moeten blijven gebruiken en zij moeten het risico om te stoppen met antistolling afwegen tegen de kans op bloedingen tijdens de ingreep. En dan gaan patiënten ook nog van de eerste naar de tweede of derde lijn of bezoeken ze daarnaast een andere specialist – denk aan de psychiater – waar ze eveneens medicijnen van voorgeschreven krijgen. Kortom: er zijn ontzettend veel ketenpartners en de keten is zo sterk als de zwakste schakel.’

## Driedubbel risico

In 2008 verschijnt het *HARM-WRESTLING*-rapport over medicatieveiligheid, geschreven in opdracht van VWS. Een belangrijke conclusie luidt dat ziekenhuisopnames en ernstige bijwerkingen door anticoagulantia veelal vermijdbaar zijn. Piersma: ‘Die bevindingen herkende ik uit de praktijk, zowel die van het UMCG waar ik één dag per week als internist werk, als vanuit mijn functie als directeur van de trombosedienst. Bij antistolling heb je te maken met een driedubbel risico. Ten eerste brengen anticoagulantia altijd een risico op bloedingen met zich mee. Daarnaast kent deze patiëntengroep ►



Internist Margriet Piersma:

‘Vooral tijdens overdrachtsmomenten gaat het mis’



*‘Veel van deze problematiek is op te lossen als iedereen zijn verantwoordelijkheid neemt’*

een hoger risicoprofiel: het zijn vaak mensen met een hoge leeftijd, polyfarmacie, multimorbiditeit en verminderde cognitie. Tot slot brengt de situatie waarin deze patiënten verkeren – zeker met de tendens dat ouderen langer zelfstandig en alleen wonen – een hoger risico op therapieontrouw met zich mee.’

Vooraf tijdens overdrachtsmomenten gaat het nog weleens mis, vertelt de internist. ‘Een voorbeeld: een patiënt komt in het ziekenhuis met een longembolie en heeft kort daarvoor een herseninfarct gehad. Voor dat laatste heeft de neuroloog een trombocytenuitremmer voorgeschreven. Nu krijgt de patiënt van de longarts heparine en een vitamine K-antagonist (VKA). Eenmaal thuis heeft hij na enkele dagen bloed in de urine. De patiënt meldt zich bij de huisarts. Die denkt aan een urineweginfectie of blaasproblemen, en stuurt

de patiënt door naar de uroloog. Die vindt geen afwijkingen, maar ondertussen ontwikkelt de patiënt een ernstige bloeding elders. Het werkelijke probleem zit natuurlijk in de meerdere antistollingsmedicijnen en het gebrek aan overleg en afstemming tussen de ketenpartners.’

#### **Sneeuwbaaleffect**

Een sneeuwbaaleffect ontstaat wanneer een van de ketenpartners vergeet zijn beleidsbeslissingen door te geven. ‘Neem bijvoorbeeld een patiënt die een heupoperatie ondergaat en tromboseprofylaxe krijgt. Maar in de keten van orthopedisch chirurg, verpleegkundige, apotheek en de huisarts wordt het stop-startmoment niet onderling afgestemd. Met alle gevolgen van dien. De patiënt krijgt na de operatie een trombosebeen, moet therapeutisch geantistold

worden maar ontwikkelt desondanks een ingrijpende complicatie: een nierbloeding die hem zijn nier kost.'

Artsen moeten vaak laveren tussen voor- en nadelen van antistolling. Piersma: 'Nog een voorbeeld: iemand krijgt voor boezemfibrilleren een VKA of NOAC (Nieuwe Orale Anti Coagulantia, red.) en daarnaast een trombocytenuitremmer om de stent van de kransslagader open te houden. Je hebt beide nodig, maar er ontstaat ook een hogere kans op een bloeding. In de keten moet je op al dit soort zaken alert zijn.'

### Bittere noodzaak

Als een van de aanbevelingen noemt het HARM-rapport dat de trombosediensten meer als spin in het web moeten fungeren. 'Antistolling gaat mij aan het hart. Dus toen het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) pilotregio's zocht om trombosediensten hierin te ondersteunen, heb ik die kans met beide handen gegrepen. Het was ook bittere noodzaak: veel van deze problematiek is op te lossen als iedereen zijn verantwoordelijkheid neemt om een schakel te zijn in de keten.'

