



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.  
De gegevens mogen worden gebruikt met  
bronvermelding.

## **Implementatie Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling 2.0: stand van zaken**

N. Damen  
P. Damen  
L. van Dijk  
D. de Bakker  
C. Wagner

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

ISBN 978-94-6122-301-2

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding en doelstelling</b>	<b>9</b>
<b>2 Opzet van het onderzoek</b>	<b>13</b>
2.1 Face-to-face en telefonische interviews	13
2.2 Aanbevelingen LSKA 1.0, Leidraad en LSKA 2.0	14
2.3 Opzet en inhoud interviews	15
2.4 Analyses	15
2.5 Beperkingen van dit onderzoek	16
<b>3 Implementatie Landelijke Standaard Keten­zorg Antistolling 1.0</b>	<b>17</b>
3.1 Bekendheid met de LSKA 1.0	17
3.2 Meerwaarde	17
3.3 Casemanagement antistolling in de eerste lijn: trombosedienst	17
3.4 Casemanagement antistolling in de tweede lijn: ziekenhuis	18
3.5 Samenwerking casemanagement antistolling eerste en tweede lijn	21
3.6 Randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie	22
3.7 Conclusie	24
<b>4 Implementatie Leidraad voor begeleide introductie van NOAC's</b>	<b>25</b>
4.1 Bekendheid met de richtlijn	25
4.2 Meerwaarde	25
4.3 NOAC-protocollen	25
4.4 Centrale regie voor NOAC-patiënten	26
4.5 Randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie	30
4.6 Conclusie	31
<b>5 Implementatie Landelijke Standaard Keten­zorg Antistolling 2.0: Structurele transmurale samenwerkingsverbanden</b>	<b>32</b>
5.1 Bekendheid met de richtlijn	32
5.2 Meerwaarde	32
5.3 Structurele transmurale samenwerkingsverbanden	33
5.3.1 Regiotafel antistolling	33
5.3.2 Overige transmurale initiatieven	35
5.4 Randvoorwaarden en knelpunten met betrekking implementatie	37
5.5 Conclusie	40

<b>6 Implementatie Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling 2.0: Regionale antistollingscentra en Expertisecentra</b>	<b>41</b>
6.1 Bekendheid met de richtlijn	41
6.2 Meerwaarde	41
6.3 Regionale antistollingscentra en expertisecentra	42
6.3.1 <i>Stand van zaken</i>	42
6.3.2 <i>Toekomstige vormgeving regionale antistollingscentra en expertisecentra: twee modellen</i>	44
6.4 Randvoorwaarden voor toekomstige implementatie	49
6.5 Conclusie	52
<b>7 Geschatte kosten en mogelijke realisatiedatum voor implementatie</b>	<b>54</b>
7.1 Geschatte kosten van implementatie	54
7.1.1 <i>Investeringskosten</i>	54
7.1.2 <i>Structurele kosten</i>	55
7.1.3 <i>Kostenbesparing door implementatie</i>	55
7.2 Mogelijke realisatiedatum voor implementatie	56
7.2.1 <i>Realisatie op korte termijn</i>	56
7.2.2 <i>Realisatie op de langere termijn</i>	56
7.3 Conclusie	57
<b>8 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>58</b>
8.1 Conclusies	58
8.2 Aanbevelingen	61
8.3 Stappenplan voor implementatie	63
<b>Referenties</b>	<b>64</b>
<b>Bijlage A. Topic list interviews</b>	<b>65</b>
<b>Bijlage B. Afkortingen en begrippen</b>	<b>67</b>

## Samenvatting

### Aanleiding

Antistollingsmiddelen 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 (recidief) trombose. Uit eerder landelijk dossieronderzoek bleek dat een aanzienlijk deel van de potentieel *vermijdbare* medicatieschade in ziekenhuizen toe te schrijven is aan antistollingsmedicatie.

De complexiteit van de antistollingszorg wordt in sterke mate bepaald door het feit dat er bij de behandeling van een patiënt vaak verschillende disciplines betrokken zijn: de huisarts, één of meerdere medisch specialisten, apotheker, tandarts en, bij gebruik van vitamine K-antagonisten (VKA's), de trombosedienst. Samenhang en afstemming in deze keten is een essentieel maar lastig onderdeel van antistollingszorg, en een potentiële bron van fouten. Recente ontwikkelingen binnen de antistollingszorg, waaronder de introductie van de non-VKA orale anticoagulantia (NOAC's) en een nieuwe generatie trombocytenuitstroomremmers (TAR's, bloedplaatjesremmers) alsmede het stijgende aantal ouderen met multimorbiditeit, hebben geleid tot een toenemende complexiteit van de antistollingszorg in Nederland. Hierdoor ontstond de behoefte de organisatiestructuur rondom antistolling aan te passen en werden een drietal richtlijnen ontwikkeld:

In 2012 zijn de "Landelijke Standaard Keten zorg Antistolling (LSKA)" (ofwel **LSKA 1.0**) en de "Leidraad begeleidde introductie nieuwe orale antistollingsmiddelen" (hierna te noemen **Leidraad**) verschenen. De **LSKA 1.0** is gericht op de organisatie van de zorg rondom antistollingsmedicatie en beschrijft hoe dit zorgproces op *lokaal* niveau ingericht dient te worden, waarbij de focus ligt op patiënten die VKA's gebruiken. De **Leidraad** bevat adviezen met betrekking tot de geleidelijke en veilige introductie van NOAC's. In juni 2014 is vervolgens de **LSKA 2.0** gepubliceerd, waarin naast de zorg rondom patiënten die VKA's gebruiken de zorg voor patiënten die NOAC's en TAR's gebruiken is geïntegreerd. De belangrijkste aanbeveling die in de **LSKA 2.0** gegeven wordt, is dat in aanvulling op een efficiënte samenwerking tussen ketenpartners op lokaal niveau (zoals aanbevolen in de **LSKA 1.0**), de totale ketenzorg rondom antistolling bij elkaar gebracht dient te worden in de vorm van *Regionale antistollingscentra* en *Expertisecentra*.

### Doel en methode van dit onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de mate waarin implementatie van de aanbevelingen uit de **LSKA 1.0** en de **Leidraad** reeds is gerealiseerd en welke acties nodig zijn om tot een succesvolle implementatie van de aanvullende aanbevelingen uit de **LSKA 2.0** te komen. Om de verschillende perspectieven ten aanzien van de implementatie van de **LSKA 1.0**, **LSKA 2.0** en **Leidraad** in kaart te brengen, zijn in

dit onderzoek 9 face-to-face en 46 telefonische interviews afgenomen bij landelijke en regionale partijen betrokken bij antistollingszorg.

## **Resultaten**

### ***Implementatie LSKA 1.0***

Op veel plaatsen in Nederland zijn zowel trombosediensten als ziekenhuizen bezig om het casemanagement antistolling vorm te geven. Met name binnen de eerste lijn lijkt de implementatie van het casemanagement grotendeels gerealiseerd, waarbij verschillende trombosediensten aangeven feitelijk al jaren als casemanagement voor VKA-patiënten te fungeren, ook al wordt het niet overal als zodanig benoemd. Binnen de tweede lijn zijn verschillende ziekenhuizen initiatieven gestart om het casemanagement antistolling vorm te geven en hebben bijvoorbeeld een antistollingscommissie opgericht, een specifieke casemanager ingesteld en/of een stollingspoli ingericht, maar in andere ziekenhuizen komt de implementatie nog niet van de grond. 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. Op dit moment bestaan er geen vergoedingen voor de activiteiten die het casemanagement antistolling vereist en extra financiering, mankracht en coördinatie zijn dan ook nodig om het casemanagement in zowel de eerste als tweede lijn conform de **LSKA 1.0** vorm te kunnen geven.

### ***Implementatie Leidraad***

Binnen de meeste ziekenhuizen wordt de **Leidraad** als uitgangspunt gebruikt om afspraken met betrekking tot NOAC's te maken en specifieke NOAC-protocollen te ontwikkelen. Op regionaal niveau worden afspraken over NOAC's gemaakt tussen ziekenhuizen en op enkele plaatsen zijn ook transmurale NOAC-protocollen ontwikkeld. De meeste geïnterviewden zien op termijn een rol weggelegd voor de eerste lijn 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. Op enkele plaatsen bestaan samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en trombosediensten, waarbij de trombosedienst de tweede lijn ondersteunt bij de begeleiding van NOAC-patiënten en als aanspreekpunt voor patiënten en andere eerstelijnsketenpartners fungeert. Daarnaast dragen zij op sommige plaatsen zorg voor het overzetten van patiënten van een VKA naar een NOAC, registratie van NOAC's, monitoring van therapietrouw en het uitvoeren van de vereiste periodieke nierfunctie bepalingen. Aanpassingen in de financieringsstructuur en opleiding zijn nodig om optimale zorg voor NOAC-patiënten, met ondersteuning door onder andere nurse practitioners, physician-assistants en de eerste lijn, te kunnen realiseren.

### ***Implementatie LSKA 2.0***

#### *Structurele transmurale samenwerkingsverbanden*

De mate waarin structurele transmurale samenwerkingsverbanden opgezet zijn, verschilt per regio. In een groot aantal regio's hebben trombosediensten een regiotafel antistolling opgericht, waarbinnen verschillende eerste- en tweedelijnsketenpartners betrokken bij antistollingszorg vertegenwoordigd zijn. Binnen een regiotafel staat transmurale afstemming van het antistollingsbeleid op lokaal/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. Er zijn verschillende, vaak kleinere, regio's waar geen officiële regiotafels bestaan. Binnen deze regio's worden samenwerkingsverbanden met betrekking tot antistolling vormgegeven door bilaterale overleggen tussen ketenpartners onderling. Daarnaast wordt in deze regio's vaak gebruik gemaakt van reeds bestaande overleg- en ketenstructuren, zoals het farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO) en zorggroepen. Deelname aan een transmuraal overleg met mandaat vanuit de achterliggende beroepsgroep, kan helpen om de opkomst en betrokkenheid te bevorderen, alsmede de communicatie van de gemaakte afspraken naar de achterban te verbeteren. Ondersteuning, coördinatie en een koppeling van ICT-systemen zijn nodig om structurele transmurale samenwerkingsverbanden, zoals een regiotafel, op te kunnen zetten en te behouden.

#### *Regionale antistollingscentra en Expertisecentra*

Enkel in één regio in Nederland is op dit moment een regionaal antistollingscentrum en een expertisecentrum formeel opgericht, gebaseerd op samenwerkingsverbanden tussen meerdere trombosediensten en meerdere ziekenhuizen uit die regio. In andere regio's bestaan plannen om regionale antistollingscentra op te richten vanuit regionale trombosediensten en/of expertisecentra vanuit afdelingen trombose-hemostase of stollingspoli's van Universitair Medische Centra (UMC's). Deze initiatieven lijken vooralsnog redelijk op zichzelf staand en voldoen niet geheel aan de gestelde criteria in de **LSKA 2.0** en het visiedocument van de FNT. Binnen verschillende transmurale samenwerkingsverbanden wordt op dit moment gebrainstormd over de toekomstige vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra. Twee modellen worden geschetst, beide gebaseerd op geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen trombosediensten en ziekenhuizen. Overige ketenpartners, inclusief patiënten, worden in beide modellen tevens bij de centra betrokken en kunnen hier terecht met vragen of voor specialistische zorg. De indeling in regio's ten behoeve van de vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra dient bij voorkeur gebaseerd te worden op natuurlijke samenwerkingsverbanden. Ondersteuning en coördinatie, bijvoorbeeld in de vorm van procesbegeleiding en inhoudelijke ondersteuning door nurse-practitioners en/of physician-assistants, worden als belangrijke randvoorwaarden gezien voor implementatie. 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 verschillende betrokken ketenpartners aan elkaar te koppelen, zodat een keteninformatiesysteem ontstaat.

#### ***Geschatte kosten en mogelijke realisatiedatum voor implementatie***

Met betrekking tot 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**), kan onderscheid gemaakt worden tussen investeringskosten en structurele kosten. Met betrekking tot investeringskosten lijkt het zinvol om implementatiebegeleiding te bieden, waarbij er per regio een parttime procesbegeleider aangesteld kan worden om de implementatie binnen de regio's op gang te brengen en te coördineren. Daarnaast kan een landelijke procesbegeleider aangesteld worden, die zorg draagt voor het organiseren van regio-overstijgende bijeenkomsten, waar ervaringen met betrekking tot de implementatie uitgewisseld kunnen worden. De implementatie kan uiteindelijk ook tot kostenbesparing leiden, door het verminderen van het aantal complicaties en vermijdbare fouten in de

antistollingszorg. Structurele kosten hebben met name betrekking op mogelijke 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 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 mogelijk bevorderen.

### **Aanbevelingen**

Globaal kunnen de aanbevelingen volgend uit dit onderzoek worden onderverdeeld in aanbevelingen voor de Landelijke Stuurgroep Keten Antistollingsbehandeling, die de **LSKA 2.0** heeft ontwikkeld, en aanbevelingen op regionaal niveau.

#### ***Aanbevelingen voor de Landelijke Stuurgroep:***

- Omdat uit dit onderzoek blijkt dat niet alle partijen betrokken bij antistollingszorg de meerwaarde van het opzetten van een regionale infrastructuur voor antistolling inzien, wordt aanbevolen dat de Landelijke Stuurgroep werkt aan het vergroten van het bewustzijn van deze partijen.
- Om de regionalisering van de antistollingszorg te bevorderen en de implementatie te versnellen, wordt aanbevolen dat de Landelijke Stuurgroep probeert middelen te verkrijgen voor het opzetten van een implementatiebegeleidingstraject in de regio's en op landelijk niveau. Het is tevens aan te bevelen de voortgang van de implementatie te laten monitoren door onafhankelijke onderzoekers.
- Een andere structuur van antistollingszorg kan gevolgen hebben voor de financieringsstructuur voor antistolling. Het wordt aanbevolen dat de Landelijke Stuurgroep met overkoepelende partijen in gesprek gaat over de mogelijkheden voor het aanpassen van de financieringsstructuur.

#### ***Aanbevelingen op transmuraal niveau:***

- Er wordt aanbevolen dat binnen elke regio structurele transmurale samenwerkingsverbanden opgericht worden, zoals bijvoorbeeld een regiotafel. Binnen deze samenwerkingsverbanden dienen de verschillende ketenpartners betrokken bij antistollingszorg uit zowel de eerste als tweede lijn vertegenwoordigd te worden, zo mogelijk met mandaat vanuit de achterliggende beroepsgroep. Het accrediteren van deelname aan transmurale overleggen kan de opkomst en betrokkenheid bij deze overleggen vergroten.
- Binnen de transmurale samenwerkingsverbanden staat afstemming van het antistollingsbeleid op lokaal/regionaal niveau centraal, voor alle verschillende typen antistollingsmiddelen (VKA, NOAC, TAR).
- Om de transmurale samenwerking tussen de verschillende ketenpartners te optimaliseren, wordt aanbevolen om de ICT-systemen van de verschillende ketenpartners aan elkaar te koppelen. Doseersystemen van trombosediensten kunnen hiertoe gekoppeld worden aan ziekenhuissystemen en desgewenst ook aan de systemen van de overige ketenpartners, zoals huisartsensystemen.



# 1 Inleiding en doelstelling

## Aanleiding

*“De antistollingsbehandeling is uiterst complex en de patiënten en hun dossiers heel divers. Dat vereist nauwkeurige afstemming tussen ketenpartners over wie, wanneer en in welke situatie verantwoordelijk is voor de behandeling. Iedere interventie die van invloed is op deze behandeling moet worden gecommuniceerd met de overige behandelaren van de patiënt.” (Medisch Contact, 2012)*

Antistollingsmiddelen, ook wel bloedverdunners of antitrombotica genoemd, 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. In 2010 gebruikte in Nederland 96% van de patiënten antistollingsmiddelen na een ziekenhuisopname voor een acuut coronair syndroom (zoals een hartinfarct) (Nederlandse Hartstichting, 2013).

Antistollingsmiddelen kunnen globaal worden onderverdeeld in:

- Trombocytenuitstroomremmers (TAR's): bloedplaatjesremmers
- Anticoagulantia:
  - Orale anticoagulantia: vitamine K-antagonisten (VKA's)
  - Heparines
  - Non-VKA orale anticoagulantia (NOAC's)
  - Overige anticoagulantia
- Trombolytica

Aan het gebruik van antistollingsmiddelen zijn risico's verbonden. Inherent aan het gebruik van deze geneesmiddelen is namelijk een verhoging van het bloedingsrisico, terwijl er bij een onvoldoende stollingsniveau of het tijdelijk onderbreken van de behandeling juist een verhoogd risico ontstaat op (recidief) trombose (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Antistolling, 2011). Uit eerder landelijk dossieronderzoek, waaronder de “Hospital Admissions Related to Medication (HARM)” studie en verschillende metingen van de “Monitor Zorggerelateerde Schade”, bleek dat een aanzienlijk deel van de potentieel *vermijdbare* medicatieschade in ziekenhuizen toe te schrijven is aan antistollingsmedicatie (Leendertse et al., 2006; De Bruijne et al., 2007; Langelaan et al., 2010; Langelaan et al., 2013).

De complexiteit van de antistollingszorg wordt in sterke mate bepaald door het feit dat er bij de behandeling van een patiënt vaak verschillende disciplines betrokken zijn: de huisarts, één of meerdere medisch specialisten, apotheker, tandarts en, in het geval van VKA-gebruik, de trombosedienst. Samenhang en afstemming in deze keten is een essentieel maar lastig onderdeel van antistollingszorg, en een potentiële bron van fouten. Recente ontwikkelingen binnen de antistollingszorg, waaronder de introductie van de NOAC's en een nieuwe generatie TAR's alsmede het stijgende aantal ouderen met multimorbiditeit, hebben geleid tot een toenemende complexiteit van de antistollingszorg in Nederland. Hierdoor ontstond de behoefte de organisatiestructuur rondom antistolling aan te passen en werden een drietal richtlijnen ontwikkeld:

### ***Landelijke Standaard Keten zorg Antistolling 1.0***

In november 2012 is de “Landelijke Standaard Keten zorg Antistolling (LSKA)” voor de eerste- en tweedelijnszorg gepubliceerd (hierna te noemen **LSKA 1.0**), ontwikkeld door de Landelijke Stuurgroep Keten Antistollingsbehandeling. De **LSKA 1.0** is gericht op de *organisatie* van de zorg rondom antistollingsmedicatie en beschrijft hoe dit zorgproces ingericht wordt, wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft en hoe communicatie en afstemming tussen de partners in de keten en patiënten plaatsvindt. De focus ligt hierbij op patiënten die VKA's gebruiken. De **LSKA 1.0** richt zich met name op de organisatie van de antistollingszorg op *lokaal* niveau, waarin aanbevolen wordt om de centrale regie zowel in de eerste als tweede lijn vanuit het “casemanagement antistolling” te organiseren. Dit casemanagement wordt geborgd door transmuraal werkende functionarissen vanuit het ziekenhuis (tweede lijn, bij voorkeur vanuit de vakgroep interne geneeskunde of hematologie) en de trombosedienst (eerste lijn). Het casemanagement draagt zorg voor een intensieve lokale samenwerking tussen de trombosedienst, het ziekenhuis, huisartsen, apothekers, tandartsen en andere partijen betrokken bij de ketenzorg rondom antistolling.

### ***Leidraad begeleide introductie nieuwe orale antistollingsmiddelen***

Sinds 2009 zijn naast VKA's tevens NOAC's op de markt. In het in 2012 uitgebrachte rapport van de Gezondheidsraad werd aanbevolen NOAC's gedoseerd in te voeren, onder andere omdat bij NOAC's-gebruikers een lagere therapietrouw verwacht wordt dan bij VKA-gebruikers door het wegvallen van frequente controles door de trombosedienst (Gezondheidsraad, 2012). Op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verscheen ongeveer gelijktijdig met de **LSKA 1.0** de “Leidraad begeleide introductie nieuwe orale antistollingsmiddelen” (hierna te noemen **Leidraad**), ontwikkeld door de Werkgroep nieuwe orale anticoagulantia van de wetenschappelijke verenigingen van de Orde van Medisch Specialisten (OMS). Deze **Leidraad** bevat adviezen met betrekking tot de geleidelijke en veilige introductie van NOAC's. De **Leidraad** is gericht op de *inhoud* van zorg en behandeling en beschrijft met name wanneer NOAC's geïndiceerd zijn (en wanneer juist niet) en hoe gehandeld moet worden rondom ingrepen en calamiteiten wanneer patiënten deze medicatie gebruiken.

### ***Landelijke Standaard Keten zorg Antistolling 2.0***

Op 10 juli 2013 heeft het Ministerie van VWS aan het Kennisinstituut van Medisch Specialisten opdracht gegeven tot het samenvoegen van de **LSKA 1.0** en de **Leidraad** tot één integraal document, waarin naast de zorg rondom patiënten die VKA's gebruiken de zorg voor patiënten die NOAC's en TAR's gebruiken wordt geïntegreerd. In juni 2014 is vervolgens door de landelijke Stuurgroep de **LSKA 2.0** gepubliceerd. Gezien de verschillen tussen de **LSKA 1.0** en de **Leidraad** bleek het niet mogelijk om tot volledige integratie van beide documenten tot één nieuw document te komen, wat betekent dat naast de **LSKA 2.0** tevens de **Leidraad** blijft bestaan.

In de **LSKA 2.0** is de structuur zoals aanbevolen in de **LSKA 1.0** benut om de gehele antistollingszorg een meer *regionaal* karakter te geven, hetgeen tevens aansluit bij het vorig jaar gepubliceerde visiedocument “Toekomstscenario Antistollingszorg” van de Federatie van Nederlandse Trombosediensten (FNT) (FNT, 2013). De belangrijkste aanbeveling die in de **LSKA 2.0** gegeven wordt, is dat in aanvulling op een efficiënte samenwerking tussen ketenpartners op lokaal niveau (zoals aanbevolen in de **LSKA 1.0**),

de totale ketenzorg rondom antistolling bij elkaar gebracht dient te worden in de vorm van *regionale antistollingscentra*. Binnen deze centra vindt protocollaire afstemming plaats tussen de bestaande ketenpartners en kunnen patiënten terecht voor het hele continuüm aan antistollingszorg. Om de samenwerking in groot regionaal verband vorm te geven wordt gedacht aan samenwerkingsafspraken tussen 2-5 trombosediensten en 2-5 ziekenhuizen, waarbij er per regionaal antistollingscentrum sprake zal zijn van meerdere “frontoffice locaties” dichtbij de patiënt georganiseerd, met één “backoffice”. Onder frontoffice activiteiten vallen onder andere alle directe patiëntencontacten en de apothekersfunctie, terwijl onder backoffice activiteiten bijvoorbeeld de dosering van medicatie, 24-uurs bereikbaarheid en het uitvoeren van onderzoek wordt verstaan. Vanuit de regionale expertisecentra kunnen op termijn een beperkt aantal *expertisecentra* ontstaan, waarbinnen één of meerdere regionale antistollingscentra en één of meerdere Universitair Medische Centra (UMC’s)/topklinische ziekenhuizen met specifieke expertise op het gebied van antistolling samenwerken ten aanzien van onder andere wetenschappelijk onderzoek, innovatie, opleiding en onderwijs (FNT, 2013).

