

Optimaal antistollingbeleid

Antitrombotica (anticoagulantia en trombocytenuitremmers) worden veel voorgeschreven aan patiënten. Aan het gebruik van antitrombotica zijn risico's verbonden; te veel geeft bloedingen, te weinig kan leiden tot infarcten of recidief trombose. Naast de problematiek verbonden aan het gebruik van antitrombotica, is er sprake van een toenemende complexiteit van de zorg voor patiënten met arteriële en/of veneuze trombotische aandoeningen. Dit wordt veroorzaakt door de uitbreiding van het therapeutisch arsenaal met, naast de al lang bestaande vitamine K antagonisten (VKA) en aspirine, ook direct werkende orale anti-coagulantia (DOACs of NOACs) en een nieuwe generatie trombocytenuitremmers (TARs) in combinatie met een toenemend aantal oudere patiënten met multimorbiditeit.

Het verbeterdoel is voortgekomen uit een discussie over de huidige praktijk van de dag en hoe die combineert met de afspraken zoals eerder gemaakt in een Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling (LSKA). Veel instellingen hebben een peri-procedureel antistollingsprotocol, maar deze voldoet soms niet aan alle gestelde criteria zoals genoemd in de definitie. Deze criteria dragen bij aan het veilig gebruiken van antistolling. Daarom is lokale stollingsexpertise noodzakelijk voor het op juiste wijze omgaan met (complexe) stollingsvragen. Het verbeterdoel is erop gericht om inzicht te genereren in de implementatie van deze protocollen en de stollingsexpertise, en hoe de bijbehorende verbetercyclus is ingericht.



Verbeterdoel Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid in de zorginstelling

Verbeteronderdelen

Voor het verbeterdoel moeten de volgende vragen door de instelling per onderdeel van het doel worden beantwoord:

- *In hoeverre is dit verbeteronderdeel geïmplementeerd (zie ook onder Hulpmiddelen)?*
- *Hoe analyseert en beoordeelt de instelling haar eigen beleid, op grond van welke gegevens?*
- *Welke verbeteringen gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen?*
- *Is het beleid goed afgestemd op de behoeften van patiënten, rekening houdend met de mogelijkheden van zorgverleners?*

Verbeteronderdelen waarover gereflecteerd moet worden:

*Peri-procedureel antistollingsprotocol**

1. De instelling beschikt over een peri-procedureel antistollingsprotocol, waarin alle aspecten, zoals beschreven bij de definitie van het verbeterdoel, zijn opgenomen;
2. De instelling beschikt over een verbetercyclus voor het peri-procedureel antistollingsprotocol;

*Organisatie lokale antistollingsexpertise**

3. De instelling heeft afspraken over hoe de lokale antistollingsexpertise georganiseerd is;
4. De instelling heeft de lokale antistollingsexpertise, binnen en buiten kantooruren geborgd;
5. De instelling heeft een verbetercyclus op het gebied van lokale antistollingsexpertise.

*Zie Definities

Inclusie- en exclusiecriteria

Alle patiënten die met antitrombotische therapie in ziekenhuizen en particuliere klinieken worden behandeld (starten, wijzigen en stoppen).

Bestuurlijk oordeel

- *Hoe beoordeelt de bestuurder de kwaliteit van zorg op dit verbeterdoel, rekening houdend met de verbeteronderdelen?*

Toelichting:

Richtlijn of norm

- Landelijke Standaard Ketenzorg Antistolling voor de eerste- en tweedelijnszorg: versie 2, 2014.

Hulpmiddelen

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond in welke mate het verbeterdoel per verbeteronderdeel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manier aan te tonen.

Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, DICA, <https://www.portaalvoorpatientveiligheid.nl>, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc.
- Resultaten audits, tracers.
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie, etc.)
- Organisatie van processen.

Definities

Peri-procedureel antistollingsprotocol: Het doel is de aanwezigheid en implementatie van een peri-procedureel antistollingsprotocol waarin alle relevante aspecten rondom verantwoordelijkheden, medicatiebeleid en communicatie van het beleid staan beschreven. Dit vereist nauwe afstemming bij het instellen, doorzetten en onderbreken van de antitrombotische behandeling rondom procedures met deze medicamenten.