Vanuit die gedachte startte in 2009 de 'regiotafel', met vertegenwoordigers vanuit de belangrijkste betrokken beroepsgroepen uit de eerste en tweede lijn, waaronder huisartsen, chirurgen, anesthesisten, cardiologen, tandartsen en apothekers. Het doel: een eenduidige werkwijze afspreken en de kwaliteit van de antistollingszorg bevorderen. 'Om draagvlak te creëren, heeft de projectleider vanuit het IVM eerst ieders wensen geïnventariseerd en op basis daarvan een uitgangsnoot geschreven', vertelt Piersma. Ook hielp het om mensen te benaderen die al enthousiast waren over het idee.

'Dit soort netwerken opzetten is liefdewerk oud papier: er is geen tijd en geen geld voor. Je moet het hebben van de mensen die al inzien dat het anders moet, daar iets voor willen doen en collega's willen motiveren.'

### Wind mee

Gelijktijdig geven andere ontwikkelingen de regiotafel ook de wind in de zeilen. Zo verschijnt in 2010 het kritische rapport *Keten trombosezorg niet sluitend* van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), publiceert het NHG in 2011 de standaard rondom de antistollingsbehandeling, het jaar daarop gevolgd door de *Leidraad begeleidde introductie NOAC's*, in 2014 de herziening van de *Landelijke Standaard Keten Antistollingsbehandeling* (LSKA 2.0) en tot slot in 2016 de herziene multidisciplinaire richtlijn *Antitrombotisch beleid*. Piersma: 'De afgelopen acht jaar hebben we veel weten te bereiken. Naast de uitvoering van de LSKA hebben we lokale protocollen ontwikkeld voor onder meer perioperatief antistollingsbeleid, de medicatieoverdracht bij de apotheek en het veilig introduceren van nieuwe antistollingsmiddelen.'



Diverse wetenschappelijke verenigingen hebben met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten een belangrijke rol gespeeld bij totstandkoming van de *Landelijke Standaard Keten Antistollingsbehandeling* (LSKA).

De Federatie stimuleert en ondersteunt netwerkwijk daar waar mogelijk. Netwerkgeneeskunde is een van de vier pijlers van de visie Medisch Specialist 2025: [www.demedischspecialist.nl/ms2025](http://www.demedischspecialist.nl/ms2025).

Ondanks al die aandacht is antistolling anno 2017 nog steeds niet bij elke arts en ziekenhuis een vanzelfsprekendheid. Hoe kan dat? Piersma: 'Jarenlang deden de trombosediensten de uitvoering van de antistollingszorg, zoals de controles en de afstemming tussen zorgverleners. Met de intrede van de NOAC's enkele jaren geleden is dat veranderd: controles zijn hierbij niet meer nodig. Daardoor ziet de trombosedienst niet meer automatisch elke patiënt. Dit vraagt een bewustwordingsproces: artsen moeten rekening houden met antistollingsmiddelen, hun voorgenomen beleid afstemmen in de keten en overleggen als het een riskante situatie oplevert, bijvoorbeeld bij interactie met andere medicatie. Veilige netwerkwijk begint met een veilig zorgnetwerk. Het gaat niet alleen om de keten te borgen, maar ook om kennis over te dragen binnen het netwerk.'

### Onderwijs en voorlichting

Voor de noordelijke provincies heeft de Groningse trombosedienst die regierol inmiddels op zich genomen, samen met de afdeling Hematologie van het UMCG. Dit heeft in oktober 2016 geleid tot de oprichting van een transmuraal trombose-expertisecentrum voor Noord-Nederland. 'Zo helpen we nu andere ziekenhuizen in de regio met het ontwikkelen en verwerken van lokale protocollen. Daarnaast denken we mee over hoe substitutie van trombosezorg mogelijk is en proberen we transmuraal wetenschappelijk onderzoek te stimuleren. Verder zijn we 24 uur per dag bereikbaar voor advies bij complexe casuïstiek en geven we onderwijs aan verschillende zorgprofessionals over wanneer en hoe je moet acteren.'

Met het oog op de toekomst ziet Margriet Piersma nog wel wat uitdagingen om de keten écht sluitend te krijgen. 'Patiënten maken geen deel uit van het netwerk, hoewel zij een steeds belangrijker schakel van de keten vormen. Denk bijvoorbeeld aan de groeiende groep oudere patiënten die langer thuis woont en geacht wordt zelfstandig hun medicatie te nemen.

Door het wegvallen van de controle van de trombosediensten is er niet standaard meer een oplettend oog op belangrijke issues als therapietrouw of combinaties met andere medicatie. Dat kan fatale gevolgen hebben. Behalve scholing aan professionals is dus ook voorlichting aan patiënten een factor van levensbelang.' ●