### **Implementatie**

In 2013 en 2014 zijn door alle bij de landelijke Stuurgroep betrokken partijen inspanningen verricht om zowel de **LSKA 1.0** als de **Leidraad** te implementeren. De mate waarin succesvolle implementatie gerealiseerd is, lijkt te verschillen per regio en een overzicht ontbreekt. De **LSKA 2.0** is ter implementatie aan het veld aangeboden. Om deze implementatie te laten slagen, is het van belang inzicht te verkrijgen in de mate waarin de aanbevelingen uit de **LSKA 1.0** en de **Leidraad** reeds geïmplementeerd zijn en wat er in de verschillende regio’s in Nederland concreet nodig is om tot een succesvolle implementatie van de aanvullende aanbevelingen uit de **LSKA 2.0** te komen.

### **Doelstelling**

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de mate waarin implementatie van de aanbevelingen uit de **LSKA 1.0** en de **Leidraad** reeds is gerealiseerd en welke acties nodig zijn om tot een succesvolle implementatie van de aanvullende aanbevelingen uit de **LSKA 2.0** te komen. Deze informatie is van belang om in de nabije toekomst een transitie van de huidige lokaal georganiseerde antistollingszorg naar een meer regionale structuur te kunnen realiseren, zoals aanbevolen in de **LSKA 2.0**.

### **Onderzoeksvraag 1**

In welke mate zijn anno 2014 de aanbevelingen uit de **LSKA 1.0** geïmplementeerd?

#### *Deelvragen*

- a) In hoeverre is men bekend met de **LSKA 1.0** en de bijbehorende aanbevelingen?
- b) In hoeverre ziet men een meerwaarde voor implementatie van de aanbevelingen?
- c) Welke activiteiten met betrekking tot implementatie zijn reeds ondernomen?
- d) Wat zijn randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie?

## Onderzoeksvraag 2

In welke mate zijn anno 2014 de aanbevelingen uit de **Leidraad** geïmplementeerd?

### *Deelvragen*

- a) In hoeverre is men bekend met de **Leidraad** en de bijbehorende aanbevelingen?
- b) In hoeverre ziet men een meerwaarde voor implementatie van de aanbevelingen?
- c) Welke activiteiten met betrekking tot implementatie zijn reeds ondernomen?
- d) Wat zijn randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie?

## Onderzoeksvraag 3

Wat is er nodig om tot landelijke implementatie van een regionale infrastructuur voor antistolling te komen, zoals aanbevolen in de **LSKA 2.0**?

### *Deelvragen*

- a. In hoeverre is men bekend met de **LSKA 2.0** en de bijbehorende aanbevelingen?
- b. In hoeverre ziet men een meerwaarde voor implementatie van de aanbevelingen?
- c. Welke activiteiten met betrekking tot implementatie zijn reeds ondernomen?
- d. Welke concrete ideeën bestaan er ten aanzien van de toekomstige vormgeving van een regionale infrastructuur voor antistolling, inclusief regionale antistollingscentra en expertisecentra?
- e. Wat zijn randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie?
- f. Wat zijn de geschatte kosten van implementatie?
- g. Wat is een mogelijke realisatiedatum voor implementatie?

## 2 Opzet van het onderzoek

Dit onderzoek is kwalitatief en explorierend van aard en uitgevoerd voor alle betrokkenen bij de (vormgeving van) antistollingszorg in Nederland, waaronder professionals uit de klinische praktijk, beleidsmakers, bestuurders, patiënten vertegenwoordigers en zorgverzekeraars. In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek besproken.

### 2.1 Face-to-face en telefonische interviews

Om de verschillende perspectieven ten aanzien van de implementatie van de **LSKA 1.0**, **Leidraad** en **LSKA 2.0** in kaart te brengen, zijn telefonische en face-to-face interviews afgenomen bij vertegenwoordigers van landelijke en regionale partijen betrokken bij antistollingszorg. Zowel de face-to-face als de telefonische interviews waren semigestructureerd van aard, wat wil zeggen dat er vaste startvragen per onderwerp waren, maar dat afhankelijk van de antwoorden hierop doorgevraagd is. Voorafgaand aan de interviews is voor zowel de telefonische als de face-to-face interviews een “topic list” opgesteld, gebaseerd op de onderzoeksvragen en de aanbevelingen voor implementatie uit de beide **LSKA's** en de **Leidraad**. De interviews zijn opgenomen op band, hiervoor werd vooraf toestemming gevraagd aan de geïnterviewden. Interviewgegevens zijn anoniem verwerkt en de opnames zijn na afloop van het onderzoek gewist.

Gezien de relatief korte doorlooptijd van het onderzoek (3 maanden) is ervoor gekozen om de meerderheid van de interviews af te nemen bij vertegenwoordigers van relevante landelijke brancheorganisaties en regionale partijen behorende tot de drie meest betrokken ketenpartners bij antistollingszorg: ziekenhuis, trombosedienst en huisarts. Daarnaast is een klein aantal interviews afgenomen bij landelijke en regionale vertegenwoordigers behorende bij overige ketenpartners betrokken bij antistollingszorg (onder andere apotheker, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, patiënt). Een “sneeuwbalmethode” is gebruikt voor de benadering van de betreffende partijen, waarbij allereerst de door de FNT aangedragen contactpersonen zijn benaderd. De overige geïnterviewden zijn benaderd naar aanleiding van suggesties voor contactpersonen die naar voren kwamen uit de afgenomen interviews.

#### *Face-to-face interviews*

Er zijn in totaal 9 face-to-face interviews afgenomen door de hoofdonderzoeker, die gemiddeld 60 minuten duurden (Tabel 1). Deze interviews werden met name afgenomen bij vertegenwoordigers van landelijke brancheorganisaties betrokken bij antistollingszorg en vonden plaats op de werkplek van de geïnterviewde. De opnames van de interviews zijn door een onafhankelijke datatypist van het “NIVEL Cluster panel- en survey onderzoek” getranscribeerd en uitgewerkt tot een gespreksverslag. De gespreksverslagen zijn voor akkoord naar de geïnterviewden gestuurd en zij konden aanvullingen en correcties doen waar nodig.

### Telefonische interviews

In totaal zijn er 46 telefonische interviews afgenomen door de hoofdonderzoeker en een getrainde onderzoeksassistent, die gemiddeld 30-45 minuten duurden. Deze interviews werden afgenomen bij zowel vertegenwoordigers van landelijke brancheorganisaties als regionale partijen betrokken bij antistollingszorg (Tabel 1). Direct aansluitend aan de afname van de telefonische interviews, zijn de interviews met zo min mogelijk verlies aan informatie door de hoofdonderzoeker en de onderzoeksassistent uitgewerkt tot een gespreksverslag. Ook deze gespreksverslagen zijn voor akkoord naar de geïnterviewden gestuurd en zij konden aanvullingen en correcties doen waar nodig.

**Tabel 1** Aantal interviews per ketenpartner

	Face-to-face interviews		Telefonische interviews	
	Landelijk	Regionaal	Landelijk	Regionaal
Ziekenhuis	2	1	5	8
Trombosedienst	1	1	1	19
Huisarts	1	-	1	5
Apotheker	2	-	-	1
Overige ketenpartners				
<i>Patiënt</i>	1	-	2	-
<i>Tandarts</i>	-	-	1	-
<i>Specialist ouderengeneeskunde</i>	-	-	1	-
Overige partijen				
<i>Zorgverzekeraar</i>	-	-	1	-
<i>Onafhankelijk Platform</i>	-	-	-	1

## 2.2 Aanbevelingen LSKA 1.0, Leidraad en LSKA 2.0

De belangrijkste aanbevelingen die in dit onderzoek centraal stonden, zijn als volgt:

### LSKA 1.0

- Aanwezigheid van een casemanagement antistolling binnen zowel de eerste als de tweede lijn, die de centrale regie voert in de zorg rondom antistolling.

### Leidraad

- Aanwezigheid van NOAC-protocollen in zowel de eerste als tweede lijn
- De centrale regie voor de behandeling en begeleiding van NOAC-patiënten dient bij de voorschrijver/hoofdbehandelaar in de tweede lijn te liggen

### LSKA 2.0

- Realiseren van structurele transmurale samenwerkingsverbanden met betrekking tot antistollingszorg (bijvoorbeeld regiotafel)
- Vormgeving van Regionale antistollingscentra en Expertisecentra, waarbinnen de totale ketenzorg rondom antistolling bij elkaar gebracht wordt

## 2.3 Opzet en inhoud interviews

Zoals eerder beschreven, is voorafgaand aan de afname van de face-to-face en telefonische interviews een topic list opgesteld, gebaseerd op de onderzoeksvragen en de belangrijkste aanbevelingen voor implementatie (Bijlage A).

Onderwerpen die aan bod kwamen tijdens de face-to-face en telefonische interviews, zijn als volgt:

- Implementatie **LSKA 1.0** (*onderzoeksvraag 1*):
  - Bekendheid met de richtlijn en de bijbehorende aanbevelingen
  - Meerwaarde voor implementatie van de aanbevelingen
  - Ondernomen activiteiten met betrekking tot implementatie
    - Casemanagement antistolling
  - Randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie
  
- Implementatie **Leidraad** (*onderzoeksvraag 2*)
  - Bekendheid met de richtlijn en de bijbehorende aanbevelingen
  - Meerwaarde voor implementatie van de aanbevelingen
  - Ondernomen activiteiten met betrekking tot implementatie
    - NOAC protocollen
    - Centrale regie
  - Visie op toekomstige centrale regie voor NOAC-patiënten
  - Randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie
  
- Implementatie **LSKA 2.0** (*onderzoeksvraag 3*)
  - Bekendheid met de richtlijn en de bijbehorende aanbevelingen
  - Meerwaarde voor implementatie van de aanbevelingen
  - Ondernomen activiteiten met betrekking tot de implementatie
    - Structurele transmurale samenwerkingsverbanden
    - Regionale antistollingscentra en Expertisecentra
  - Ideeën ten aanzien van de toekomstige vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra voor antistolling
  - Randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie
  - Geschatte kosten van implementatie
  - Mogelijke realisatiedatum voor implementatie

## 2.4 Analyses

De geaccordeerde verslagen van de face-to-face en telefonische interviews dienden als basis voor de kwalitatieve data-analyse, die door de hoofdonderzoeker is uitgevoerd in MAXQDA 11. Om aan te sluiten bij de explorerende natuur van het onderzoek, is de data breed gecodeerd volgens een vooraf opgesteld codeerschema gebaseerd op de topic list en de onderzoeksvragen. Op basis van de interviewgegevens is het codeerschema uitgebreid: wanneer in een interview een onderwerp naar voren kwam dat nog niet in het codeerschema stond, is een nieuwe code toegevoegd. Een tweede onderzoeker heeft deze codering gecheckt, waarna consensus werd bereikt over het definitieve

codeerschema. Na deze brede codering is de informatie per code bekeken en samengevat, waarbij de verschillen en overeenkomsten tussen de verschillende ketenpartners ten aanzien van hun perceptie en ideeën met betrekking tot de implementatie zijn geanalyseerd. De analyses en interpretatie zijn tevens gecheckt door een tweede onderzoeker, waarna consensus werd bereikt met betrekking tot de data-extractie.

## **2.5 Beperkingen van dit onderzoek**

Omdat er, vanwege de korte doorlooptijd van het onderzoek, voor is gekozen om de meerderheid van de interviews af te nemen bij landelijke en regionale vertegenwoordigers van ziekenhuizen, trombosediensten en huisartsen, is de groep geïnterviewden mogelijk geen representatieve steekproef. Wel is bij de selectie van geïnterviewden gekozen voor een brede vertegenwoordiging van alle betrokken partijen. Zoals weergegeven in Tabel 1, zijn per ketenpartner een verschillend aantal interviews afgenomen, maar zijn trombosediensten gezien hun centrale rol binnen de antistollingszorg in verhouding tot de overige ketenpartners vaker betrokken. Daarnaast was het vanwege de korte doorlooptijd niet mogelijk om vertegenwoordigers uit *elke* Nederlandse regio te interviewen en ontbreken interviews met vertegenwoordigers van lokale praktijken. Echter, in totaal is een aanzienlijk aantal interviews afgenomen en de laatste interviews leverden geen nieuwe informatie meer op, waarmee inhoudelijke verzadiging werd bereikt.



### 3 Implementatie Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling 1.0

De belangrijkste aanbeveling uit de **LSKA 1.0** die in dit hoofdstuk centraal staat, luidt als volgt:

- Aanwezigheid van een casemanagement antistolling binnen zowel de eerste als de tweede lijn, die de centrale regie voert in de zorg rondom antistolling. Volgens de **LSKA 1.0** dient het casemanagement binnen de eerste lijn gewaarborgd te worden door de trombosedienst, terwijl ziekenhuizen dit in de tweede lijn voor hun rekening dienen te nemen.

#### 3.1 Bekendheid met de LSKA 1.0

Alle geïnterviewden zijn op de hoogte van de **LSKA 1.0**, inclusief de bijbehorende aanbevelingen.

#### 3.2 Meerwaarde

De meerderheid van de geïnterviewden ziet een meerwaarde voor het casemanagement antistolling binnen de eerste en tweede lijn.

*“Casemanagement is de kern van de keten, zoals wij denken dat die vormgegeven moet worden. Dit is van belang, omdat antistollingstherapie vele gevaren met zich meebrengt.”*

Niet alle huisartsen zien echter een meerwaarde voor het casemanagement antistolling: met name binnen de kleinere regio's in Nederland verlopen de contacten tussen huisarts en de andere ketenpartners vaak naar wens en zijn de lijntjes kort, waardoor de meerwaarde en noodzaak van het casemanagement niet direct gezien wordt. Dit zou mogelijk slechts extra verwarring opleveren, aldus de geïnterviewde huisartsen.

Enkele medisch specialisten geven aan dat zij zelf wel de meerwaarde van het casemanagement antistolling inzien, maar dat dit niet altijd geldt voor hun collega medisch specialisten en de Raad van Bestuur van het ziekenhuis waarin zij werkzaam zijn.

#### 3.3 Casemanagement antistolling in de eerste lijn: trombosedienst

De geïnterviewde vertegenwoordigers van trombosediensten geven aan dat de trombosedienst op veel plaatsen in Nederland het casemanagement antistolling voor de eerste lijn reeds heeft ingericht. Niet overal wordt het als zodanig benoemd en elke trombosedienst richt het op zijn eigen manier in, maar de meerderheid van de geïnterviewden geeft aan dat de trombosedienst feitelijk al jaren als casemanagement voor de VKA-patiënten fungeert. Binnen sommige trombosediensten is een specifieke

casemanager ingesteld, meestal de medisch leider, terwijl andere trombosediensten geen vaste casemanager hebben, maar als geheel invulling geven aan het casemanagement. De vereiste 24/7 bereikbaarheid is bijna overal gewaarborgd en de trombosedienst onderhoudt de contacten met de tweede lijn en de andere eerstelijns ketenpartners. Daarnaast fungeert de trombosedienst als vraagbaak en worden zij regelmatig gebeld door andere ketenpartners met vragen over antistollingszorg, aldus de geïnterviewden.

### **3.4 Casemanagement antistolling in de tweede lijn: ziekenhuis**

Het beeld met betrekking tot het casemanagement in de tweede lijn is wisselend: een groot aantal geïnterviewde medisch specialisten geeft aan dat er binnen hun ziekenhuis initiatieven bestaan om het casemanagement antistolling vorm te geven, zoals door middel van het oprichten van een antistollingscommissie, het instellen van een specifieke casemanager en/of het inrichten van een stollingspoli. Enkele medisch specialisten geven echter aan dat in hun ziekenhuis de implementatie nog niet van de grond komt. Vergelijkbaar met het casemanagement antistolling in de eerste lijn, wordt het casemanagement niet overal als zodanig benoemd en elk ziekenhuis richt dergelijke initiatieven op zijn eigen manier in.

#### **Antistollingscommissie**

In verschillende ziekenhuizen is een antistollingscommissie ingesteld, waarbinnen de verschillende medische disciplines betrokken bij antistollingszorg vertegenwoordigd worden. De exacte samenstelling van de commissie wisselt per ziekenhuis, maar in bijna elke commissie zijn de volgende disciplines in ieder geval vertegenwoordigd: cardiologie, interne geneeskunde (internist-hematoloog en/of internist-vasculair geneeskundige), anesthesiologie en de ziekenhuisapotheek. Daarnaast maakt de (casemanager van de) trombosedienst op verschillende plaatsen deel uit van de antistollingscommissie. Overige ziekenhuisdisciplines die binnen sommige commissies tevens vertegenwoordigd zijn, zijn (vaat)chirurgie, neurologie, klinische chemie en kindergeneeskunde. Tot slot neemt op sommige plaatsen een consulent van de afdeling Kwaliteit of Patiëntveiligheid van het ziekenhuis zitting in de commissie.

De invulling van het voorzitterschap van de antistollingscommissie verschilt per ziekenhuis: binnen sommige commissies vervult een internist of cardioloog deze functie, in andere ziekenhuizen is dit een medisch leider van de trombosedienst of een ziekenhuisapotheker. Geïnterviewden geven aan dat dit onder andere te maken heeft met het enthousiasme voor de functie en het onderwerp, en daarmee samenhangend de bereidheid om de kar te willen trekken.

De geïnterviewde medisch specialisten geven aan dat binnen de antistollingscommissie in het algemeen de ontwikkeling van ziekenhuisbrede antistollingsprotocollen centraal staat. Daarnaast wordt aandacht besteed aan complicatiebespreking en -registratie, complexe antistolling casuïstiek en Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP-meldingen). Binnen sommige ziekenhuizen verzorgt de antistollingscommissie tevens onderwijs op het gebied van antistolling en wordt er bijvoorbeeld een "antistollingscursus" aangeboden. De antistollingscommissie komt in de meeste

ziekenhuizen een aantal keer per jaar bij elkaar, variërend van één keer per maand tot vier keer per jaar. In sommige ziekenhuizen bestaat de antistollingscommissie al tientallen jaren, terwijl deze in andere ziekenhuizen pas sinds enkele maanden actief is of nog opgezet moet worden.

#### **Casemanagement antistolling: functionaris, team of poli**

Naast een antistollingscommissie hebben sommige ziekenhuizen een specifieke casemanager antistolling ingesteld, ook wel antistollingsfunctionaris of antistollingsconsulent genoemd. Welke discipline deze taak vervult, verschilt per ziekenhuis, maar het meest genoemd zijn een internist of een cardioloog. Enkele ziekenhuizen hebben een externe casemanager aangesteld, omdat deze functie niet binnen de huidige formatie in te vullen was.

Verschillende medisch specialisten geven aan dat binnen hun ziekenhuis één of meerdere “nurse practitioners” (gespecialiseerde verpleegkundigen) of “physician-assistants” (verpleegkundigen of paramedici met een taakdifferentiatie op een specifiek gebied, zoals antistolling) benoemd zijn tot antistollingsfunctionaris, die onder supervisie van een medisch specialist invulling geven aan het casemanagement. Deze nurse practitioners en physician-assistants zijn opgeleid om (complexe) vragen met betrekking tot antistolling te kunnen beantwoorden en fungeren als dagelijks aanspreekpunt voor antistolling binnen het ziekenhuis. Daarnaast zijn zij vaak het aanspreekpunt naar buiten toe, naar de eerste lijn. Gemiddeld worden zij voor 10-20 uur per week ingezet, aldus de geïnterviewden.

Omdat het casemanagement niet per definitie door één persoon ingevuld hoeft te worden, hebben enkele ziekenhuizen een “antistollingsteam” ingesteld dat als dagelijks aanspreekpunt voor de antistollingszorg fungeert. Vergelijkbaar met de antistollingscommissie, richt ieder ziekenhuis dit team op zijn eigen manier in, maar in de meeste gevallen bestaat het team uit in ieder geval een internist, cardioloog en een ziekenhuisapotheker. In sommige ziekenhuizen maakt tevens de casemanager van de trombosedienst onderdeel uit van het antistollingsteam.

Verschillende geïnterviewde medisch specialisten vanuit UMC's geven aan dat er aparte stollingspoli's zijn ingericht binnen hun ziekenhuis, waarbinnen het casemanagement antistolling wordt vormgegeven. Deze poli's maken vaak onderdeel uit van een afdeling “trombose & hemostase” of interne geneeskunde.

Enkele geïnterviewde medisch specialisten geven aan dat zij om de 24/7 bereikbaarheid te waarborgen binnen hun ziekenhuis gebruik maken van een stollingspieper. Via deze pieper is ten allen tijde een dienstdoende internist of een cardioloog bereikbaar voor vragen, consultering en advisering.

#### *Zorgpad antistolling*

Binnen enkele ziekenhuizen is ter ondersteuning van het casemanagement een “zorgpad antistolling” ontwikkeld. Dit zorgpad heeft de vorm van een digitaal stroomschema, gebaseerd op het ziekenhuisbrede antistollingsprotocol. Iedereen die binnen het ziekenhuis met antistolling te maken krijgt, moet het zorgpad volgen. Wanneer een patiënt opgenomen wordt in het ziekenhuis en een ingreep moet ondergaan, kan een

medisch specialist of verpleegkundige aan de hand van het zorgpad bijvoorbeeld zien welk beleid hij/zij dient te hanteren met betrekking tot het stoppen of overbruggen van de antistollingsmiddelen. Een medisch specialist, meestal de dienstdoende internist of cardioloog, fungeert als achterwacht voor dit systeem en kan geconsulteerd worden bij vragen of problemen, aldus de geïnterviewden.