Een periprocedureel antistollingsprotocol bestaat uit de beschrijving van de:

1. Verantwoordelijkheden rondom antistollingszorg;
2. Afspraken rondom antistollingsmedicatie;
3. Communicatie met zowel zorgverleners als patiënten.

Hieronder staat kort weergegeven wat onder de verschillende categorieën minimaal in het lokale protocol opgenomen dient te zijn.

De volgende **verantwoordelijkheden** staan beschreven:

- Wie legt afspraken over doorzetten of onderbreken van antitrombotica vast.
- Wie stelt het bloedingsrisico vast.
- Wie schrijft de antistollingsmedicatie voor.
- Wie stelt de antistollingsstatus vast.

De volgende **afspraken** rondom antistollingsmedicatie komen terug in het protocol:

- Welke antistollingsmedicatie wordt preoperatief al dan niet gestopt en indien gestopt voor hoe lang.
- Wanneer wordt na de procedure de anticoagulantia herstart en op welke wijze.
- Wanneer wordt welke plaatjesremmer(s) periprocedureel gestopt en voor hoe lang.
- Wanneer wordt de plaatjesremmer(s) na de procedure herstart en op welke wijze.
- Wanneer bestaat een indicatie voor overbrugging en op welke wijze wordt dit toegepast.
- Wanneer bestaat een indicatie voor veneuze tromboseprofylaxe en op welke wijze wordt dit toegepast.
- Welke comedatie wordt gebruikt, inclusief de met stolling interfererende medicatie.

De volgende afspraken rondom **communicatie** komen terug in het protocol:

- Op welke wijze gecommuniceerd wordt met de patiënt over het beleid en hoe wordt aangetekend in het patiëntendossier dat deze communicatie heeft plaatsgevonden.
- Op welke wijze gecommuniceerd wordt met de behandelaar die de ingreep doet behandelend arts/ trombosedienst/huisarts/ apotheek over het beleid.
- Op welke wijze en door wie gecommuniceerd wordt in geval van wijziging (in procedure plan) met huisarts en patiënt.
- Op welke wijze en door wie het antistollingsbeleid vastgelegd wordt in de time out procedure.

Organisatie lokale antistollingsexpertise: De doelstelling is om te realiseren dat binnen elke instelling de hoofdbehandelaar voldoende wordt ondersteund rondom de toepassing van antistollingsbeleid. Hierbij dient de organisatie van zorg te voldoen aan de onderdelen zoals beschreven bij de definitie. In de gehele keten zijn veel zorgprofessionals, van diverse disciplines en met verschillende verantwoordelijkheden, betrokken. Kennis van zorg voor patiënten met antistollingsmedicatie en kennis van relevante protocollen en richtlijnen varieert en is niet altijd toereikend. Veel zorgprofessionals ervaren het als zeer complex, mede omdat er momenteel een grote diversiteit aan middelen op de markt is, en er vaak double en triple therapie wordt toegepast. Daarnaast zijn er veel nieuwe ontwikkelingen op het gebied van antistollingsmedicatie. Het organiseren van lokale expertise zowel overdag als tijdens diensturen is voor de antistollingzorg van essentieel belang. Inzicht in incidenten kan bijdragen aan het verder verbeteren van de organisatie.

Werkgroep

Dit verbeterdoel is ontwikkeld in 2019/2020 door onderstaande verenigingen

NIV	prof. dr. M.V. Huisman (voorzitter)
NVvC	dr. M.A. Brouwer
NVN	dr. H. Koppen
NVKC	dr. A.K. Stroobants
NOV	dr. H.I.H. Lampe
NVU	dr. J.R. Oddens
NVZA	dr. M. van Hulst en drs. B.P. Brassé
NVVH	dr. A.C. Vahl
NVMDL	dr. M.J.A.L. Grubben
NVA	dr. A.W.M.M. Koopman-van Gemert