### **Kindergeneeskunde**

Geïnterviewde medisch specialisten werkzaam binnen de kindergeneeskunde geven aan dat de situatie met betrekking tot antistolling binnen hun discipline anders is dan bij andere ziekenhuisdisciplines: per jaar worden slechts een aantal kinderen die antistollingsmiddelen gebruiken opgenomen in het ziekenhuis en in alle ziekenhuizen vormt de afdeling kinderhematologie of kindercardiologie de spil voor wat betreft de antistollingszorg voor kinderen. Wanneer er kinderen opgenomen worden die antistolling gebruiken, wordt in principe altijd de kinderhematoloog of kindercardioloog in consult gevraagd. Zij zijn degenen die vervolgens een plan van aanpak voor de kinderen opstellen, bijvoorbeeld met betrekking tot het tijdelijk stoppen of overbruggen van de antistollingsmiddelen. Daarnaast dragen zij zorg voor de aanmelding van de kinderen bij de trombosedienst na opname. Daarmee vormen zij dus automatisch al een soort “kindercasemanagement”.

De geïnterviewde medisch specialisten werkzaam binnen de kindergeneeskunde geven aan dat het kindercasemanagement goed loopt, met name omdat het maar om een klein aantal opnames per jaar gaat. De komst van de **LSKA's** heeft hierin voor hen dan ook weinig veranderd:

*“Wij waren al de casemanagers voor kinderen en dat zijn we gebleven.”*

Ook al komt antistolling bij kinderen minder vaak voor, het moet binnen het gehele ziekenhuis wel duidelijk gecommuniceerd worden wie de kindercasemanager is, aldus de geïnterviewden. Hier ontbreekt het nog wel eens aan, waardoor met name kinderartsen en anesthesiologen hiervan soms niet voldoende op de hoogte zijn.

De geïnterviewde medisch specialisten werkzaam binnen de kindergeneeskunde geven aan dat er op landelijk niveau een werkgroep “Pediatrische trombose & stroke” bestaat, waarbinnen kinderen met trombose en hun behandeling worden besproken. Vanuit elk UMC zit er een kinderhematoloog in de werkgroep. Een geïnterviewde kinderhematoloog geeft aan dat de **LSKA's** besproken zijn in de werkgroep en ze in het kader daarvan een inventarisatie hebben gemaakt van het antistollingsbeleid dat binnen de verschillende afdelingen kindergeneeskunde van de Nederlandse ziekenhuizen gehanteerd wordt. Hieruit bleek dat elk ziekenhuis zijn eigen beleid hanteert met betrekking tot kinderen die antistolling gebruiken, maar in praktisch elk ziekenhuis is de kinderhematoloog of kindercardioloog de spil en zijn er duidelijke afspraken gemaakt omtrent het antistollingsbeleid bij kinderen. Verdere overleggen of afspraken op landelijk of regionaal niveau lijken voor deze discipline dan ook overbodig, aldus de geïnterviewden.

### 3.5 Samenwerking casemanagement antistolling eerste en tweede lijn

De **LSKA 1.0** beveelt aan dat er zowel in de eerste als tweede lijn een apart casemanagement antistolling ingericht dient te worden. Echter, deze beide vormen van casemanagement dienen in nauw contact met elkaar te staan en met elkaar samen te werken om het ketenstuk met betrekking tot antistolling vorm te geven.

Verschillende geïnterviewde medische specialisten en vertegenwoordigers van trombosediensten geven aan dat er binnen hun organisaties reeds een begin is gemaakt met het opzetten van structurele samenwerkingsverbanden tussen het casemanagement antistolling in de eerste en tweede lijn en dat dit in het algemeen als positief wordt ervaren. Zoals eerder beschreven is de trombosedienst op verschillende plaatsen vertegenwoordigd binnen de antistollingscommissie van het ziekenhuis. Daarnaast is in enkele gevallen de casemanager van de trombosedienst direct betrokken bij de invulling van het casemanagement in het ziekenhuis, bijvoorbeeld door betrokkenheid bij het antistollingsteam. Dergelijke initiatieven vergemakkelijken de samenwerking, afstemming en overdracht met betrekking tot antistollingszorg tussen de eerste en tweede lijn, aldus de geïnterviewden. Met name vertegenwoordigers van ziekenhuistrombosediensten geven aan dat de contacten met de tweede lijn goed verlopen, omdat zij als trombosedienst onderdeel uitmaken van het ziekenhuis en de lijntjes hierdoor kort zijn. Vaak hebben zij door deze inbedding in het ziekenhuis ook toegang tot de ziekenhuissystemen, wat de samenwerking ten goede komt.

#### **24/7 bereikbaarheid**

Conform de **LSKA 1.0** is voor de invulling van het casemanagement antistolling in zowel de eerste als tweede lijn een 24/7 bereikbaarheid vereist. De waarborging van deze 24/7 bereikbaarheid wordt op verschillende plaatsen vormgegeven aan de hand van een samenwerking tussen het casemanagement in de eerste en tweede lijn: de trombosedienst fungeert hierbij vaak als eerste aanspreekpunt tijdens kantooruren, terwijl het casemanagement in de tweede lijn, bijvoorbeeld de dienstdoende internist of cardioloog, fungeert als achterwacht buiten kantooruren en tevens geconsulteerd kan worden bij complexe problematiek. Enkele geïnterviewden geven aan dat het voor een klein perifere ziekenhuis soms lastig is om de 24/7 bereikbaarheid te realiseren. Er wordt gesteld dat zij hierin bij een groter ziekenhuis of UMC aan zouden kunnen sluiten, waarbij het grotere ziekenhuis bijvoorbeeld als achterwacht kan fungeren voor het kleinere ziekenhuis.

#### **Loket antistolling**

Enkele geïnterviewde vertegenwoordigers van trombosediensten geven aan dat het inrichten van een "Loket antistolling" binnen het ziekenhuis tevens een manier zou kunnen zijn om de samenwerking tussen het casemanagement antistolling in de eerste en tweede lijn te bevorderen. Binnen enkele trombosediensten in Nederland bestaan plannen om een dergelijk loket in te richten binnen het ziekenhuis, van waaruit de begeleiding van antistollingspatiënten in het algemeen verzorgd kan worden. Een patiënt krijgt dan bijvoorbeeld door de cardioloog een antistollingsmiddel voorgeschreven en onafhankelijk van het type voorgeschreven antistollingsmiddel (VKA, NOAC of TAR), wordt iedere patiënt daarna doorverwezen naar het loket. Het loket draagt vervolgens zorg voor het verstrekken van alle relevante informatie met

betrekking tot de antistollingsbehandeling en bespreekt tevens zaken als therapietrouw en de vereiste nierfunctie bepalingen in geval van NOAC-gebruik. Een patiënt gaat op deze manier met alle relevante informatie naar huis, aldus de geïnterviewden. Ook wanneer een patiënt overgezet moet worden van een VKA naar een NOAC of andersom, kan dat vanuit het loket antistolling geregeld worden. Enkele trombosediensten zijn van mening dat het doseren van antistollingspatiënten die in het ziekenhuis opgenomen liggen, ook vanuit het loket geregeld zou kunnen worden.

### 3.6 Randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie

#### Financiering, mankracht en coördinatie

Zoals eerder beschreven zijn binnen de eerste lijn op de meeste plaatsen de basale vereisten voor het casemanagement antistolling ingevuld en maakt het casemanagement onderdeel uit van de reguliere trombosezorg. Echter, verschillende trombosediensten geven aan dat zij het casemanagement graag naar een hoger niveau zouden willen tillen om er een invulling aan te geven die voldoet aan alle voorwaarden uit de **LSKA 1.0**. Hier is extra financiering en mankracht voor nodig. Daarnaast zijn dergelijke activiteiten nergens te declareren, waardoor het feitelijk in eigen tijd moet gebeuren.

*“Het casemanagement in de eerste lijn wordt geacht bij de trombosediensten te liggen en in feite vervullen de trombosediensten deze functie al. Dat gaat dus wel goed, maar het zou beter kunnen. Er zou eigenlijk aparte formatie voor vrijgemaakt moeten worden om het echt goed vorm te kunnen geven en het de tijd te geven die het verdient.”*

Een groot aantal geïnterviewde medisch specialisten geeft aan dat het belangrijkste knelpunt met betrekking tot het casemanagement antistolling in de tweede lijn de benodigde financiële investering is: verschillende ziekenhuizen willen graag een externe casemanager aanstellen, omdat deze functie binnen de huidige formatie niet in te vullen is. Hier is echter vaak geen budget voor vanuit het ziekenhuis zelf, hetgeen de implementatie vertraagd.

*“Het is nogal wat wat je voor het casemanagement moet doen; er is geen vergoeding voor, terwijl je wel een enorm iets moet optuigen. Dit maakt het lastig vorm te geven en vooral ook in vorm te houden. Er is op dit moment geen extra mankracht, ICT-technische of financiële ondersteuning beschikbaar om een structuur op te bouwen en te behouden. Het zou handig zijn wanneer daar wat handvatten voor zouden komen, dan zijn mensen ook eerder bereid om het te doen naast hetgeen wat in een tarief vergoed wordt, en er ook nog wat extra tijd in te stoppen.”*

De ziekenhuizen die de invulling van het casemanagement wel uit eigen middelen financieren, geven aan dat de toekomst hiervan vaak nog onzeker is, bijvoorbeeld omdat zij van hun Raad van Bestuur slechts toestemming en budget hebben gekregen om een antistollingsfunctionaris aan te stellen voor één jaar. Een nurse-practitioner of een physician-assistent wordt door de meerderheid van de geïnterviewden gezien als een meerwaarde voor de (mede-) invulling van het casemanagement. Echter, naast het financiële plaatje dat het aanstellen van een dergelijke functionaris met zich mee

brengt, dient ook geïnvesteerd te worden in de scholing die voor deze functie nodig is. Een hieraan gerelateerd knelpunt is de tijdsinvestering die de invulling van het casemanagement antistolling vereist: voor activiteiten als deelname aan een antistollingscommissie of het fungeren als antistollingsfunctionaris bestaat vaak geen vergoeding, dus dergelijke activiteiten dienen bijna allemaal in eigen tijd uitgevoerd te worden. Vacatiegelden of de mogelijkheid tot het declareren van dergelijke activiteiten zouden hiervoor een oplossing kunnen bieden, aldus de geïnterviewden. Daarnaast is extra mankracht nodig voor de (administratieve) ondersteuning en coördinatie van met name de antistollingscommissie, hetgeen bij zou kunnen dragen aan de optimalisatie van het casemanagement binnen het ziekenhuis.

### **Bewustzijn**

In tegenstelling tot de implementatie binnen de eerste lijn, zijn in een enkel ziekenhuis dus nog geen initiatieven opgezet met betrekking tot de invulling van het casemanagement antistolling en komt de implementatie moeilijk van de grond. Dit heeft deels te maken met het ontbreken van mogelijkheden om het casemanagement vorm te geven, maar deels ook met het ontbreken van bewustzijn op dit gebied, aldus de geïnterviewden. Enkele medisch specialisten geven aan dat de aanbevelingen van de **LSKA 1.0** binnen sommige ziekenhuizen nog te weinig bekend zijn onder de medische staf en wanneer ze wel bekend zijn, wordt niet door ieder ziekenhuis de noodzaak van het instellen van een casemanagement antistolling ingezien. Wanneer er binnen een ziekenhuis bepaalde medisch specialisten zijn die deze noodzaak wel inzien, wordt middels het houden van presentaties over het onderwerp en het schrijven van brieven naar de Raad van Bestuur getracht de bekendheid van de **LSKA 1.0** te vergroten en hen de noodzaak van implementatie in te laten zien.

Binnen sommige ziekenhuizen worden wel lokale afspraken met betrekking tot antistolling gemaakt tussen medische disciplines onderling, maar is er geen sprake van een structureel casemanagement. De betreffende medisch specialisten geven aan dat dit onder andere te maken heeft met het ontbreken van financiering en mankracht om het casemanagement vorm te geven conform de **LSKA 1.0**, maar regelmatig ontbreekt het ook aan een club mensen die hun schouders er gezamenlijk onder willen zetten. Daarnaast is het vaak onduidelijk bij wie de verantwoordelijkheid moet komen te liggen.

*“Ik ben op dit moment aan het kijken hoe ik het casemanagement binnen het ziekenhuis kan bewerkstelligen. Dit is zeker nodig, want ik heb nu het gevoel dat iedereen maar wat doet als het om antistolling gaat. Het is echter wel lastig, want je zit met vragen als wie moet de verantwoordelijkheid nemen en wie moet er tijd in steken?”*

In veel van deze ziekenhuizen wordt echter wel steeds meer de noodzaak van implementatie ingezien of zijn er plannen gemaakt voor de invulling van het casemanagement antistolling, maar is het bijvoorbeeld wachten op goedkeuring vanuit de Raad van Bestuur van het ziekenhuis.

### **Communicatie en afstemming tussen de eerste en tweede lijn**

Enkele vertegenwoordigers van met name zelfstandige trombosediensten geven aan dat zij er wel in slagen om als casemanagers voor de gehele eerste lijn te fungeren en afspraken te maken met andere eerstelijnsketenpartners, maar dat de samenwerking en afstemming met de tweede lijn lastiger te realiseren is: nog niet binnen alle ziekenhuizen is dus een casemanagement antistolling aanwezig en wanneer dit wel het geval is, verlopen de contacten soms moeizaam. De meeste problemen hebben betrekking op de informatieoverdracht en communicatie tussen de eerste en tweede lijn. Zo blijkt er bijvoorbeeld veel miscommunicatie te bestaan in de overdracht van de tweede lijn naar de trombosedienst, waarbij de meeste fouten worden gemaakt bij het aanmelden van patiënten bij de trombosedienst en het invullen van ingrepenformulieren. Verschillende trombosediensten zijn verbeterinitiatieven gestart en trachten onderling afspraken te maken met de ziekenhuizen om deze procedures te optimaliseren.

### **3.7 Conclusie**

Op veel plaatsen in Nederland zijn zowel trombosediensten als ziekenhuizen bezig om het casemanagement antistolling vorm te geven. Met name binnen de eerste lijn lijkt de implementatie van het casemanagement grotendeels gerealiseerd, waarbij verschillende trombosediensten aangeven feitelijk al jaren als casemanagement voor VKA-patiënten te fungeren, ook al wordt het niet overal als zodanig benoemd. Binnen de tweede lijn zijn verschillende ziekenhuizen initiatieven gestart om het casemanagement antistolling vorm te geven en hebben bijvoorbeeld een antistollingscommissie opgericht, een specifieke casemanager ingesteld en/of een stollingspoli ingericht, maar in andere ziekenhuizen komt de implementatie nog niet van de grond. 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. Op dit moment bestaan er geen vergoedingen voor de activiteiten die het casemanagement antistolling vereist en extra financiering, mankracht en coördinatie zijn dan ook nodig om het casemanagement in zowel de eerste als tweede lijn conform de **LSKA 1.0** vorm te kunnen geven.



## 4 Implementatie Leidraad voor begeleide introductie van NOAC's

De belangrijkste aanbevelingen uit de **Leidraad** die in dit hoofdstuk centraal staan, zijn als volgt:

- Aanwezigheid van NOAC-protocollen in zowel de eerste als tweede lijn
- De centrale regie voor de behandeling en begeleiding van NOAC-patiënten dient bij de voorschrijver/hoofdbehandelaar in de tweede lijn te liggen

### 4.1 Bekendheid met de richtlijn

Alle geïnterviewden zijn bekend met de **Leidraad** en de bijbehorende aanbevelingen.

### 4.2 Meerwaarde

Alle geïnterviewde medisch specialisten zien een meerwaarde voor het gebruik van NOAC-protocollen. De meerderheid van de geïnterviewde eerstelijnsketenpartners geeft echter aan weinig tot niets met NOAC-protocollen te maken te hebben, omdat de behandeling en begeleiding van NOAC-patiënten met name binnen de tweede lijn plaatsvindt. Zij kunnen zich wel voorstellen dat het binnen de tweede lijn belangrijk is dat er protocollen zijn. In enkele regio's waar eerstelijnsketenpartners wel betrokken zijn bij de ontwikkeling van NOAC-protocollen, zien zij er wel de meerwaarde van in.

### 4.3 NOAC-protocollen

Alle geïnterviewde medisch specialisten geven aan dat er binnen hun ziekenhuis ofwel een specifiek NOAC-protocol ontwikkeld is, ofwel dat afspraken met betrekking tot het NOAC-beleid opgenomen zijn in het ziekenhuisbrede antistollingsprotocol. Daarnaast is er binnen een aantal ziekenhuizen een speciale NOAC-poli opgericht. Op regionaal niveau hebben verschillende ziekenhuizen ook afspraken met betrekking tot NOAC's gemaakt met andere ziekenhuizen in de regio en deze afspraken zijn in enkele regio's vastgelegd in regionale NOAC-protocollen. De **Leidraad** vormde in bijna alle gevallen het uitgangspunt voor het maken van bovenstaande afspraken en protocollen, waarbij deze werd vertaald en aangepast naar de eigen situatie binnen het ziekenhuis of de regio.

Vanuit een regiotafel of andere structurele transmurale samenwerkingsverbanden (*zie hoofdstuk 5*) zijn in enkele regio's tevens transmurale NOAC-protocollen ontwikkeld. In deze transmurale protocollen zijn afspraken met betrekking tot het NOAC-beleid op lokaal/regionaal niveau voor de gehele keten vastgelegd, waarbij de overdracht en communicatie tussen de eerste en tweede lijn met betrekking tot NOAC's en de rol die met name medisch specialisten, apothekers, huisartsen en trombosediensten hierin spelen, centraal staan.

#### 4.4 Centrale regie voor NOAC-patiënten

Zoals eerder genoemd, ligt op dit moment de centrale regie voor de behandeling en begeleiding van NOAC-patiënten, conform de **Leidraad**, bij de voorschrijver of hoofdbehandelaar in de tweede lijn. Dit betekent dat de voorschrijver/ hoofdbehandelaar, meestal een cardioloog, naast het voorschrijven van NOAC's als aanspreekpunt voor patiënten en andere ketenpartners fungeert. Daarnaast zijn zij verantwoordelijk voor het voorlichten van patiënten, controleren van de nierfunctie, bewaken van interacties met andere medicatie, (complicatie-) registratie en monitoring, monitoring van therapietrouw, beleid rondom ingrepen en de communicatie naar de eerste lijn. Op dit moment zijn medisch specialisten in Nederland nog terughoudend met het voorschrijven van NOAC's en worden ze nog niet in alle regio's voorgeschreven, met name omdat nog weinig bekend is over de langetermijneffecten van de medicatie. Naar verwachting zal hier echter in de toekomst verandering in komen en zal een groot deel van de antistollingspatiënten een NOAC gaan gebruiken, aldus geïnterviewde medisch specialisten.

Hoewel enkele geïnterviewde medisch specialisten, huisartsen en vertegenwoordigers van de trombosedienst aangeven het huidige beleid als positief te ervaren en een verschuiving van de centrale regie voor NOAC-patiënten naar de eerste lijn niet wenselijk te achten, geeft de meerderheid van de geïnterviewden aan dat zij op termijn hierin wel een rol weggelegd zien voor de eerste lijn. De eerste lijn zou dan met name een rol kunnen spelen in de advisering en begeleiding van NOAC-patiënten. Zeker wanneer in de toekomst een grotere groep patiënten NOAC's gaat gebruiken, wordt het te duur en tijdrovend om de volledige begeleiding in de tweede lijn te laten, aldus de geïnterviewden. Enkele medisch specialisten geven aan dat zij binnen de tweede lijn als voorschrijvers en achterwacht voor complexe NOAC-casuïstiek kunnen blijven fungeren ("backoffice"), terwijl de reguliere begeleiding door de eerste lijn uitgevoerd kan worden ("frontoffice").

*"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."*

Het beeld van hoe de begeleiding en advisering van NOAC-patiënten door de eerste lijn er dan vervolgens uit zou kunnen komen te zien, is wisselend, maar de meerderheid van de geïnterviewden is het erover eens dat met name huisartsen en/of trombosediensten hierin een rol zouden kunnen spelen.

##### **Rol huisartsen**

Verschillende geïnterviewde medisch specialisten en huisartsen zijn van mening dat met name huisartsen een rol in de begeleiding van NOAC-patiënten zouden kunnen vervullen, omdat NOAC's feitelijk niet anders zijn dan reguliere medicijnen en er (in tegenstelling tot de VKA's) geen extra controles en dergelijke nodig zijn. Enkele huisartsen, medisch specialisten en een apotheker zijn van mening dat wanneer de veiligheid voldoende getest is en alle indicaties bekend zijn, zowel de begeleiding als het voorschrijven van NOAC's bij de huisarts kan komen te liggen.

*“De meeste NOAC-patiënten zijn mensen die je als huisarts toch wel één keer per jaar ziet voor een jaarcontrole, dus je hebt ze altijd wel in beeld.”*

*“De centrale rol en regie moet niet bij de medisch specialist blijven, want het is veel te duur wanneer patiënten hiervoor steeds naar het ziekenhuis moeten komen. Dit zou gewoon bij de huisarts kunnen komen te liggen.”*

In één regio in Nederland wordt op dit moment een afwijkend antistollingsbeleid gehanteerd en zijn huisartsen, in plaats van trombosediensten, verantwoordelijk voor de dosering van VKA's. De trombosedienst verzorgt in deze regio met name de controles van de INR-waarden (“International Normalized Ratio”, een internationale maat voor de stolbaarheid van het bloed), waarna patiënten voor eventuele aanpassingen in hun dosering weer terug naar de huisarts gaan. Het overzetten van een VKA op een NOAC en het voorschrijven van NOAC's verloopt op dit moment ook via de huisarts, aldus een geïnterviewde vertegenwoordiger van de trombosedienst uit deze regio. Er bestaan wel plannen om de ketenpartners uit deze regio aan te laten sluiten bij een trombosedienst uit een andere regio, waardoor dit afwijkende antistollingsbeleid in de toekomst mogelijk gelijk getrokken kan worden met het beleid gehanteerd in de overige regio's in Nederland.

### **Rol trombosedienst**

Naast een rol voor de huisarts, geeft de meerderheid van de geïnterviewden aan dat zij met name een rol voor de trombosedienst zien in de begeleiding van NOAC-patiënten, omdat hun organisatiestructuur vanwege de begeleiding van VKA-patiënten hier al op ingericht is. Volgens verschillende geïnterviewde trombosedienst vertegenwoordigers zou hun mogelijke rol in deze begeleiding in de vorm van een samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen en trombosediensten opgezet kunnen worden: het voorschrijven van NOAC's en de uiteindelijke regie blijven in handen van de tweede lijn, waarbij zij ondersteund worden door trombosediensten. Bepaalde begeleidingsactiviteiten met betrekking tot NOAC's zouden dan door de voorschrijvers naar de trombosediensten gedelegeerd kunnen worden, zoals dat ook voor VKA's gebeurt, aldus de geïnterviewden.

*“Eigenlijk wordt het voor de VKA's nu ook op deze manier gedaan: de meeste patiënten komen vanuit de cardiologie en wij zijn als trombosedienst eigenlijk een verlengde arm hiervan. De cardiologie heeft de behandeling van de VKA's naar ons gedelegeerd, maar er vindt continu overleg plaats en zij blijven uiteindelijk verantwoordelijk voor het voorschrijven van de middelen. Voor de NOAC's zou je hetzelfde kunnen doen.”*

In enkele regio's zijn dergelijke samenwerkingsverbanden reeds opgestart, waarbij de trombosedienst een rol speelt bij verschillende aspecten van de begeleiding van NOAC-patiënten:

#### **Overzetten VKA naar NOAC**

Op enkele plaatsen speelt de trombosedienst een rol bij het overzetten van patiënten van een VKA naar een NOAC. De trombosedienst krijgt dan van de voorschrijver, meestal de cardioloog, bericht wanneer een patiënt op een NOAC overgezet dient te worden. Vervolgens nemen zij contact op met de patiënt, informeren de patiënt over de

nieuwe medicatie en bepalen aan de hand van de INR-waarden wanneer een patiënt kan beginnen met de NOAC. Vanuit een enkele trombosediensdienst wordt een medewerker gedetacheerd naar de afdeling cardiologie van een ziekenhuis, waar de trombosediensdienstmedewerker patiënten die overgaan op een NOAC begeleidt. Sommige trombosediensdiensten begeleiden, in overleg met de cardioloog, tevens patiënten die bijvoorbeeld vanwege bijwerkingen teruggezet moeten worden van een NOAC naar een VKA. De begeleiding van patiënten die nieuw op een NOAC gezet wordt, ligt nu in principe nog enkel in de tweede lijn, maar geïnterviewde trombosediensdienstvertegenwoordigers geven aan hier op termijn ook graag een rol in te kunnen en willen gaan spelen. Patiënten kunnen dan na de voorschrijving aangemeld worden bij de trombosediensdienst, waarna zij de verdere begeleiding verzorgen.

#### *Registratie*

Op dit moment ontbreekt op de meeste plaatsen registratie van NOAC's, waardoor weinig informatie over de medicatie bekend is. Structurele registratie van NOAC's, eventueel in landelijk verband, kan volgens de geïnterviewden bijdragen aan het in beeld brengen van de effecten van NOAC's, zodat hier ook onderzoek naar gedaan kan worden. Verschillende geïnterviewde trombosediensdienstvertegenwoordigers geven aan dat zij graag de registratie van NOAC-patiënten voor hun rekening zouden willen nemen, zoals zij dit ook voor VKA-patiënten doen. Op enkele plaatsen is hiermee al een begin gemaakt en registreren trombosediensdiensten onder andere indicaties, complicaties en doseringen met betrekking tot NOAC's en volgen zij patiënten over de tijd. Voor deze registratie is op verschillende plaatsen een aparte module ingebouwd binnen het bestaande registratie- en doseersysteem van de trombosediensdienst. In de meeste gevallen vindt registratie enkel plaats voor patiënten die overgezet zijn van een VKA naar een NOAC. Trombosediensdiensten zouden deze informatie echter op termijn ook graag willen registreren voor patiënten die nieuw op een NOAC worden gezet, aldus de geïnterviewden.

#### *Monitoring van therapietrouw*

Aangezien NOAC-gebruik geen reguliere controles door de trombosediensdienst vereist, wordt het monitoren van therapietrouw door verschillende geïnterviewden belangrijk geacht. De meeste geïnterviewden zien hiervoor een rol voor de trombosediensdienst weggelegd. Op enkele plaatsen zijn trombosediensdiensten reeds initiatieven gestart om therapietrouw van NOAC-patiënten te monitoren, bijvoorbeeld door patiënten een aantal keer per jaar op te bellen om te vragen hoe het gaat of hen elk half jaar uit te nodigen voor een controlegesprek. Echter, enkele geïnterviewde vertegenwoordigers van trombosediensdiensten, medisch specialisten en huisartsen geven aan dat het monitoren van therapietrouw primair bij de apotheek moet komen te liggen, zoals ook aanbevolen wordt in de **Leidraad**. Apotheken kunnen controleren of NOAC-patiënten hun medicatie hebben opgehaald en indien dit niet zo is contact opnemen met patiënten.

#### *Vraagbaak*

De trombosediensdienst fungeert op verschillende plaatsen voor zowel patiënten als andere eerstelijnspartners als vraagbaak met betrekking tot NOAC's, zoals zij dit ook voor VKA's doen.

*“Mensen bellen met de meest uiteenlopende vragen naar de trombosediensdienst. We*

*proberen dit ook aan te moedigen en zo laagdrempelig mogelijk te zijn. Of patiënten net zo gemakkelijk hun cardioloog zullen bellen met vragen over NOAC's, daar twijfel ik aan. Die drempel ligt vaak toch hoger."*

#### *Nierfunctie bepaling*

NOAC's vereisen een periodieke nierfunctie bepaling en deze worden op enkele plaatsen door trombosediensten uitgevoerd.

#### *Beleid rondom ingrepen*

Wanneer een patiënt een ingreep moet ondergaan in het ziekenhuis, wordt dit op sommige plaatsen ook door de trombosedienst geregeld. In overleg met de cardioloog bepalen zij het beleid rondom ingrepen voor patiënten en bespreken zij bijvoorbeeld met de patiënt of stoppen of overbruggen van de NOAC rondom de ingreep nodig is.

#### *Loket antistolling*

Zoals in paragraaf 3.5 beschreven staat, bestaan er binnen enkele trombosediensten plannen voor het inrichten van een "Loket antistolling" binnen het ziekenhuis, waarnaar iedere patiënt, onafhankelijk van het type voorgeschreven antistollingsmiddel, doorverwezen wordt door de voorschrijver. Het loket draagt zorg voor het verstrekken van alle relevante informatie met betrekking tot de antistollingsbehandeling. In het geval van NOAC-patiënten draagt het loket tevens zorg voor het bespreken van therapietrouw en het regelen van de vereiste nierfunctie bepalingen. Ook wanneer een patiënt overgezet moet worden van een VKA naar een NOAC of andersom, kan dat vanuit het loket antistolling geregeld worden.

#### **Rol van de patiënt**

Naast een rol voor huisartsen en trombosediensten, dienen ook patiënten zelf betrokken te worden bij het NOAC-beleid, aldus vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen. De vertegenwoordigers geven aan dat patiënten in het algemeen weinig tot niet bij hun antistollingsbehandeling worden betrokken. Zij achten het echter essentieel om patiënten uitgebreid te informeren over hun behandeling en hun aandoening, zodat zij goed begrijpen wat er aan de hand is, wat het belang is van zelf goed opletten bij bijvoorbeeld ingrepen of het wisselen van zorgverlener en wat zij zelf kunnen doen wanneer bijvoorbeeld een klacht terugkomt. Dit gebeurt nog niet altijd voldoende, aldus de vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen. Het opstellen van een individueel zorgplan voor patiënten kan helpen om de betrokkenheid en het inzicht van patiënten met betrekking tot hun antistollingsbehandeling te vergroten. Daarnaast wordt op enkele plaatsen gewerkt aan speciale digitale portals of apps voor antistollingspatiënten (zie paragraaf 6.4). Dergelijke initiatieven kunnen volgens de geïnterviewden mogelijk ook voor NOAC-patiënten ontwikkeld worden, waarmee patiënten zelf hun doseringen, nierfunctie en dergelijke in de gaten kunnen houden.

*"Over het geheel spelen dingen zich nu af bij patiënten, maar niet mét patiënten. Zeker wanneer het gaat om zoiets complex als antistolling door de keten heen, gebeuren er echter veel dingen waar mensen zelf meer grip op zouden kunnen hebben. Als de situatie het toelaat, kun je patiënten desnoods verplichten om bepaalde aspecten van hun antistollingsbehandeling zelf te regelen. Dit gebeurt nu nog maar heel erg weinig: het overkomt mensen en ze laten het zich ook vaak overkomen."*

De vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen zijn tevens van mening dat patiënten betrokken zouden kunnen worden bij de keuze voor een bepaalde behandeling. Zo is er een grote groep patiënten voor wie zowel een VKA als een NOAC geschikt is en bij deze groep patiënten zou de medisch specialist de keuze voor het antistollingsmiddel met de patiënt samen kunnen bespreken. Ondersteund door keuzehulpmiddelen kan vervolgens middels gedeelde besluitvorming een beslissing genomen worden. Niet elke patiënt heeft er behoefte aan om mee te denken over zijn of haar eigen behandeling, maar medisch specialisten kunnen het in ieder geval aan patiënten voorleggen, aldus de geïnterviewden.

#### *Zelfzorg*

In Nederland bestaat een landelijke organisatie die zelfzorg voor VKA-patiënten faciliteert en begeleidt. Zelfzorg houdt in dat patiënten in eerste instantie zelf verantwoordelijk worden voor de controles van de INR-waarden en in een latere fase eventueel ook voor het doseren van de VKA. De landelijke organisatie ondersteunt patiënten hierbij middels e-learning, begeleidingsgesprekken, tweewekelijks contact, 24/7 bereikbaarheid en ondersteuning bij ingrepen, medicatie en bijwerkingen. Bij afwijkingen wordt contact opgenomen met de betrokken ketenpartners. Naast de begeleiding van VKA-patiënten, gaan zij op korte termijn ook starten met het begeleiden van NOAC-patiënten. NOAC's hebben voordelen, onder andere omdat periodieke controles van de INR-waarden niet langer nodig zijn, maar moeten goed begeleid worden, aldus een vertegenwoordiger van deze landelijke organisatie.

## **4.5 Randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie**

### **Samenwerking eerste en tweede lijn**

De ervaringen met bovenstaande initiatieven waarbij de trombosedienst de begeleiding van NOAC-patiënten ondersteunt, zijn over het algemeen positief. Er lijkt echter een communicatieprobleem te bestaan met betrekking tot de gewenste betrokkenheid van de trombosedienst bij de begeleiding van NOAC-patiënten: volgens enkele medisch specialisten hebben trombosediensten aangegeven niks met het NOAC-beleid in hun regio te maken te willen hebben, terwijl in dit onderzoek de meerderheid van de geïnterviewde trombosedienst vertegenwoordigers aangeeft juist graag een rol te willen spelen in de advisering en begeleiding van NOAC-patiënten. Daarnaast geven verschillende trombosediensten aan dat zij verwachten dat de tweede lijn niet open staat voor hun mogelijke betrokkenheid bij de begeleiding van NOAC-patiënten, terwijl de meerderheid van de geïnterviewde medisch specialisten aangeeft hiervoor op termijn een rol voor de eerste lijn, en dan met name voor trombosediensten en/of huisartsen, te zien. Een enkele medisch specialist geeft aan hier niet de meerwaarde van in te zien en wil de volledige behandeling en begeleiding liever in de tweede lijn houden.

Er lijken dus verschillende beelden bij de betrokken partijen te bestaan, die mogelijk niet kloppen. Transmurale overleggen, afspraken en protocollen kunnen helpen om dergelijke communicatieproblemen op te lossen en duidelijkheid te creëren in de keten ten aanzien van verwachtingen, taken en verantwoordelijkheden omtrent het NOAC-beleid.

### **Financieringsstructuur**

Omdat de centrale regie voor de behandeling en begeleiding van NOAC-patiënten op dit moment in de tweede lijn ligt en het ook op deze manier in de richtlijnen beschreven staat, is er geen vergoeding mogelijk voor eerstelijnsketenpartners wanneer zij onderdelen van de begeleiding van NOAC-patiënten voor hun rekening nemen. Wanneer bijvoorbeeld trombosediensten NOAC's gaan registreren, hangt hier een prijskaartje aan, omdat er een apart systeem voor gebouwd moet worden en mankracht nodig is om de gegevens te verzamelen en up-to-date te houden. Daarnaast zijn begeleidingsactiviteiten, zoals het geven van voorlichting en het monitoren van therapietrouw, nergens te declareren. Een mogelijke oplossing die door verschillende geïnterviewde vertegenwoordigers van trombosediensten genoemd wordt, is dat de cardiologie een deel van het NOAC-beleid naar delegeert, zoals dat ook voor de VKA's gebeurt. Begeleiding en advisering van NOAC-patiënten in de eerste lijn zou dan deels door de tweede lijn bekostigd kunnen worden. Trombosediensten verwachten echter niet dat de tweede lijn hiervoor open staat.

### **Opleiding**

Verschillende geïnterviewde medisch specialisten geven aan dat er binnen hun ziekenhuis behoefte is aan ondersteuning in de zorg voor NOAC-patiënten door nurse-practitioners of physician-assistants. Dit zouden dezelfde personen kunnen zijn die onderdeel uitmaken van het casemanagement antistolling binnen het ziekenhuis (*zie paragraaf 3.4*). Deze nurse-practitioners en physician-assistants dienen hiervoor speciaal opgeleid te worden, dus investeren hierin is nodig. Wanneer de begeleiding van NOAC-patiënten op termijn ondersteund gaat worden door eerstelijnsketenpartners, zoals de trombosedienst of de huisarts, is tevens opleiding en/of bijscholing nodig, omdat op dit moment niet binnen alle organisaties voldoende kennis en expertise met betrekking tot NOAC's aanwezig is, aldus de geïnterviewden.

## **4.6 Conclusie**

Binnen de meeste ziekenhuizen wordt de **Leidraad** als uitgangspunt gebruikt om afspraken met betrekking tot NOAC's te maken en specifieke NOAC-protocollen te ontwikkelen. Op regionaal niveau worden afspraken over NOAC's gemaakt tussen ziekenhuizen en op enkele plaatsen zijn ook transmurale NOAC-protocollen ontwikkeld. De meeste geïnterviewden zien op termijn een rol weggelegd voor de eerste lijn 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. Op enkele plaatsen bestaan samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en trombosediensten, waarbij de trombosedienst de tweede lijn ondersteunt bij de begeleiding van NOAC-patiënten en als aanspreekpunt voor patiënten en andere eerstelijnsketenpartners fungeert. Daarnaast dragen zij op sommige plaatsen zorg voor het overzetten van patiënten van een VKA naar een NOAC, registratie van NOAC's, monitoring van therapietrouw en het uitvoeren van de vereiste periodieke nierfunctie bepalingen. Aanpassingen in de financieringsstructuur en opleiding zijn nodig om optimale zorg voor NOAC-patiënten, met ondersteuning door onder andere nurse practitioners, physician-assistants en de eerste lijn, te kunnen realiseren.

## 5 Implementatie Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling 2.0: Structurele transmurale samenwerkingsverbanden

De belangrijkste aanbevelingen uit de **LSKA 2.0** die in dit onderzoek centraal staan, zijn als volgt:

- Realiseren van structurele transmurale samenwerkingsverbanden met betrekking tot antistollingszorg (bijvoorbeeld regiotafel)
- Vormgeving van Regionale antistollingscentra en Expertisecentra, waarbinnen de totale ketenzorg rondom antistolling bij elkaar gebracht wordt (*zie hoofdstuk 6*)

Gezien de grote hoeveelheid informatie die met betrekking tot deze aanbevelingen uit de interviews naar voren is gekomen, staat in dit hoofdstuk de eerste aanbeveling centraal. In hoofdstuk 6 wordt vervolgens de informatie met betrekking tot de tweede aanbeveling besproken.

### 5.1 Bekendheid met de richtlijn

Van de 55 geïnterviewden zijn er 52 op de hoogte van de **LSKA 2.0**, inclusief de bijbehorende aanbevelingen. Enkele huisartsen (N=3) geven aan hiervan nog niet op de hoogte te zijn, dus de bekendheid van de richtlijn onder huisartsen lijkt wat lager te liggen.

### 5.2 Meerwaarde

De meerderheid van de geïnterviewden ziet een meerwaarde voor het opzetten van structurele transmurale samenwerkingsverbanden voor antistolling en acht deze verbanden noodzakelijk om afstemming van het antistollingsbeleid op lokaal/regionaal niveau te kunnen realiseren. Daarnaast achten zij structurele verbanden noodzakelijk om duidelijke afspraken te kunnen maken over wie waarvoor binnen de keten verantwoordelijk is.

Enkele geïnterviewden geven echter aan dat zij niet zozeer de meerwaarde en noodzaak inzien van het opzetten van structurele transmurale samenwerkingsverbanden, omdat zij tevreden zijn over de samenwerkingsverbanden met betrekking tot antistollingszorg die binnen hun (vaak kleinere) lokale context op dit moment bestaan. Een aantal huisartsen geeft bijvoorbeeld aan dat zij vaak rechtstreeks overleggen met de trombosedienst, apotheker of medisch specialist over een patiënt, waardoor er voor hen geen verdere overlegstructuren nodig zijn. Verschillende tandartsen zien ook niet direct een meerwaarde: zij sluiten in sommige regio's wel eens aan bij transmurale overleggen, maar hebben hun eigen protocol voor antistolling (ACTA-protocol) en de komst van de **LSKA's** heeft hierin voor hen weinig veranderd.



*“Wanneer je bijvoorbeeld een huisarts en een medisch specialist bij elkaar zet, praten zij over twee verschillende richtlijnen voor antistolling. Het schiet niet op om hen dan bij elkaar in een vergadering te zetten.”*

Enkele medisch specialisten geven tot slot aan dat zij graag eerst de zaken binnen hun eigen ziekenhuis goed willen regelen en onder meer invulling willen geven aan het casemanagement antistolling, alvorens over te gaan tot implementatieactiviteiten op transmuraal niveau. Zoals eerder beschreven bestaan er binnen de meeste ziekenhuizen duidelijke afspraken met betrekking tot antistollingszorg bij kinderen en is het kindercasemanagement ingericht, waardoor er vanuit de kindergeneeskunde geen behoefte is aan verdere overlegstructuren.

### **5.3 Structurele transmurale samenwerkingsverbanden**

In verschillende regio's in Nederland zijn structurele transmurale samenwerkingsverbanden opgericht, waarvan de “regiotafel antistolling” de meest genoemde is. In regio's waar geen regiotafels bestaan, worden samenwerkingsverbanden met betrekking tot antistolling vaak op een andere manier vormgegeven, bijvoorbeeld door bilaterale overleggen tussen ketenpartners onderling.

#### **5.3.1 Regiotafel antistolling**

In verschillende, maar lang niet alle, regio's in Nederland hebben (casemanagers van de) trombosediensten een regiotafel antistolling opgezet. Het doel van deze regiotafels is om de verschillende ketenpartners uit een bepaalde regio bij elkaar te brengen en enkele keren per jaar gezamenlijk te overleggen over het antistollingsbeleid.

De exacte samenstelling van de regiotafels wisselt per regio, maar in principe bestaat een regiotafel uit vertegenwoordiging vanuit alle eerste- en tweedelijnsketenpartners betrokken bij antistollingszorg:

- (Casemanager van de) Trombosedienst - *Initiatiefnemer*
- Medisch specialisten vanuit de ziekenhuizen binnen de regio: bijvoorbeeld cardioloog, internist, neuroloog, chirurg, anesthesioloog, klinisch chemicus en/of afgevaardigden van de antistollingscommissie van elk ziekenhuis
- Ziekenhuisapotheek
- Huisarts
- Tandarts
- Openbare apotheek
- Specialist ouderengeneeskunde
- Overige betrokkenen, zoals thuiszorg en patiënten

Binnen praktisch elke regiotafel staan het maken van transmurale afspraken en het ontwikkelen van protocollen en richtlijnen met betrekking tot antistollingszorg op lokaal/regionaal niveau centraal. De geïnterviewden geven aan dat dit kan gaan om afspraken met betrekking tot zowel inhoudelijke als organisatorische antistollingsprocessen en om alle verschillende typen antistollingsmiddelen (VKA, TAR, NOAC). Ook de ontwikkeling van ziekenhuisbrede protocollen en de onderlinge

afstemming van deze protocollen tussen ziekenhuizen uit een regio maken vaak onderdeel uit van de regiotafel. Daarnaast wordt binnen de meeste regiotafels aandacht besteed aan (complexe) antistolling casuïstiek en complicatiebespreking en worden praktische zaken besproken, zoals de ontwikkeling van een uniform ingrepenformulier.

Vergelijkbaar met het casemanagement antistolling, geeft elke regio op zijn eigen manier vorm aan de concrete invulling van de regiotafels. De aanvliegroute voor het maken van transmurale afspraken, protocollen en richtlijnen verschilt dan ook per regiotafel. Het aantal bijeenkomsten van een regiotafel dat per jaar georganiseerd wordt is wisselend, variërend van één keer in de maand tot twee keer per jaar. Daarnaast maken sommige regiotafels enkel gebruik van centrale bijeenkomsten om de aanbevelingen uit de **LSKA's** te bespreken en transmurale afspraken, protocollen en richtlijnen op te stellen, terwijl andere regiotafels in kleinere werkgroepen werken om bijvoorbeeld gemaakte afspraken te vertalen naar protocollen en richtlijnen op lokaal/regionaal niveau.

Enkele geïnterviewden geven aan dat er binnen hun regiotafel aparte werkgroepen zijn gevormd voor eerste- en tweedelijns vertegenwoordigers, vanwege de verschillende belangen van deze partijen. Beide groepen werken aan hun eigen transmurale afspraken en richtlijnen op lokaal/regionaal niveau en een aantal keer per jaar komt de hele groep bij elkaar om de stand van zaken te bespreken en afspraken met betrekking tot de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn te maken. Een hierbij aansluitende aanpak die een aantal keren genoemd werd, is dat binnen de regiotafel aparte werkgroepen per ketenpartner gevormd worden om de aanbevelingen uit de beide **LSKA's** per ketenpartner te kunnen organiseren. De afspraken en ketenpartner-specifieke protocollen die hieruit voortkomen worden vervolgens tijdens gezamenlijke bijeenkomsten besproken en op elkaar afgestemd. Het hanteren van een dergelijke werkwijze zorgt in deze, vaak grotere, regio's voor een betere opkomst bij de centrale regiotafel en de aparte werkgroep bijeenkomsten, omdat bij de bijeenkomsten onderwerpen besproken worden die iedereen aan tafel aangaan. Tot slot komen er vanuit de regiotafels soms ook kleinschaligere transmurale overleggen voort, waarbinnen afspraken gemaakt worden die alleen bepaalde ketenpartners aangaan. De werkgroep "perioperatief beleid" is hiervan een voorbeeld:

*"Binnen onze regiotafel is complicatiebespreking een vast onderdeel en worden lopende afspraken besproken en nieuwe afspraken gemaakt. Van deze bijeenkomsten worden notulen gemaakt en hier komen vaak allerlei kleinschaligere overleggen uit voort, waar dan ook weer protocollen uit voort komen. Het perioperatieve overleg is hiervan een voorbeeld, dat is uit de regiotafel voortgekomen. Binnen deze werkgroep werken een ziekenhuisapotheker, anesthesioloog, cardioloog, chirurg en de medisch leider van de trombosedienst momenteel samen aan een update van het perioperatieve beleid."*

Enkele geïnterviewden geven aan dat voor elke bijeenkomst van hun regiotafel een lid van de regiotafel of een externe spreker uitgenodigd wordt om vanuit zijn of haar professie een presentatie te geven over de stand van zaken met betrekking tot antistollingszorg. Een dergelijke aanpak biedt de mogelijkheid om vanuit verschillende perspectieven naar antistollingszorg te kijken, te onderzoeken hoe iedereen er mee omgaat en te inventariseren waar de knelpunten zich bevinden voor de verschillende

ketenpartners. Deze knelpunten kunnen dan vervolgens in gezamenlijkheid opgepakt en waar mogelijk opgelost worden, bijvoorbeeld door middel van het maken van nieuwe of hernieuwde transmurale afspraken die vastgelegd worden in protocollen, aldus de geïnterviewden.

In het algemeen wordt er vanuit de regiotafel naar gestreefd om een blauwdruk te maken voor het transmurale antistollingsbeleid. Deze blauwdruk dient vervolgens door de betrokken vertegenwoordigers naar hun achterban gecommuniceerd te worden, zodat iedere ketenpartner de gemaakte afspraken kan vertalen naar zijn of haar eigen lokale organisatie en protocollen, en de eigen “couleur locale” hierin kan verwerken. Om de vertaling naar de achterban te optimaliseren, geven verschillende geïnterviewden aan dat in hun regio refereravonden georganiseerd worden, waar de gemaakte transmurale afspraken worden besproken en waarvoor accreditatie aangevraagd kan worden. Tot slot wordt door middel van workshops, symposia en presentaties getracht de verspreiding van de gemaakte afspraken te bevorderen, aldus de geïnterviewden.

In sommige regio's bestaan regiotafels al enkele jaren, terwijl deze binnen andere regio's pas enkele maanden bestaan. Enkele trombosediensten hebben in 2009 meegedaan aan een pilot onderzoek van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM), waarbij er een projectmanager beschikbaar werd gesteld. Deze projectmanager heeft eerst binnen de regio de mogelijke ideeën, behoeften en voorkeuren ten aanzien van het antistollingsbeleid in het algemeen en transmurale samenwerking in het bijzonder in kaart gebracht, en aan de hand daarvan een regiotafel opgezet. In enkele regio's zijn plannen om de regiotafels op te schalen naar provinciaal niveau.

### **5.3.2 Overige transmurale initiatieven**

#### **Bilateraal overleg**

Ondanks het feit dat in principe vanuit iedere trombosedienst een regiotafel opgezet zou moeten worden (van der Kwaak- van Hout, 2010), geven enkele geïnterviewden aan dat er binnen hun trombosedienst vanwege organisatorische bezwaren bewust niet is gekozen voor het opzetten van een regiotafel. Bij andere trombosediensten is het opzetten van een regiotafel simpelweg nooit ter sprake gekomen. De meerderheid van de trombosedienst vertegenwoordigers uit deze (vaak kleinere) regio's waar geen officiële regiotafels bestaan, geeft aan dat samenwerkingsverbanden met betrekking tot antistolling op een andere manier vormgegeven worden. Met name bilaterale overleggen tussen ketenpartners onderling worden gebruikt voor het maken van afspraken en het afstemmen van het antistollingsbeleid.

*“In onze regio gaat de transmurale samenwerking goed. Het is een relatief kleine regio, met daar binnen één ziekenhuis, één huisartsen zorggroep en één apothekers zorggroep. Dit maakt het samenwerken gemakkelijker en snel schakelen mogelijk.”*

*“Wij hebben als groot ziekenhuis afspraken met apothekers en huisartsen uit de regio over de TAR's en de NOAC's. Met de trombosediensten hebben we afspraken gemaakt met betrekking tot de VKA's. Daarnaast hebben we nauwe banden met de andere ziekenhuizen in de regio: we maken gebruik van elkaars expertise en hebben ervoor*

*gezorgd dat ons beleid richting de eerste lijn hetzelfde is. Dit werkt voor alle partijen fijner.”*

Verschillende geïnterviewde medische specialisten geven aan hun ziekenhuisbrede protocollen voor antistolling te hebben gedeeld met andere ziekenhuizen in de regio waar dergelijke protocollen nog niet ontwikkeld waren, zodat zij deze ook kunnen gebruiken en een vergelijkbaar antistollingsbeleid kunnen gaan hanteren.

In de regio's zonder regiotafels vinden naast bilaterale overleggen tussen ketenpartners onderling vaak incidenteel wel bredere overleggen plaats, wanneer transmurale afspraken over specifieke onderwerpen gemaakt dienen te worden.

*“Bij specifieke thema's worden de verschillende ketenpartners wel bij elkaar geroepen. Wanneer bijvoorbeeld het thema diep veneuze trombose besproken wordt, gaat dit zowel de eerste als tweede lijn aan. Dan worden onder andere ook de huisartsen erbij geroepen en bespreken we gezamenlijk het beleid. En wanneer kaakchirurgen beleid willen afspreken met de tandartsen, worden zij erbij geroepen.”*

### **Bestaande regionale structuren**

Naast bilaterale overleggen tussen de verschillende ketenpartners onderling, geven verschillende geïnterviewden aan dat in hun regio tevens reeds bestaande overleg- en ketenstructuren gebruikt worden om transmurale afspraken met betrekking tot antistollingszorg te maken.

Zo vindt in verschillende regio's regelmatig een farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO) plaats tussen huisartsen, openbare apothekers, ziekenhuisapothekers en medisch specialisten, waarin regionale afspraken en protocollen omtrent medicatie in het algemeen centraal staan. Geïnterviewden uit deze regio's geven aan dat antistolling onderdeel uitmaakt van dit overleg. Wanneer dit onderwerp aan bod komt tijdens een FTTO, sluit op de meeste plaatsen ook de trombosedienst als gesprekspartner aan. Naast FTTO's bestaan er op meer lokaal niveau in de meeste regio's ook farmacotherapeutische overleggen (FTO's), waarbij vooral lokale huisartsen en apothekers betrokken zijn. Wat er binnen het FTTO bedacht en besloten wordt, wordt aan de FTO's teruggekoppeld om het in het veld verder te verspreiden, aldus de geïnterviewden.

Ten tweede geven verschillende geïnterviewde huisartsen aan dat zij zijn verenigd binnen zorggroepen, waarbij alle huisartsen uit een bepaalde regio zich aan kunnen sluiten. Binnen een zorggroep staat de ontwikkeling van collectief gedragen behandelplannen centraal, waaronder ook antistollingszorg valt. Het bestuur van de zorggroep stelt deze collectieve behandelplannen in overleg met andere betrokken partijen op. Aangesloten huisartsen worden via de zorggroep op de hoogte gehouden van de collectieve behandelplannen, zodat zij binnen hun lokale praktijk een vergelijkbaar beleid kunnen voeren. Naast huisartsen maken in sommige regio's ook andere disciplines, zoals apotheken, thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen, deel uit van een zorggroep. In verschillende regio's vertegenwoordigt een lid van een zorggroep de huisartsen binnen een regiotafel.

*“Daarnaast ben ik als huisarts aangesloten bij een zorggroep. Hier kunnen alle huisartsen uit de regio zich bij aansluiten. De zorggroep zorgt voor overleg met alle partners op een hoger niveau en maakt bepaalde afspraken met bijvoorbeeld medisch specialisten om ervoor te zorgen dat het beleid op elkaar afgestemd wordt en de communicatie verbetert. Helaas zitten niet alle huisartsen uit de regio bij de zorggroep aangesloten.”*

Een aantal geïnterviewde huisartsen geeft verder aan dat er in bijna elke regio een kaderhuisarts hart- en vaatziekten werkzaam is. Dit is een huisarts die een verdiepende opleiding heeft gevolgd met betrekking tot hart- en vaatziekten en onder andere zorg draagt voor de verspreiding van richtlijnen, ontwikkeling van protocollen en als consultant voor collega's uit de regio fungeert. Antistolling is een belangrijk en veel besproken onderwerp voor deze kaderhuisartsen, aldus de geïnterviewden.

Tot slot zijn in sommige regio's commissies opgericht rondom een specifiek thema, zoals een commissie "medicatie overdracht". Een geïnterviewde betrokkene geeft aan dat binnen de commissie medicatie overdracht binnen een keten in het algemeen centraal staat, waaronder ook antistolling valt. Vergelijkbaar met een regiotafel, zitten in dergelijke commissies vaak vertegenwoordigers uit zowel de eerste als de tweede lijn, aldus de geïnterviewde.

#### **Regionale trombosediensten**

In verschillende regio's zijn trombosediensten bezig om met elkaar te fuseren, waardoor "regionale trombosediensten" ontstaan. Binnen deze regionale trombosediensten wordt het antistollingsbeleid gezamenlijk vormgegeven. Op andere plaatsen is er geen sprake van een bestuurlijke fusie, maar richten trombosediensten onderling structurele samenwerkingsverbanden op, waarbij zij bijvoorbeeld een gezamenlijk inkoopbeleid hanteren of hun medische protocollen en (ingrepen- of aanmelding) formulieren op elkaar afstemmen. Enkele geïnterviewde vertegenwoordigers van reeds opgerichte regionale trombosediensten geven aan dat zij vanuit hun grote, regionale trombosediensten vaak de initiatiefnemers zijn voor het maken van transmurale afspraken met andere ketenpartners in de regio. Daarnaast spelen zij een belangrijke rol bij de vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra (*zie hoofdstuk 6*).

## **5.4 Randvoorwaarden en knelpunten met betrekking implementatie**

### **Opkomst en betrokkenheid**

Een belangrijk knelpunt dat met name met betrekking tot de regiotafels genoemd wordt, is de betrokkenheid en de opkomst. In sommige regio's is de opkomst bij de regiotafels goed en is bij elke vergadering vertegenwoordiging vanuit verschillende ketenpartners aanwezig. Echter, in andere regio's is de opkomst een probleem en in sommige gevallen zelfs reden om een regiotafel op te heffen. Met name de opkomst van medisch specialisten, huisartsen en tandartsen is vaak laag en niet iedereen lijkt aan tafel te zitten met een gelijkwaardig gevoel van urgentie, aldus de geïnterviewden.

Vooraf in grotere regio's waar zich meerdere ziekenhuizen en trombosediensten bevinden, lijkt de transmurale samenwerking moeilijker van de grond te komen.

Trombosedienst vertegenwoordigers geven aan dat het in deze regio's lastig is om de verschillende ketenpartners aan te laten sluiten bij structurele transmurale overleggen, zoals een regiotafel. Bepaalde ketenpartners, zoals specialisten ouderengeneeskunde, geven aan graag bij transmurale overleggen aan te willen sluiten, maar hier niet altijd bij betrokken te worden. Het kennen van de verschillende ketenpartners binnen een regio helpt om iedereen aan tafel te krijgen, maar dit is binnen een grote regio vaak lastig te realiseren, aldus de geïnterviewden.

*“Het succes van dergelijke initiatieven hangt af van enthousiaste vertegenwoordigers, die extra taken op zich willen nemen. Deze vertegenwoordigers moeten daarnaast samen komen, wat praktisch vaak lastig te realiseren is”.*

Zoals eerder beschreven worden in sommige regio's vanuit een regiotafel kleinere werkgroepen gevormd, waarbinnen (ketenpartner-specifieke) afspraken en protocollen gemaakt worden. Vervolgens worden deze afspraken tijdens gezamenlijke bijeenkomsten besproken en op elkaar afgestemd. Een dergelijke werkwijze zorgt mogelijk voor een betere opkomst, omdat bij de bijeenkomsten onderwerpen besproken worden die iedereen aan tafel aangaan, aldus de geïnterviewden.

*“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, komt er extra voor, dus dan moet het ook nuttig zijn. Binnen de regiotafel wordt soms ook in aparte werkgroepjes gewerkt, waar de één met dit en de ander met dat aan de slag gaat. 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. Wanneer je gezichten kent en elkaar vaker spreekt, pak je gemakkelijker de telefoon als er iets geregeld moet worden, dat is een groot voordeel.”*

Daarnaast geven geïnterviewden aan dat ernaar gestreefd moet worden om vertegenwoordigers zoveel mogelijk met mandaat vanuit de achterliggende beroepsgroep deel te laten nemen aan structurele transmurale overleggen, zoals een regiotafel. Meer specifiek dient indien mogelijk een vertegenwoordiger van een breder ketenpartner-specifiek verband, zoals een huisartsen zorggroep, met mandaat vanuit dit verband de betreffende ketenpartner te vertegenwoordigen binnen het overleg. Een dergelijke aanpak kan mogelijk de opkomst en betrokkenheid bevorderen en tevens het draagvlak voor de gemaakt afspraken vergroten. Tot slot kan het accrediteren van deelname aan transmurale overleggen de opkomst en betrokkenheid mogelijk verbeteren, aldus de geïnterviewden.

### **Ondersteuning en coördinatie**

Verschillende geïnterviewden geven aan dat (administratieve) ondersteuning en coördinatie gewenst is om structurele transmurale samenwerkingsverbanden op te kunnen zetten en te behouden, en de opkomst en betrokkenheid hierbij te optimaliseren. Iedereen doet het er vaak bij en de organisatie van transmurale overleggen neemt veel tijd in beslag. De regio's die destijds hebben meegedaan aan het pilot onderzoek van het IVM, waarbij er een projectmanager beschikbaar werd gesteld, hebben die ondersteuning als positief ervaren en geven aan dat het organiseren van de

regiotafels lastiger te realiseren is nu deze ondersteuning is weggefallen.

Enkele regio's worden bij het opzetten en coördineren van transmurale samenwerkingsverbanden ondersteund door een onafhankelijk platform. Een dergelijk platform draagt zorg voor het bij elkaar brengen van verschillende ketenpartners en de organisatie van bijeenkomsten, zoals bijeenkomsten van een regiotafel of FTTO's. Daarnaast ondersteunen Medisch Coördinerende Centra (MCC) in enkele regio's het maken van afspraken en het afstemmen van het beleid op lokaal/regionaal niveau. MCC's zijn onafhankelijke centra, vaak in de aderentie van een ziekenhuis, die transmurale samenwerkingen binnen een keten bevorderen. De overkoepelende federatie van alle MCC's, de Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC), heeft een methode ontwikkeld om transmurale richtlijnen en protocollen op te stellen. Deze methode wordt in enkele regio's gebruikt om, al dan niet onder leiding van een onafhankelijk platform, afspraken met betrekking tot antistollingszorg te maken op lokaal/regionaal niveau. Dit gaat als volgt in zijn werk: eerst stellen een aantal experts een transmurale richtlijn op aan de hand van een landelijke richtlijn en aangepast aan de eigen lokale/regionale context. Vervolgens gaat deze richtlijn naar een bredere leeskring die hierop kan reageren. Vervolgens wordt de richtlijn definitief gevormd. Zo is er in enkele regio's aan de hand van de FMCC-methode een Regionale Transmurale Afspraak (RTA) voor antistolling ontwikkeld, waarvoor de **LSKA's** als bron zijn gebruikt.

## **ICT**

Wanneer verschillende ketenpartners met elkaar gaan samenwerken en hun beleid op elkaar afstemmen, achten de geïnterviewden het essentieel dat zij toegang hebben tot elkaars systemen. Verschillende geïnterviewde trombosedienst vertegenwoordigers en medisch specialisten geven aan dat hiertoe het doseersysteem van de trombosedienst gekoppeld zou kunnen worden aan het ziekenhuissysteem en desgewenst ook aan de systemen van de overige ketenpartners, zoals het huisartsensysteem. Op deze manier kunnen bijvoorbeeld trombosediensten informatie inzien over de bij hen door het ziekenhuis aangemelde patiënten, hetgeen de samenwerking en afstemming tussen de eerste en tweede lijn bevordert. Tussen enkele organisaties is een dergelijke koppeling van systemen reeds gerealiseerd, maar op de meeste plaatsen is dit nog niet het geval.

Enkele geïnterviewde medisch specialisten geven aan dat het inbouwen van een module "antistolling" binnen het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) van het ziekenhuis een andere optie zou kunnen zijn om uitwisseling en inzage van gegevens te bevorderen. Met toestemming van patiënten kunnen andere ketenpartners tevens inzage krijgen in dit antistollingsdossier. Echter, de meeste ziekenhuizen kunnen het ontwikkelen van dergelijke modules niet uit eigen middelen financieren, hier is extra budget voor nodig.

## **Communicatie naar de achterban**

Vanuit een regiotafel, maar ook vanuit andere transmurale samenwerkingsverbanden zoals FTTO's, ontstaan blauwdrukken voor het antistollingsbeleid op lokaal/regionaal niveau in de vorm van afspraken, richtlijnen en protocollen. Deze gemaakte afspraken dienen vervolgens naar de achterban gecommuniceerd te worden, zodat een vergelijkbaar beleid gehanteerd kan worden. Zoals eerder beschreven, worden voor de verspreiding onder andere presentaties, congressen, symposia, workshops en refereeravonden gebruikt. Ondanks deze verschillende initiatieven om de communicatie

van gemaakte afspraken naar de achterban van de verschillende ketenpartners te optimaliseren, geven verschillende geïnterviewden aan dat dit nog niet altijd naar wens verloopt. Met name in grotere regio's is het vaak lastig om alle relevante praktijken en organisaties te bereiken.

*“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.”*

Verschillende geïnterviewden geven aan dat het deelnemen aan een structureel transmuraal overleg, zoals een regiotafel, met mandaat vanuit de achterliggende beroepsgroep niet alleen kan helpen om de opkomst en betrokkenheid bij dergelijke overleggen te vergroten, maar ook om het draagvlak voor de gemaakte afspraken binnen de verschillende beroepsgroepen te vergroten en de communicatie naar de achterban te verbeteren.

Meerdere geïnterviewden geven tot slot aan dat voor de communicatie en de verspreiding van transmurale afspraken eigenlijk iets structureels bedacht zou moeten worden. Een onafhankelijk platform of MCC zou ondersteuning kunnen bieden om de gemaakte afspraken te vertalen naar wat iedereen in het veld concreet zou moeten doen. Daarnaast hebben dergelijke platforms vaak nieuwsbrieven voor zowel de eerste als tweede lijn, waar notulen van bijeenkomsten en gemaakte transmurale afspraken in gecommuniceerd zouden kunnen worden.

## 5.5 Conclusie

De mate waarin structurele transmurale samenwerkingsverbanden opgezet zijn, verschilt per regio. In een groot aantal regio's hebben trombosediensten een regiotafel antistolling opgericht, waarbinnen verschillende eerste- en tweedelijnsketenpartners betrokken bij antistollingszorg vertegenwoordigd zijn. Binnen een regiotafel staat transmurale afstemming van het antistollingsbeleid op lokaal/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. Er zijn verschillende, vaak kleinere, regio's waar geen officiële regiotafels bestaan. Binnen deze regio's worden samenwerkingsverbanden met betrekking tot antistolling vormgegeven door bilaterale overleggen tussen ketenpartners onderling. Daarnaast wordt in deze regio's vaak gebruik gemaakt van reeds bestaande overleg- en ketenstructuren, zoals het farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO) en zorggroepen. Deelname aan een transmuraal overleg met mandaat vanuit de achterliggende beroepsgroep, kan helpen om de opkomst en betrokkenheid te bevorderen, alsmede de communicatie van de gemaakte afspraken naar de achterban te verbeteren. Ondersteuning, coördinatie en een koppeling van ICT-systemen zijn nodig om structurele transmurale samenwerkingsverbanden, zoals een regiotafel, op te kunnen zetten en te behouden.



## 6 Implementatie Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling 2.0: Regionale antistollingscentra en Expertisecentra

In dit hoofdstuk staat de tweede aanbeveling uit de **LSKA 2.0** centraal:

- Vormgeving van Regionale antistollingscentra en Expertisecentra, waarbinnen de totale ketenzorg rondom antistolling bij elkaar gebracht wordt

### 6.1 Bekendheid met de richtlijn

Zoals in paragraaf 5.1 beschreven, zijn 52 van de 55 geïnterviewden op de hoogte van de **LSKA 2.0**, inclusief de bijbehorende aanbevelingen. Enkele huisartsen (N=3) geven aan hiervan nog niet op de hoogte te zijn, dus de bekendheid van de richtlijn onder huisartsen lijkt wat lager te liggen.

### 6.2 Meerwaarde

De meerderheid van de geïnterviewden die een meerwaarde ziet voor het opzetten van structurele transmurale samenwerkingsverbanden, ziet tevens een meerwaarde voor het opzetten van regionale antistollingscentra en expertisecentra. Met name trombosedienst vertegenwoordigers zien het belang van dergelijke centra in en zijn graag bereid aan de opzet en uitvoering bij te dragen. Ook de meerderheid van de geïnterviewde medisch specialisten ziet een meerwaarde voor regionale antistollingscentra en expertisecentra, waarbinnen de gehele antistollingszorg samenkomt.

De meningen van de geïnterviewde huisartsen met betrekking tot de meerwaarde van regionale antistollingscentra en expertisecentra lopen echter uiteen: enkele huisartsen geven aan hier de meerwaarde wel van in te zien, maar andere huisartsen twijfelen eraan of het opzetten van dergelijke centra een toegevoegde waarde heeft wanneer er binnen een regio al structurele transmurale samenwerkingsverbanden, zoals regiotafels, bestaan.

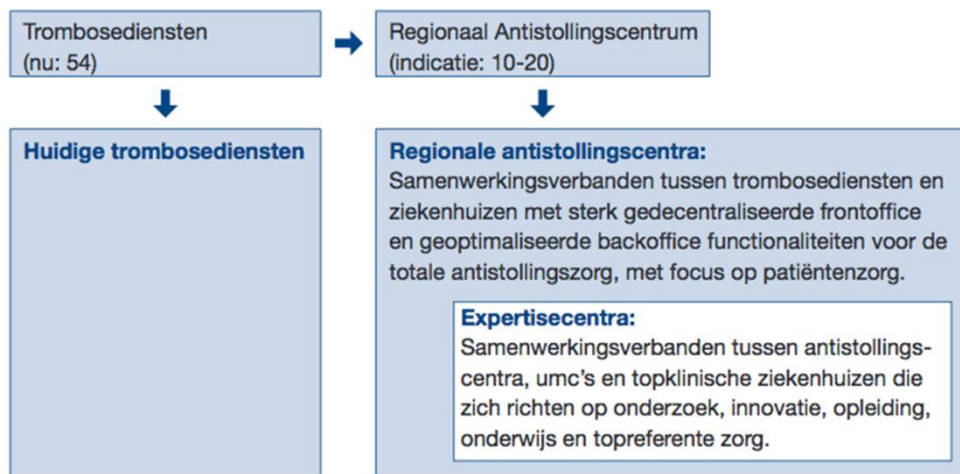
Tot slot geven enkele geïnterviewde medisch specialisten, trombosedienst vertegenwoordigers en huisartsen aan dat zij binnen hun regio nog bezig zijn met het opzetten van het casemanagement antistolling en transmurale samenwerkingsverbanden, waardoor het opzetten van regionale antistollingscentra en expertisecentra eigenlijk nog een stap te ver is.

*“Het is bij ons in de regio nog lang niet zover dat zo’n centrum geopend zou kunnen worden. We moeten eerst kijken of de transmurale afspraken die gemaakt zijn tussen de trombosedienst en huisartsen een meerwaarde hebben, voordat we na gaan denken over een regionaal antistollingscentrum. 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.”*

### 6.3 Regionale antistollingscentra en expertisecentra

Zoals beschreven in de **LSKA 2.0** en het visiedocument “Toekomstscenario Antistollingszorg” van de FNT, dient de vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra gebaseerd te zijn op samenwerkingsverbanden tussen meerdere trombosediensdiensten en meerdere ziekenhuizen. In Figuur 1 is dit schematisch weergegeven.

**Figuur 1** Schematische weergave vormgeving regionale antistollingscentra en expertisecentra



Bron: visiedocument “Toekomstscenario Antistollingszorg”, FNT 2013

#### 6.3.1 Stand van zaken

Met betrekking tot het opzetten van regionale antistollingscentra en expertisecentra, is het beeld in Nederland wisselend: op verschillende plaatsen zijn vanuit trombosediensdiensten en ziekenhuizen reeds initiatieven gestart voor het opzetten van dergelijke centra, terwijl andere regio's hier nog niet mee bezig lijken te zijn.

##### Regionale antistollingscentra

Verschillende trombosediensdienst vertegenwoordigers geven aan dat zij feitelijk al als regionaal antistollingscentrum fungeren voor VKA's, aangezien de begeleiding en behandeling van VKA-patiënten bij hen ligt en zij hiervoor het aanspreekpunt vormen voor andere eerste- en tweedelijnsketenpartners uit de regio. Echter, zoals weergegeven in Figuur 1, dient een regionaal antistollingscentrum gebaseerd te zijn op samenwerkingsverbanden tussen meerdere trombosediensdiensten en meerdere ziekenhuizen, hetgeen in de geschetste situatie door de trombosediensdiensten niet het geval lijkt te zijn.

Zoals eerder beschreven in paragraaf 5.3.2, ontstaan op dit moment in verschillende regio's in Nederland regionale trombosediensdiensten door fusies of andere geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen trombosediensdiensten binnen een regio. Verschillende vertegenwoordigers van deze regionale trombosediensdiensten geven aan dat zij van plan zijn om hun trombosediensdienst op korte termijn als regionaal antistollingscentrum in te

richten. Een dergelijk antistollingscentrum zal volgens de geïnterviewden met name een kennisfunctie gaan vervullen, waarbinnen expertise met betrekking tot alle verschillende typen antistollingsmiddelen samenkomt (VKA, NOAC, TAR) en tevens aandacht besteed wordt aan onderzoek, innovatie en onderwijs.

*“Niet alleen voor vragen met betrekking tot VKA’s kan ons regionaal antistollingscentrum een aanspreekpunt vormen, maar ook met vragen over NOAC’s en TAR’s kunnen de andere eerste- en tweedelijnsketenpartners uit de regio bij ons terecht.”*

Een regionale trombosedienst zal, conform de **LSKA 2.0** en het visiedocument van de FNT, uit meerdere frontoffice locaties bestaan met daarnaast een backoffice functie: de frontoffices kunnen gezien worden als de uitrijfunctie van de trombosedienst en het directe contact met patiënten, terwijl onder de backoffice onder andere de patiëntenadministratie, protocollering, consultfunctie, onderzoek, onderwijs, innovatie en de 24/7 bereikbaarheid kunnen worden verstaan. Dit is nog niet binnen alle trombosediensten als zodanig benoemd, maar het plan is wel om het op deze manier vorm te gaan geven, aldus de geïnterviewden.

De meeste, maar niet alle, trombosedienst vertegenwoordigers zijn zich ervan bewust dat voor de vormgeving van een regionaal antistollingscentrum een samenwerking met meerdere ziekenhuizen uit de regio vereist is. Echter, in de meeste regio’s zijn de fusies of andere geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen trombosediensten onderling nog niet volledig rond. Verschillende geïnterviewden geven aan dat het hen om die reden zinvol lijkt zich in eerste instantie te richten op het realiseren hiervan, alvorens deze verbanden uit te breiden naar ziekenhuizen en andere ketenpartners om gezamenlijk een regionaal antistollingscentrum vorm te kunnen geven.

#### *Virtueel netwerk*

Binnen een enkele regio bestaan tevens plannen om vanuit de trombosediensten een regionaal antistollingscentrum op te zetten, maar zij zien dit meer als een “virtueel antistollingscentrum”. Een virtueel antistollingscentrum heeft geen fysieke locatie: het gaat er met name om dat de betrokken trombosediensten met elkaar een netwerk vormen, waarbinnen afspraken gemaakt worden over ieders expertise. In geval van vragen of complexe casuïstiek moet het aan de hand van het netwerk duidelijk zijn bij wie zij terecht kunnen of naar wie zij de patiënt door kunnen verwijzen, aldus de geïnterviewden. De geïnterviewden geven aan dat een virtueel antistollingscentrum niet gebaseerd wordt op een fusie of ander geformaliseerd samenwerkingsverband tussen trombosediensten. Hoewel een dergelijk virtueel netwerk van trombosediensten de samenwerking en afstemming tussen trombosediensten onderling mogelijk bevordert, voldoet deze aanpak niet aan de gestelde criteria voor een regionaal antistollingscentrum en kan dus niet als zodanig benoemd worden (Figuur 1).

#### **Expertisecentra**

Verschillende vertegenwoordigers van UMC’s geven aan dat expertisecentra vanuit academische ziekenhuizen vormgegeven zouden kunnen worden, omdat binnen deze ziekenhuizen de benodigde structuren vaak al bestaan. Zo hebben verschillende UMC’s een afdeling trombose-hemostase en/of een stollingspoli ingericht. Verschillende geïnterviewde medisch specialisten geven aan dat deze afdelingen of poli’s feitelijk al als

een soort expertisecentrum fungeren, omdat complexe casuïstiek met betrekking tot antistolling uit de hele regio bij hen terecht komt. Daarnaast worden vanuit sommige van deze afdelingen en poli's ook consulten gedaan in andere perifere ziekenhuizen in de regio.

*“In feite zijn we dus al een expertisecentrum voor antistolling, alleen we noemen het nog niet zo.”*

Naast trombosediensten fuseren op verschillende plaatsen ook ziekenhuizen met elkaar en deze grote, regionale ziekenhuizen zouden ook een uitgangspunt kunnen vormen voor het opzetten van expertisecentra, aldus geïnterviewde medisch specialisten van de betreffende ziekenhuizen. Enkele vertegenwoordigers van perifere (topklinische) ziekenhuizen geven aan dat zij van plan zijn binnen hun ziekenhuis een expertisecentrum op te zetten, waarbij samenwerking wordt gezocht met andere (academische) ziekenhuizen in de regio.

Verschillende geïnterviewde medisch specialisten geven aan dat het expertisecentrum, naast zorg voor (complexe) antistollingspatiënten, zorg dient te dragen voor het bijhouden van protocollen, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en innovatie. Perifere ziekenhuizen, trombosediensten en andere eerstelijnsketenpartners uit de regio kunnen bij het expertisecentrum aansluiten en bij hen terecht met vragen, aldus de geïnterviewden.

Vergelijkbaar met de initiatieven vanuit de trombosediensten beschreven in de vorige paragraaf, voldoen bovenstaande initiatieven vanuit de ziekenhuizen niet volledig aan de gestelde criteria voor een expertisecentrum en kunnen dus nog niet als zodanig benoemd worden (Figuur 1).

### **6.3.2 Toekomstige vormgeving regionale antistollingscentra en expertisecentra: twee modellen**

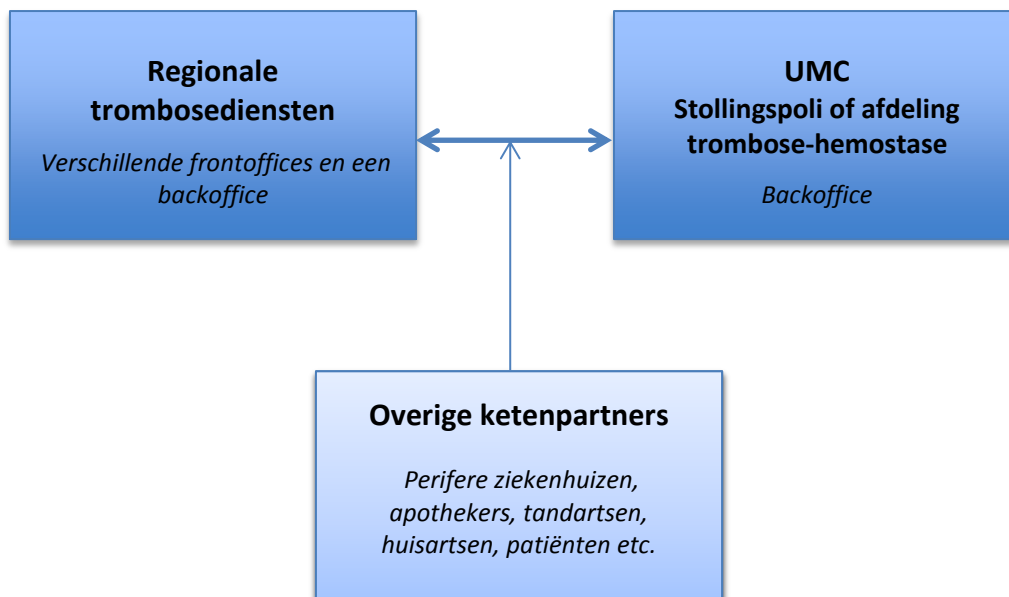
Naast de relatief op zichzelf staande initiatieven vanuit regionale trombosediensten en ziekenhuizen zoals beschreven in de vorige paragraaf, zijn in één regio in Nederland een regionaal antistollingscentrum en een expertisecentrum reeds formeel opgericht. Conform de **LSKA 2.0** en het visiedocument van de FNT, zijn deze centra gebaseerd op geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen de reeds opgerichte regionale trombosedienst en de ziekenhuizen in die regio. De concrete invulling van de beide centra wordt in de komende maanden bepaald.

Verschillende geïnterviewden uit overige regio's geven aan dat er op dit moment binnen regiotafels en/of andere transmurale samenwerkingsverbanden gebrainstormd wordt over de toekomstige vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra, die voldoet aan de gestelde criteria in de **LSKA 2.0** en het visiedocument van de FNT. Met betrekking tot de mogelijke vormgeving van de centra worden door deze geïnterviewden twee modellen geschetst.

### Model 1

Het eerste model gaat uit van een geformaliseerde samenwerking tussen regionale trombosediensten en UMC's. De geïnterviewden geven aan dat regionale trombosediensten hierbij met name als kenniscentrum voor de eerste lijn zullen fungeren, waarbinnen expertise met betrekking tot zowel VKA's, NOAC's als TAR's samenkomt. Vanuit de regionale trombosediensten worden dan vervolgens samenwerkingsverbanden opgezet met de perifere ziekenhuizen en de andere eerstelijnsketenpartners, om gezamenlijk een *regionaal antistollingscentrum* te kunnen vormen. De afdelingen trombose-hemostase en/of stollingspoli's van UMC's fungeren volgens de geïnterviewden als achterwacht (ofwel backoffice) van deze regionale antistollingscentra, wat inhoudt dat zowel de regionale antistollingscentra zelf als patiënten bij hen terecht kunnen voor specialistische zorg en met complexe vragen. Daarnaast draagt de backoffice zorg voor het bijhouden van regionale protocollen, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en innovatie, aldus de geïnterviewden. De geïnterviewden geven aan dat vanuit deze samenwerkingsverbanden uiteindelijk een aantal *expertisecentra* opgericht kunnen worden, waarbij ieder expertisecentrum zijn eigen aandachtsgebied zou kunnen hebben (Figuur 2).

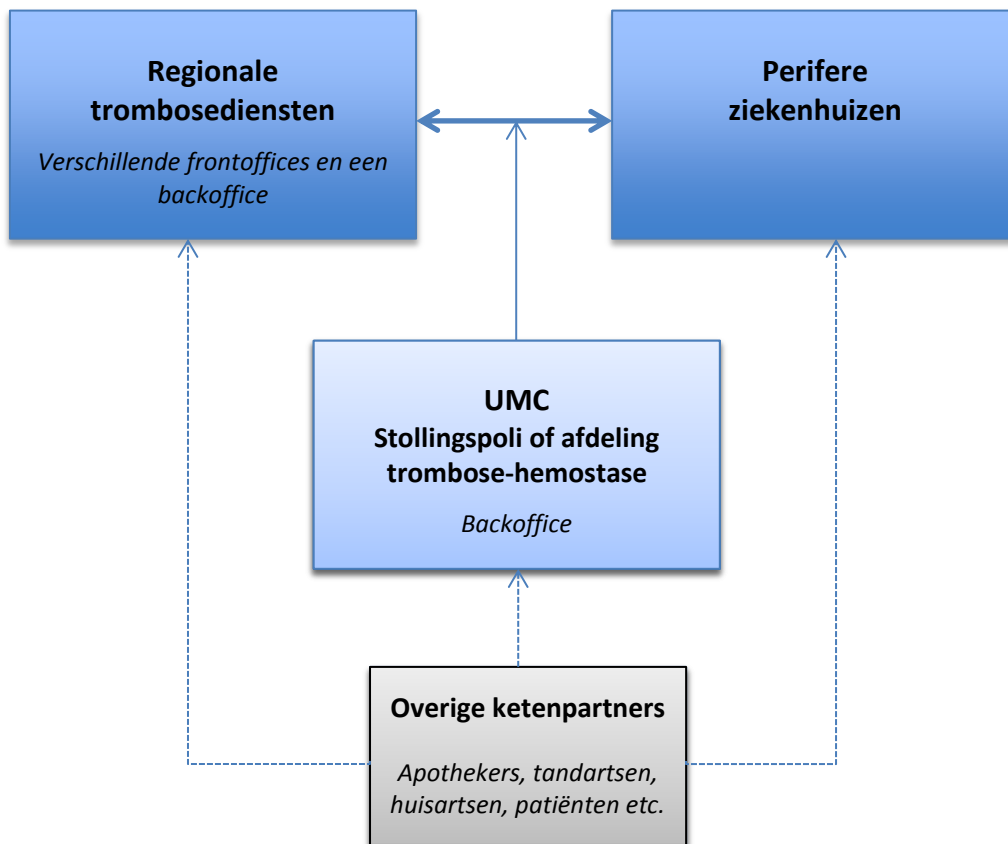
**Figuur 2** Mogelijke vormgeving regionale antistollingscentra en expertisecentra voor antistolling – Model 1



## Model 2

Een andere, hierbij aansluitende mogelijkheid voor de vormgeving van regionale expertisecentra die door verschillende geïnterviewden genoemd wordt, is om een structurele samenwerking tussen (het casemanagement van) regionale trombosediens en perifere ziekenhuizen als uitgangspunt te nemen. Vertegenwoordigers van trombosediens en medisch specialisten geven aan dat perifere ziekenhuizen uit een bepaalde regio zich aan kunnen sluiten bij een regionale trombosediens. Vanuit dit samenwerkingsverband vindt structureel overleg plaats tussen (het casemanagement van) de regionale trombosediens en (het casemanagement van) de diverse ziekenhuizen, waarbinnen zij het regionale antistollingsbeleid op elkaar afstemmen. Deze structurele overleggen kunnen vervolgens omgezet worden naar een geformaliseerd samenwerkingsverband, van waaruit gezamenlijk een *regionaal antistollingscentrum* vormgegeven wordt, dat tevens als aanspreekpunt voor de andere eerstelijnsketenpartners fungeert. Binnen dit centrum functioneert een UMC vanuit een stollingspoli en/of afdeling trombose-hemostase als backoffice, aldus de geïnterviewden (Figuur 3). Vanuit deze samenwerkingsverbanden kunnen volgens de geïnterviewden vervolgens een aantal *expertisecentra* ontstaan, gebaseerd op een geformaliseerde samenwerking tussen één of meerdere regionale antistollingscentra en één of meerdere UMC's.

**Figuur 3** Mogelijke vormgeving regionale antistollingscentra en expertisecentra voor antistolling – Model 2



### **Mogelijk regie**

Wanneer regionale antistollingscentra en expertisecentra zullen worden vormgegeven zoals weergegeven in Figuur 2 en 3, komt volgens de geïnterviewden de regie bij (het casemanagement van) zowel de regionale trombosediensten als de UMC's te liggen. De regionale trombosediensten voeren hierbij de regie over de regionale antistollingscentra en fungeren als aanspreekpunt voor de antistollingszorg in de eerste lijn, aldus de geïnterviewden. De meerderheid van de geïnterviewden is van mening dat de UMC's, en meer specifiek de afdelingen trombose-hemostase en/of stollingspoli's van deze ziekenhuizen, de regie dienen te voeren over de expertisecentra en als aanspreekpunt voor de antistollingszorg in de tweede lijn kunnen fungeren.

### **Betrokkenheid overige ketenpartners**

Zoals tevens blijkt uit Figuur 2 en 3, zijn de geïnterviewden het erover eens dat het essentieel is om, naast trombosediensten en ziekenhuizen, ook de overige ketenpartners uit de regio bij de regionale antistollingscentra en expertisecentra te betrekken. Het aansluiten van de verschillende ketenpartners bij de centra is van belang om eenheid in het regionale antistollingsbeleid te kunnen realiseren, aldus de geïnterviewden.

*“Antistollingszorg komt voor bij de huisarts, in de thuiszorg, op de cardio-chirurgische afdeling van een ziekenhuis etc; het is van alle echelons. Het heeft dan ook geen zin om de expertise te clusteren in een ivoren toren van een academisch centrum.”*

De meerderheid van de geïnterviewde medisch specialisten en trombosedienst vertegenwoordigers geeft aan dat zij verwachten dat de rol van de andere ketenpartners mogelijk een relatief passieve rol zal zijn: het regionale antistollingsbeleid zal met name vormgegeven worden vanuit de regionale antistollingscentra en expertisecentra, waarbij de andere ketenpartners als het ware “klant” kunnen worden van de centra en bij hen zorg afnemen. Daarnaast kunnen de ketenpartners bij de centra terecht met vragen of complexe casuïstiek.

In het algemeen kunnen de overige ketenpartners zich vinden in de relatief passieve rol die zij mogelijk binnen de regionale antistollingscentra en expertisecentra zullen vervullen. Echter, van de geïnterviewde huisartsen, apothekers en tandartsen geeft de meerderheid aan graag betrokken te willen worden bij het opzetten van de regionale antistollingscentra en expertisecentra, zodat zij mee kunnen denken over de vormgeving hiervan en kunnen voorkomen dat beslissingen over hun hoofd genomen worden. Een afgevaardigde van een regionaal verband, zoals een zorggroep of een kaderhuisarts, zou deel kunnen nemen aan bijeenkomsten waarin de regionale antistollingscentra en expertisecentra centraal staan, aldus de geïnterviewden. Wanneer bijvoorbeeld vanuit regiotafels gebrainstormd wordt over de mogelijke vormgeving van de centra, zullen de verschillende eerste- en tweedelijnsketenpartners hier automatisch bij betrokken worden, dus dit lijkt hen ook een goede optie.

### *Betrokkenheid van patiënten*

Verschillende vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen geven aan dat het hen zinvol lijkt om, naast ketenpartners als de trombosedienst, ziekenhuis, huisarts en apotheek, tevens patiënten te betrekken bij het opzetten van een regionale

infrastructuur voor antistolling. Wanneer patiënten hierbij betrokken worden, kunnen zij aangeven waar zij behoefte aan hebben en hoe zij bijvoorbeeld de vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra voor zich zien. Naast betrokkenheid bij de vormgeving van de centra, geven enkele geïnterviewden aan dat binnen de regionale antistollingscentra en expertisecentra speciale aandacht besteed dient te worden aan het vergroten van het inzicht van patiënten met betrekking tot hun antistollingsbehandeling. De ontwikkeling van antistollingsportals of apps voor patiënten kan hieraan bijdragen, aldus de geïnterviewden (*zie ook paragraaf 6.4*).

### **Indeling in regio's**

In de **LSKA 2.0** wordt met betrekking tot de vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra een mogelijke indeling in regio's per provincie voorgesteld, maar dit lijkt de meerderheid van de geïnterviewden geen goede optie. Zij zijn het erover eens dat de indeling in regio's niet opgelegd moet worden, maar er moet worden uitgegaan van natuurlijke samenwerkingsverbanden en reeds bestaande clustering. Zoals beschreven in hoofdstuk 5, bestaan er op verschillende plaatsen in Nederland reeds structurele transmurale samenwerkingsverbanden die het uitgangspunt zouden kunnen vormen voor het opzetten van regionale antistollingscentra en expertisecentra. Het gebruik maken van natuurlijke, reeds bestaande samenwerkingsverbanden heeft als voordeel dat de samenwerkingsverbanden gebaseerd zijn op vertrouwen: het verplicht moeten samenwerken met een onbekende ketenpartner in de regio, stuit waarschijnlijk op weerstand en zal de implementatie vertragen, aldus de geïnterviewden.

Over welke reeds bestaande samenwerkingsverbanden als uitgangspunt genomen zouden kunnen worden, bestaan verschillende ideeën: de meest genoemde optie is om de regiotafels als uitgangspunt te nemen, waarbinnen vertegenwoordiging van verschillende eerste- en tweedelijnsketenpartners reeds aanwezig is. Daarnaast lijkt het enkele geïnterviewde medisch specialisten en trombosedienst vertegenwoordigers een goed idee om de verzorgingsgebieden van UMC's of regionale trombosediensten als uitgangspunt te nemen, aangezien zij een belangrijke rol zullen vervullen binnen de regionale antistollingscentra en expertisecentra. Tot slot geeft een enkele huisarts aan dat ook zorggroepen als uitgangspunt gebruikt zouden kunnen worden, zodat de meerderheid van de huisartsen uit een regio bij de implementatie betrokken wordt.

Verschillende geïnterviewden geven aan dat het nemen van bestaande transmurale samenwerkingsverbanden als uitgangspunt voor de vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra, het risico met zich meebrengt dat niet alle ketenpartners uit een regio betrokken worden. Niet iedere lokale praktijk is bij een transmuraal samenwerkingsverband aangesloten en zoals eerder beschreven zijn in sommige regio's nog weinig tot geen structurele verbanden opgericht. Enkele geïnterviewden zijn dan ook van mening dat in dergelijke regio's een duwtje in de rug noodzakelijk is om structurele transmurale samenwerkingsverbanden vorm te gaan geven, omdat het anders te vrijblijvend is en er niets gebeurt.



## 6.4 Randvoorwaarden voor toekomstige implementatie

Op één regio na, zijn regionale antistollingscentra en expertisecentra dus nog nergens in Nederland formeel opgericht. In verschillende regio's wordt echter wel over de toekomstige vormgeving van dergelijke centra gebrainstormd. De randvoorwaarden voor toekomstige implementatie van regionale antistollingscentra en expertisecentra zoals door de geïnterviewden geschetst, zijn schematisch weergegeven in Figuur 4.

### Financiering, ondersteuning en coördinatie

De meerderheid van de geïnterviewden geeft aan dat het opzetten en het daadwerkelijk in werking stellen van regionale antistollingscentra en expertisecentra niet te realiseren is binnen de huidige formatie en financiële middelen. Financiële ondersteuning, bijvoorbeeld in subsidievorm, is dan ook nodig om de implementatie van de grond te krijgen en de centra vorm te kunnen geven conform de gestelde criteria in de **LSKA 2.0** en het visiedocument van de FNT, aldus de geïnterviewden. Zoals tevens in eerdere hoofdstukken beschreven staat, bestaan er op dit moment weinig tot geen declaratiemogelijkheden voor implementatieactiviteiten, waardoor het opzetten van regionale antistollingscentra en expertisecentra feitelijk in eigen tijd moet gebeuren.

Een procesbegeleider of coördinator wordt door een groot aantal geïnterviewden gezien als één van de belangrijkste randvoorwaarden voor implementatie van de regionale antistollingscentra en expertisecentra. Deze procesbegeleider kan zorg dragen voor het organiseren en coördineren van bijeenkomsten die in het kader van de implementatie georganiseerd dienen te worden en voor het bij elkaar brengen van de verschillende partijen uit een regio, waardoor zo min mogelijk partijen gemist worden. In de regio in Nederland waar een regionaal antistollingscentrum en een expertisecentrum reeds formeel zijn opgericht, wordt de implementatie ook ondersteund door een procesbegeleider en de ervaringen hiermee zijn positief.

*“De wil is er vaak wel, maar de tijd en financiering 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.”*

Zoals beschreven in paragraaf 5.4 wordt de vormgeving van structurele transmurale samenwerkingsverbanden, zoals een regiotafel, in sommige regio's ondersteund door een onafhankelijk platform of een MCC. Vanuit dergelijke organisaties zou mogelijk tevens procesbegeleiding geboden kunnen worden met betrekking tot de implementatie van regionale antistollingscentra en expertisecentra, aldus de geïnterviewden.

Naast procesondersteuning, geven verschillende medisch specialisten en trombosedienst vertegenwoordigers aan tevens behoefte te hebben aan inhoudelijke ondersteuning. Met name de reeds eerder genoemde nurse-practitioners en/of physician-assistants zouden hiervoor mogelijk geschikt zijn en als aanspreekpunt voor zowel de regionale antistollingscentra als de expertisecentra kunnen fungeren. Naast financiering om nurse-practitioners en/of physician-assistants aan te stellen in de centra, dient geïnvesteerd te worden in de speciale opleiding die nodig is om hen tot specialisten op het gebied van antistolling te maken, aldus de geïnterviewden.

### *Kartrekker*

In regio's waar één of meerdere personen bereid zijn om de kar te trekken en tijd te investeren in het opzetten van regionale antistollingscentra en expertisecentra, lijkt de vormgeving van de implementatieplannen gemakkelijker van de grond te komen. De meerderheid van de geïnterviewde vertegenwoordigers van (regionale) trombosediensten geven aan bereid te zijn de kar te trekken, waarbij ondersteuning door bijvoorbeeld een procesbegeleider gewenst is.

### **Opleiding**

Verschillende geïnterviewden geven aan dat met betrekking tot de regionale antistollingscentra en expertisecentra niet alleen voor nurse-practitioners en physician-assistants een speciale opleiding nodig is, maar dat de behoefte aan opleiding op het gebied van antistolling ook bestaat onder andere betrokkenen, zoals stollingsartsen, doseerartsen en trombosedienstmedewerkers. Middels bij- en nascholingen kunnen zij opgeleid worden om bepaalde rollen binnen de centra te vervullen en zich op antistollingsgebied verder te ontwikkelen, aldus de geïnterviewden.

### **Bewustzijn**

Zoals eerder beschreven, lijkt het bewustzijn van de noodzaak van implementatie van regionale antistollingscentra en expertisecentra nog niet overal aanwezig en niet iedere geïnterviewde ziet een meerwaarde voor het opzetten van een dergelijke infrastructuur voor antistolling. Verschillende medisch specialisten en vertegenwoordigers van trombosediensten trachten dit bewustzijn te vergroten door bij- en nascholingen te geven, presentaties te houden bij verschillende organisaties en refereeravonden en symposia te organiseren, waar bijvoorbeeld gebrainstormd kan worden over de mogelijke vormgeving van de regionale antistollingscentra en de expertisecentra.

Enkele geïnterviewden noemen het organiseren van een groot, landelijk antistollingscongres, waarvoor alle verschillende ketenpartners uitgenodigd worden, als een mogelijkheid om het bewustzijn van de noodzaak van implementatie van regionale antistollingscentra en expertisecentra te vergroten.

### **ICT**

De geïnterviewden zijn het erover eens dat, vergelijkbaar met het realiseren van structurele transmurale samenwerkingsverbanden, voor de vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra inzage in elkaars systemen nodig is. De koppeling tussen het doseersysteem van trombosediensten en de ziekenhuissystemen kan hiervoor als uitgangspunt gebruikt worden, waartoe tevens andere ketenpartners betrokken bij de centra toegang kunnen krijgen. Indien nodig, kunnen ook de systemen van deze ketenpartners gekoppeld worden, zodat uiteindelijk een soort "keteninformatiesysteem" ontstaat, aldus de geïnterviewden. Met betrekking tot de regionale antistollingscentra en expertisecentra geven verschillende geïnterviewden aan dat het daarnaast mogelijk zinvol zou kunnen zijn om per centrum een website of digitaal platform te ontwikkelen, waarop zowel zorgverleners als patiënten alle relevante informatie met betrekking tot antistolling in het algemeen en de aangeboden diensten vanuit de centra kunnen raadplegen. Enkele trombosedienst vertegenwoordigers geven tot slot aan dat het hen wenselijk lijkt om binnen de regionale antistollingscentra en expertisecentra uniforme digitale formulieren te

ontwikkelen, zoals aanmeldformulieren en ingrepenformulieren.

Zoals eerder beschreven, achten verschillende geïnterviewden het van belang dat patiënten actief betrokken worden bij hun antistollingsbehandeling. Binnen de antistollingscentra en expertisecentra dient hier volgens de geïnterviewden dan ook specifiek aandacht aan besteed te worden. De ontwikkeling van speciale antistollingsportals of apps voor patiënten, waarmee in enkele regio's reeds een begin gemaakt is, kan bijdragen aan het vergroten van de betrokkenheid en het inzicht van patiënten met betrekking tot hun antistollingsbehandeling. In dergelijke portals of apps kunnen patiënten alle informatie met betrekking tot hun antistollingsbehandeling te raadplegen, zoals hun dagelijkse doseringen en controlemomenten. De ontwikkeling van portals of apps is echter kostbaar en kan vaak niet uit eigen middelen gefinancierd worden, dus hier is extra budget voor nodig, aldus de geïnterviewden.

### **Onderzoek**

Verschillende geïnterviewden geven aan dat zij het belangrijk achten dat implementatieactiviteiten geëvalueerd worden, om te kunnen achterhalen of de implementatie van een regionale infrastructuur voor antistolling ook daadwerkelijk leidt tot verbeteringen in de kwaliteit van antistollingszorg. Een aantal ziekenhuizen en trombosediensdiensten laten bijvoorbeeld studenten onderzoek doen naar de effecten van het casemanagement antistolling op de kwaliteit van de zorg. Vergelijkbaar onderzoek zou op termijn ook uitgevoerd kunnen worden naar de implementatie van regionale antistollingscentra en expertisecentra, aldus de geïnterviewden. In enkele regio's wordt op dit moment tevens voorbereidend onderzoek uitgevoerd naar wat binnen een bepaalde regio de meest optimale vormgeving voor een regionaal antistollingscentrum en een expertisecentrum zou zijn en welk type samenwerkingsverband daarvoor het meest geschikt is. Ook het uitvoeren van onderzoek kan echter vaak niet uit eigen middelen gefinancierd worden.

### **Deadlines**

Enkele geïnterviewden geven aan dat het instellen van deadlines voor (onderdelen van) de implementatie en controle hierop kunnen helpen om het veld te bewegen om in actie te komen en de implementatie van de regionale antistollingscentra en expertisecentra te versnellen. Echter, andere geïnterviewden staat dit idee juist tegen, zij willen graag de tijd krijgen om de verschillende aspecten van de implementatie goed vorm te kunnen geven.

*“Het opzetten van regionale antistollingscentra en expertisecentra is een proces dat je bijna niet kunt afdwingen en langs de weg der geleidelijkheid moet bewandelen. Controle van de implementatie zou bevorderend kunnen werken. Echter, dit moet niet te vroeg gebeuren, voordat iedereen de kans heeft gehad om de verschillende aspecten daadwerkelijk te implementeren, want dat werkt demotiverend.”*

## 6.5 Conclusie

Enkel in één regio in Nederland is op dit moment een regionaal antistollingscentrum en een expertisecentrum formeel opgericht, gebaseerd op samenwerkingsverbanden tussen meerdere trombosediensten en meerdere ziekenhuizen uit die regio. In andere regio's bestaan plannen om regionale antistollingscentra op te richten vanuit regionale trombosediensten en/of expertisecentra vanuit afdelingen trombose-hemostase of stollingspoli's van Universitair Medische Centra (UMC's). Deze initiatieven lijken vooralsnog redelijk op zichzelf staand en voldoen niet geheel aan de gestelde criteria in de **LSKA 2.0** en het visiedocument van de FNT. Binnen verschillende transmurale samenwerkingsverbanden wordt op dit moment gebrainstormd over de toekomstige vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra. Twee modellen worden geschetst, beide gebaseerd op geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen trombosediensten en ziekenhuizen. Overige ketenpartners, inclusief patiënten, worden in beide modellen tevens bij de centra betrokken en kunnen hier terecht met vragen of voor specialistische zorg. De indeling in regio's ten behoeve van de vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra dient bij voorkeur gebaseerd te worden op natuurlijke samenwerkingsverbanden. Ondersteuning en coördinatie, bijvoorbeeld in de vorm van procesbegeleiding en inhoudelijke ondersteuning door nurse-practitioners en/of physician-assistants, worden als belangrijke randvoorwaarden gezien voor implementatie. 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 verschillende betrokken ketenpartners aan elkaar te koppelen, zodat een keteninformatiesysteem ontstaat.

**Figuur 4** Randvoorwaarden voor toekomstige implementatie regionale antistollingscentra en expertisecentra



*NP = nurse-practitioner; PA = physician-assistent*

## 7 Geschatte kosten en mogelijke realisatiedatum voor implementatie

In dit hoofdstuk worden allereerst de geschatte kosten van de implementatie van een regionale infrastructuur voor antistolling besproken, zoals aanbevolen in de **LSKA 2.0**. Vervolgens worden op basis van deze inschatting uitspraken gedaan over een mogelijk haalbare realisatiedatum voor implementatie.

### 7.1 Geschatte kosten van implementatie

Met betrekking tot de geschatte kosten van implementatie van een regionale infrastructuur voor antistolling, inclusief de vormgeving van structurele transmurale samenwerkingsverbanden, regionale antistollingscentra en expertisecentra, kan onderscheid gemaakt worden *tussen investeringskosten en structurele kosten*.

#### 7.1.1 Investeringskosten

Zoals beschreven in de eerdere hoofdstukken worden er in een aantal regio's in Nederland initiatieven opgestart om een regionale infrastructuur voor antistolling vorm te geven. Echter, financiering, mankracht en coördinatie om de implementatie op een goede, gestructureerde manier vorm te geven ontbreekt op de meeste plaatsen, waardoor de implementatie vertraagd wordt of in het geheel nog niet van de grond komt.

Om te komen tot een succesvolle implementatie van de aanbevelingen uit de **LSKA 2.0**, lijkt het dan ook zinvol om te investeren in implementatiebegeleiding. Vergelijkbaar met eerdere implementatietrajecten van landelijke kwaliteits- en veiligheidsprogramma's (Vos et al., 2008, de Blok et al., 2013), zou deze implementatiebegeleiding als volgt vormgegeven kunnen worden:

##### **Implementatiebegeleiding op regionaal niveau**

Per regio kan een procesbegeleider aangesteld worden, die binnen een regio de implementatie "aanjaagt" en onder andere zorg draagt voor het bij elkaar brengen van alle verschillende partijen en het coördineren en ondersteunen van de bijeenkomsten die in het kader van de implementatie georganiseerd dienen te worden. Gedacht wordt aan een parttime functie van bijvoorbeeld 0.3-0.5 FTE, in te vullen in bijvoorbeeld allereerst 10-12 Nederlandse regio's, waarbij zoveel mogelijk uitgegaan wordt van reeds bestaande transmurale samenwerkingsverbanden. In een latere fase kan dit breder getrokken worden, waarbij de implementatiebegeleiding in de overige regio's opgestart wordt.

##### **Implementatiebegeleiding op landelijk niveau**

Naast procesbegeleiding per regio, kan een landelijke procesbegeleider (inclusief secretariële ondersteuning) aangesteld worden die zorg draagt voor het organiseren van

een aantal regio-overstijgende bijeenkomsten per jaar, waarin ervaringen met betrekking tot de implementatie vanuit de verschillende regio's uitgewisseld kan worden. Tijdens deze overstijgende bijeenkomsten kan tevens aandacht besteed worden aan het tijdsplan voor de verschillende onderdelen van implementatie en kunnen waar nodig deadlines voor implementatie gesteld worden. Gedacht wordt aan 4-6 regio-overstijgende bijeenkomsten per jaar, gedurende in totaal 2 jaar. Daarnaast kunnen tussentijds door de landelijke procesbegeleider voortgangsgesprekken gevoerd worden met vertegenwoordigers van de verschillende regio's om de voortgang van de implementatie in kaart te brengen en eventuele knelpunten te identificeren.

Zoals beschreven in paragraaf 6.4, zou een onafhankelijk platform mogelijk een rol kunnen spelen in het realiseren van procesbegeleiding op regionaal en landelijk niveau.

### **Monitoring en evaluatie van de voortgang van de implementatie**

Zoals in paragraaf 6.4 beschreven, geven verschillende geïnterviewden aan dat zij het belangrijk achten dat implementatieactiviteiten geëvalueerd worden, om op die manier te kunnen achterhalen of de implementatie van een regionale infrastructuur voor antistolling ook daadwerkelijk leidt tot verbeteringen in de kwaliteit van de antistollingszorg en kostenbesparingen. Naast investeringen in implementatiebegeleiding kan daarom tevens gedacht worden aan investeringen in (evaluatie) onderzoek.

#### **7.1.2 Structurele kosten**

Wanneer zorgprocessen rondom antistolling anders gestructureerd worden en een meer regionale infrastructuur gerealiseerd wordt, kan dit gevolgen hebben voor de financieringsstructuur voor antistolling en dient deze mogelijk aangepast te worden. Op dit moment is het enkel mogelijk om antistollings-gerelateerde diensten te declareren, waardoor voor bepaalde coördinerende activiteiten geen vergoeding mogelijk is. In het algemeen kunnen diensten pas gedeclareerd worden wanneer hier een prestatiebeschrijving en een tariefstructuur voor aanwezig is. Wanneer komend jaar overeenstemming wordt bereikt over eventuele wijzigingen in de product- en tariefstructuur voor antistolling, kunnen individuele centra hierover met zorgverzekeraars in gesprek om met hen afspraken te maken over declarabele activiteiten vanaf 2017. Enkele geïnterviewden geven hierbij aan dat zij het tevens zinvol achten wanneer in de gesprekken over vergoedingen voor antistollingszorg ook e-consultaties meegenomen worden, omdat hier mogelijk in de toekomst steeds meer gebruik van gemaakt zal worden.

#### **7.1.3 Kostenbesparing door implementatie**

De geïnterviewden zijn het erover eens dat er uiteindelijk geld bespaard zal kunnen worden door de implementatie van een regionale infrastructuur voor antistolling. Het is waarschijnlijk dat een verbeterde, efficiëntere opzet van de keten antistollingszorg, waarbinnen de verwachtingen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn, uiteindelijk zal leiden tot minder complicaties voor patiënten en minder vermijdbare fouten in de antistollingszorg. De kwaliteit van zorg zal door implementatie dus mogelijk verbeteren. Verschillende geïnterviewde medisch specialisten en trombosedienst

vertegenwoordigers geven tot slot aan dat de vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra ook direct tot besparingen kan leiden door het hanteren van een gezamenlijk inkoopbeleid en centralisatie van expertise.

***NB.** Voor een gedetailleerdere inschatting van de kosten en baten van de implementatie van de **LSKA 2.0**, dient een uitgebreidere budget-impact-analyse (BIA) uitgevoerd te worden. Dit was in het kader van onderhavig onderzoek niet gepland.*

## **7.2 Mogelijke realisatiedatum voor implementatie**

Wanneer tegemoet gekomen wordt aan de financiële randvoorwaarden zoals beschreven in de vorige paragraaf, kan met betrekking tot een mogelijke realisatiedatum voor implementatie van de aanbevelingen uit de **LSKA 2.0** het volgende beeld worden geschetst:

### **7.2.1 Realisatie op korte termijn**

De meerderheid van de geïnterviewden is het erover eens dat de kaders voor implementatie binnen een jaar vastgesteld moeten kunnen worden. Dat wil zeggen, binnen deze termijn dienen structurele transmurale samenwerkingsverbanden (zoals regiotafels) binnen elke regio opgezet te kunnen worden. Daarnaast kan een plan van aanpak opgesteld worden met betrekking tot de vormgeving van regionale antistollingscentra, conform de gestelde criteria in de **LSKA 2.0** en het visiedocument van de FNT en afgestemd op de situatie binnen de eigen regio. Zoals eerder beschreven, zijn trombosediensten in verschillende regio's op dit moment bezig met elkaar te fuseren of op een andere manier een geformaliseerd samenwerkingsverband met elkaar op te richten. Geïnterviewde vertegenwoordigers van de betreffende trombosediensten geven aan dat deze fusies en samenwerkingsverbanden naar verwachting binnen een jaar rond zijn, waarna de regionale trombosediensten in werking gesteld kunnen worden. In samenwerking met ziekenhuizen en andere ketenpartners in de regio kunnen vervolgens regionale antistollingscentra vormgegeven worden.

### **7.2.2 Realisatie op de langere termijn**

Voor het daadwerkelijk in werking stellen van regionale antistollingscentra en expertisecentra is volgens de geïnterviewden meer tijd nodig, gemiddeld denken zij hiervoor 2-3 jaar nodig te hebben.

Verschillende geïnterviewden geven aan dat zij het zinvol achten wanneer deadlines gesteld worden voor de verschillende aspecten van implementatie, om het bewustzijn van de noodzaak van implementatie te vergroten en het veld te bewegen daadwerkelijk tot actie over te gaan. Op dit moment wordt nog niet door alle partijen de meerwaarde van implementatie ingezien, wat de realisatie ervan in de betreffende regio's vertraagd. Zoals beschreven in paragraaf 7.1.1, zouden deadlines voor implementatie en controle hierop verwerkt kunnen worden in het implementatiebegeleidingstraject.



Een kanttekening die met betrekking tot de realisatie geplaatst dient te worden, is dat er op dit moment grote verschillen lijken te bestaan tussen regio's met betrekking tot de uitgangssituatie voor implementatie. In verschillende regio's zijn structurele transmurale samenwerkingsverbanden reeds opgericht en wordt bijvoorbeeld binnen regiotafels gebrainstormd over de mogelijke vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra. Echter, in andere regio's vindt nog weinig tot geen structurele samenwerking tussen de verschillende ketenpartners plaats, hetgeen de implementatie van regionale antistollingscentra en expertisecentra bemoeilijkt.

### 7.3 Conclusie

Met betrekking tot 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**), kan onderscheid gemaakt worden tussen investeringskosten en structurele kosten. Met betrekking tot investeringskosten lijkt het zinvol om implementatiebegeleiding te bieden, waarbij er per regio een parttime procesbegeleider aangesteld kan worden om de implementatie binnen de regio's op gang te brengen en te coördineren. Daarnaast kan een landelijke procesbegeleider aangesteld worden, die zorg draagt voor het organiseren van regio-overstijgende bijeenkomsten, waar ervaringen met betrekking tot de implementatie uitgewisseld kunnen worden. De implementatie kan uiteindelijk ook tot kostenbesparing leiden, door het verminderen van het aantal complicaties en vermijdbare fouten in de antistollingszorg. Structurele kosten hebben met name betrekking op mogelijke 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 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 mogelijk bevorderen.

## 8 Conclusies en aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de mate waarin implementatie van de aanbevelingen uit de **LSKA 1.0** en de **Leidraad** reeds is gerealiseerd en welke acties nodig zijn om tot een succesvolle implementatie van de aanvullende aanbevelingen uit de **LSKA 2.0** te komen. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies uit dit onderzoek samengevat en worden aanbevelingen gegeven ter bevordering van implementatie.

### 8.1 Conclusies

#### Implementatie LSKA 1.0

De belangrijkste aanbeveling uit de **LSKA 1.0** die in dit onderzoek centraal stond:

- Aanwezigheid van een casemanagement antistolling binnen zowel de eerste als de tweede lijn, die de centrale regie voert in de zorg rondom antistolling

Alle geïnterviewden zijn bekend met de **LSKA 1.0** en de bijbehorende aanbevelingen en de meerderheid van de geïnterviewden ziet een meerwaarde voor het casemanagement antistolling binnen de eerste en tweede lijn.

Op veel plaatsen in Nederland zijn zowel trombosediensten als ziekenhuizen bezig om het casemanagement antistolling vorm te geven. Met name binnen de eerste lijn lijkt de implementatie van het casemanagement grotendeels gerealiseerd, waarbij verschillende trombosediensten aangeven feitelijk al jaren als casemanagement voor VKA-patiënten te fungeren, ook al wordt het niet overal als zodanig benoemd. Binnen de tweede lijn zijn verschillende ziekenhuizen initiatieven gestart om het casemanagement antistolling vorm te geven en hebben bijvoorbeeld een antistollingscommissie opgericht, een specifieke casemanager ingesteld en/of een stollingspoli ingericht, maar in andere ziekenhuizen komt de implementatie nog niet van de grond. 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. Op dit moment bestaan er geen vergoedingen voor de activiteiten die het casemanagement antistolling vereist en extra financiering, mankracht en coördinatie zijn dan ook nodig om het casemanagement in zowel de eerste als tweede lijn conform de **LSKA 1.0** vorm te kunnen geven.

#### Implementatie Leidraad voor begeleide introductie van NOAC's

De belangrijkste aanbevelingen uit de **Leidraad** die in dit onderzoek centraal stonden:

- Aanwezigheid van NOAC-protocollen in zowel de eerste als tweede lijn
- De centrale regie voor de behandeling en begeleiding van NOAC-patiënten dient bij de voorschrijver/hoofdbehandelaar in de tweede lijn te liggen

Alle geïnterviewden zijn bekend met de **Leidraad** en de bijbehorende aanbevelingen en alle geïnterviewde medisch specialisten zien een meerwaarde voor het gebruik van NOAC-protocollen. De meerderheid van de geïnterviewde eerstelijnsketenpartners geeft

echter aan weinig tot niets met NOAC-protocollen te maken te hebben, omdat de behandeling en begeleiding van NOAC-patiënten met name binnen de tweede lijn plaatsvindt.

Binnen de meeste ziekenhuizen wordt de **Leidraad** als uitgangspunt gebruikt om afspraken met betrekking tot NOAC's te maken en specifieke NOAC-protocollen te ontwikkelen. Op regionaal niveau worden afspraken over NOAC's gemaakt tussen ziekenhuizen en op enkele plaatsen zijn ook transmurale NOAC-protocollen ontwikkeld. De meeste geïnterviewden zien op termijn een rol weggelegd voor de eerste lijn 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. Op enkele plaatsen bestaan samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en trombosediensten, waarbij de trombosedienst de tweede lijn ondersteunt bij de begeleiding van NOAC-patiënten en als aanspreekpunt voor patiënten en andere eerstelijnsketenpartners fungeert. Daarnaast dragen zij op sommige plaatsen zorg voor het overzetten van patiënten van een VKA naar een NOAC, registratie van NOAC's, monitoring van therapietrouw en het uitvoeren van de vereiste periodieke nierfunctie bepalingen. Aanpassingen in de financieringsstructuur en opleiding zijn nodig om optimale zorg voor NOAC-patiënten, met ondersteuning door onder andere nurse practitioners, physician-assistants en de eerste lijn, te kunnen realiseren.

### **Implementatie LSKA 2.0**

De belangrijkste aanbevelingen uit de **LSKA 2.0** die in dit onderzoek centraal stonden:

- Realiseren van structurele transmurale samenwerkingsverbanden met betrekking tot antistollingszorg (bijvoorbeeld regiotafel)
- Vormgeving van Regionale antistollingscentra en Expertisecentra, waarbinnen de totale ketenzorg rondom antistolling bij elkaar gebracht wordt

Van de 55 geïnterviewden zijn er 52 op de hoogte van de **LSKA 2.0**, inclusief de bijbehorende aanbevelingen. Enkele huisartsen (N=3) geven aan hiervan nog niet op de hoogte te zijn, dus de bekendheid van de richtlijn onder huisartsen lijkt wat lager te liggen.

#### *Aanbeveling 1: Regionale samenwerkingsverbanden*

De meerderheid van de geïnterviewden ziet een meerwaarde voor het opzetten van structurele transmurale samenwerkingsverbanden voor antistolling en acht deze verbanden noodzakelijk om afstemming van het antistollingsbeleid op lokaal/regionaal niveau te kunnen realiseren. Enkele geïnterviewden, met name huisartsen en tandartsen, geven echter aan dat zij niet zozeer de meerwaarde en noodzaak inzien van het opzetten van structurele transmurale samenwerkingsverbanden, omdat zij tevreden zijn over de samenwerkingsverbanden met betrekking tot antistollingszorg die binnen hun (vaak kleinere) regio op dit moment bestaan.

De mate waarin structurele transmurale samenwerkingsverbanden opgezet zijn, verschilt per regio. In een groot aantal regio's hebben trombosediensten een regiotafel antistolling opgericht, waarbinnen verschillende eerste- en tweedelijnsketenpartners betrokken bij antistollingszorg vertegenwoordigd zijn. Binnen een regiotafel staat

transmurale afstemming van het antistollingsbeleid op lokaal/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. Er zijn verschillende, vaak kleinere, regio's waar geen officiële regiotafels bestaan. Binnen deze regio's worden samenwerkingsverbanden met betrekking tot antistolling vormgegeven door bilaterale overleggen tussen ketenpartners onderling. Daarnaast wordt in deze regio's vaak gebruik gemaakt van reeds bestaande overleg- en ketenstructuren, zoals het farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO) en zorggroepen. Deelname aan een transmuraal overleg met mandaat vanuit de achterliggende beroepsgroep, kan helpen om de opkomst en betrokkenheid te bevorderen, alsmede de communicatie van de gemaakte afspraken naar de achterban te verbeteren. Ondersteuning, coördinatie en een koppeling van ICT-systemen zijn nodig om structurele transmurale samenwerkingsverbanden, zoals een regiotafel, op te kunnen zetten en te behouden.

#### *Aanbeveling 2: regionale antistollingscentra en expertisecentra*

De meerderheid van de geïnterviewden die een meerwaarde ziet voor het opzetten van regionale samenwerkingsverbanden, ziet tevens een meerwaarde voor het opzetten van regionale antistollingscentra en expertisecentra. Enkele huisartsen twijfelen echter aan de toegevoegde waarde van dergelijke centra wanneer er binnen een regio reeds structurele samenwerkingsverbanden, zoals een regiotafel, bestaan. Enkele geïnterviewden geven daarnaast aan dat zij wel de meerwaarde van implementatie van regionale antistollingscentra en expertisecentra inzien, maar dat dit in hun regio nog een stap te ver is, omdat zij nog bezig zijn met het opzetten van een casemanagement antistolling en het realiseren van regionale samenwerkingsverbanden.

Enkel in één regio in Nederland is op dit moment een regionaal antistollingscentrum en een expertisecentrum formeel opgericht, gebaseerd op samenwerkingsverbanden tussen meerdere trombosediensten en meerdere ziekenhuizen uit die regio. In andere regio's bestaan plannen om regionale antistollingscentra op te richten vanuit regionale trombosediensten en/of expertisecentra vanuit afdelingen trombose-hemostase of stollingspoli's van Universitair Medische Centra (UMC's). Deze initiatieven lijken vooralsnog redelijk op zichzelf staand en voldoen niet geheel aan de gestelde criteria in de **LSKA 2.0** en het visiedocument van de FNT. Binnen verschillende transmurale samenwerkingsverbanden wordt op dit moment gebrainstormd over de toekomstige vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra. Twee modellen worden geschetst, beide gebaseerd op geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen trombosediensten en ziekenhuizen. Overige ketenpartners, inclusief patiënten, worden in beide modellen tevens bij de centra betrokken en kunnen hier terecht met vragen of voor specialistische zorg. De indeling in regio's ten behoeve van de vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra dient bij voorkeur gebaseerd te worden op natuurlijke samenwerkingsverbanden. Ondersteuning en coördinatie, bijvoorbeeld in de vorm van procesbegeleiding en inhoudelijke ondersteuning door nurse-practitioners en/of physician-assistants, worden als belangrijke randvoorwaarden gezien voor implementatie. 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 verschillende betrokken ketenpartners aan elkaar te koppelen, zodat een keteninformatiesysteem ontstaat.

### **Geschatte kosten en mogelijke realisatiedatum voor implementatie**

Met betrekking tot 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**), kan onderscheid gemaakt worden tussen investeringskosten en structurele kosten. Met betrekking tot investeringskosten lijkt het zinvol om implementatiebegeleiding te bieden, waarbij er per regio een parttime procesbegeleider aangesteld kan worden om de implementatie binnen de regio's op gang te brengen en te coördineren. Daarnaast kan een landelijke procesbegeleider aangesteld worden, die zorg draagt voor het organiseren van regio-overstijgende bijeenkomsten, waar ervaringen met betrekking tot de implementatie uitgewisseld kunnen worden. De implementatie kan uiteindelijk ook tot kostenbesparing leiden, door het verminderen van het aantal complicaties en vermijdbare fouten in de antistollingszorg. Structurele kosten hebben met name betrekking op mogelijke 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 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 mogelijk bevorderen.

## **8.2 Aanbevelingen**

Globaal kunnen de aanbevelingen volgend uit dit onderzoek worden onderverdeeld in aanbevelingen voor de Landelijke Stuurgroep Keten Antistollingsbehandeling, die de **LSKA 2.0** heeft ontwikkeld, en aanbevelingen op regionaal niveau.

### ***Aanbevelingen voor de Landelijke Stuurgroep:***

- Omdat uit dit onderzoek blijkt dat niet alle partijen betrokken bij antistollingszorg de meerwaarde van het opzetten van een regionale infrastructuur voor antistolling inzien, wordt aanbevolen dat de Landelijke Stuurgroep werkt aan het vergroten van het bewustzijn van deze partijen.
- Om de regionalisering van de antistollingszorg te bevorderen en de implementatie te versnellen, wordt aanbevolen dat de Landelijke Stuurgroep probeert middelen te verkrijgen voor het opzetten van een implementatiebegeleidingstraject in de regio's en op landelijk niveau. Het is tevens aan te bevelen de voortgang van de implementatie te laten monitoren door onafhankelijke onderzoekers.
- Een andere structuur van antistollingszorg kan gevolgen hebben voor de financieringsstructuur voor antistolling. Het wordt aanbevolen dat de Landelijke Stuurgroep met overkoepelende partijen in gesprek gaat over de mogelijkheden voor het aanpassen van de financieringsstructuur.

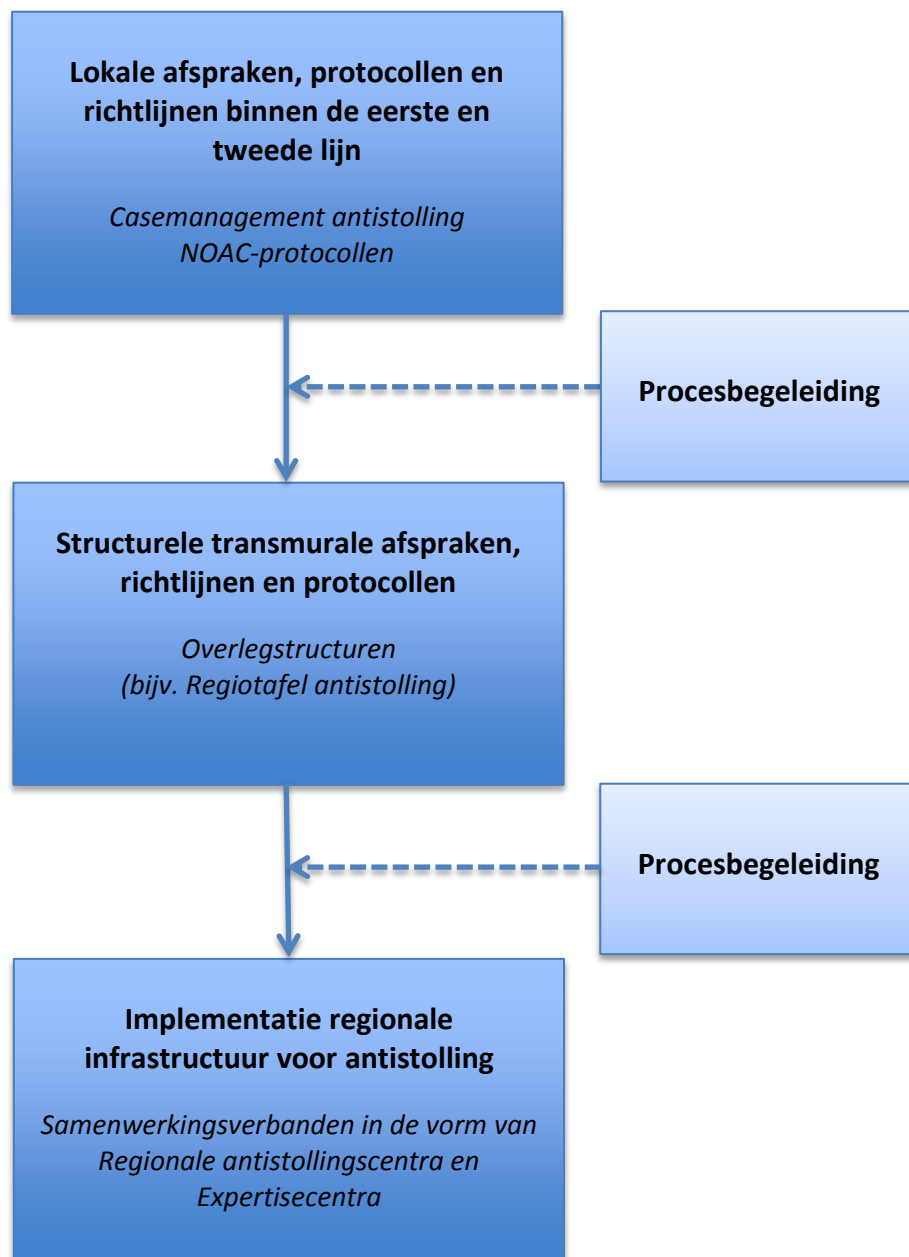
***Aanbevelingen op transmuraal niveau:***

- Er wordt aanbevolen dat binnen elke regio structurele transmurale samenwerkingsverbanden opgericht worden, zoals bijvoorbeeld een regiotafel. Binnen deze samenwerkingsverbanden dienen de verschillende ketenpartners betrokken bij antistollingszorg uit zowel de eerste als tweede lijn vertegenwoordigd te worden, zo mogelijk met mandaat vanuit de achterliggende beroepsgroep. Het accrediteren van deelname aan transmurale overleggen kan de opkomst en betrokkenheid bij deze overleggen vergroten.
- Binnen de transmurale samenwerkingsverbanden staat afstemming van het antistollingsbeleid op lokaal/regionaal niveau centraal, voor alle verschillende typen antistollingsmiddelen (VKA, NOAC, TAR).
- Om de transmurale samenwerking tussen de verschillende ketenpartners te optimaliseren, wordt aanbevolen om de ICT-systemen van de verschillende ketenpartners aan elkaar te koppelen. Doseersystemen van trombosediensten kunnen hiertoe gekoppeld worden aan ziekenhuissystemen en desgewenst ook aan de systemen van de overige ketenpartners, zoals huisartsensystemen.

### 8.3 Stappenplan voor implementatie

Op basis van bovenstaande conclusies en aanbevelingen, kan een stappenplan voor implementatie schematisch weergegeven worden, schematisch weergegeven in Figuur 5.

**Figuur 5** Schematische weergave van een stappenplan voor implementatie



## Referenties

- De Blok C, Koster E, Schilp J, Wagner C. Implementatie VMS Veiligheidsprogramma: evaluatieonderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht, NIVEL, 2013.
- De Bruijne MC, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Utrecht, NIVEL, 2007.
- Federatie van Nederlandse Trombosediensten. Toekomstscenario Antistollingszorg. 2013.
- Gezondheidsraad. Nieuwe antistollingsmiddelen: een gedoseerde introductie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/07.
- Horikx A, Labots-Vogelesang SM, Delemarre J, van Diermen DE, Eizenga WH, van Holten-Verzantvoort ATM, Prins AJR, Schul LA, Verheij-Bakker AM, de Vries-Bots AMB, van Balen JAM, Lelie-van der Zande ACAM. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Antistolling, 2011.
- Langelaan M, Baines RJ, Broekens MA, Siemerink KM, van de Steeg L, Asscheman H, de Bruijne MC, Wagner C. Monitor Zorggerelateerde Schade 2008: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht, NIVEL, 2010.
- Langelaan M, de Bruijne MC, Baines RJ, Broekens MA, Hammink K, Schilp J, Verweij L, Asscheman H, Wagner C. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht, NIVEL, 2013.
- Leendertse AJ, Van den Bemt PMLA, Egberts ACG. Hospital Admissions Related to Medication (HARM) [eindrapport]. Universiteit Utrecht, 2006.
- Medisch Contact, nummer 27, juli 2012. Antistolling vraagt veel strakkere regie.
- Vaartjes I, Koopman C, van Dis I, Visseren FLJ, Bots ML. Hart- en Vaatziekten in Nederland 2013. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2013.
- Van der Kwaak- van Hout H. Werkboek Ketenontwikkeling antistollingsbehandeling. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2010.
- Vos L, Dückers M, Wagner C. Evaluatie Sneller Beter pijler 3: resultaten van een verbeterprogramma voor ziekenhuizen. Utrecht, NIVEL, 2008.



## Bijlage A. Topic list interviews

Onderstaand wordt de algemene interview topic list weergegeven. Deze topic list werd aangepast al naar gelang de aard van het interview (face-to-face vs. telefonisch) en type geïnterviewde (landelijk vs. regionale partij, type ketenpartner etc.).

### 1. Inleiding

- Voorstellen
- Duur interview + toestemming voor opname
- Functie geïnterviewde
- Doel interview

### 2. Visie op implementatie LSKA 1.0 en Leidraad vanuit perspectief specifieke ketenpartner/landelijke brancheorganisatie

#### *LSKA 1.0:*

- Bekendheid met de richtlijn en de bijbehorende aanbevelingen
- Meerwaarde voor implementatie van de aanbevelingen
- Ondernomen activiteiten met betrekking tot implementatie
  - Casemanagement antistolling
- Randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie

#### *Leidraad voor begeleide introductie van NOAC's:*

- Bekendheid met de richtlijn en de bijbehorende aanbevelingen
- Meerwaarde voor implementatie van de aanbevelingen
- Ondernomen activiteiten met betrekking tot implementatie
  - NOAC-protocollen
  - Centrale regie
- Visie op toekomstige centrale regie voor NOAC-patiënten
- Randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie

### 3. Visie op implementatie LSKA 2.0 vanuit perspectief specifieke ketenpartner/landelijke brancheorganisatie

- Bekendheid met de richtlijn en de bijbehorende aanbevelingen

#### *Structurele transmurale samenwerkingsverbanden:*

- Meerwaarde voor implementatie
- Ondernomen activiteiten met betrekking tot implementatie
  - Regiotafel
  - Overige initiatieven
- Randvoorwaarden en knelpunten met betrekking tot implementatie

#### *Regionale antistollingscentra en expertisecentra:*

- Meerwaarde voor implementatie
- Ondernomen activiteiten met betrekking tot implementatie
  - Regionale antistollingscentra
  - Expertisecentra

- Ideeën ten aanzien van toekomstige vormgeving van regionale antistollingscentra en expertisecentra voor antistolling (inclusief mogelijke regie, betrokkenheid ketenpartners, indeling in regio's etc.)
- Randvoorwaarden voor toekomstige implementatie
- Geschatte kosten van implementatie
- Mogelijke realisatiedatum voor implementatie

#### **4. Afsluiting**

## Bijlage B. Afkortingen en begrippen

<b>ACTA</b>	Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam
<b>EPD</b>	Elektronisch Patiënten Dossier
<b>FMCC</b>	Federatie Medisch Coördinerende Centra
<b>FNT</b>	Federatie van Nederlandse Trombosediensten
<b>FTO</b>	Farmacotherapeutisch overleg
<b>FTTO</b>	Farmacotherapeutisch transmuraal overleg
<b>HARM</b>	“Hospital Admissions Related to Medication”
<b>INR</b>	“International Normalized Ratio”, een internationale maat voor de stolbaarheid van het bloed
<b>IVM</b>	Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
<b>Leidraad</b>	Leidraad voor begeleide introductie nieuwe orale antistollingsmiddelen, ontwikkeld in nov 2012
<b>LSKA</b>	Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling
<b>LSKA 1.0</b>	Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling, ontwikkeld in nov 2012
<b>LSKA 2.0</b>	Herziene versie Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling, ontwikkeld in juni 2014
<b>MCC</b>	Medisch Coördinerend Centrum
<b>Ministerie van VWS</b>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>MIP</b>	Melding Incident Patiëntenzorg
<b>NIVEL</b>	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
<b>NOAC</b>	Non-VKA orale anticoagulantia
<b>Nurse-practitioner</b>	Gespecialiseerd verpleegkundige
<b>OMS</b>	Orde van Medisch Specialisten
<b>Physician-assistent</b>	Verpleegkundige of paramedicus met een taakdifferentiatie op een specifiek gebied, zoals antistolling
<b>RTA</b>	Regionale Transmurale Afspraak
<b>TAR</b>	Trombocytenaggregatieremmer
<b>UMC</b>	Universitair Medisch Centrum
<b>VKA</b>	Vitamine K-antagonist