



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid

Verbeterdoel medisch specialistische zorg (msz)

## Rode draad

Deze Rode draad gaat over het verbeterdoel Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid uit Basisset MSZ Verbeterdoelen en toezichtvragen 2024. De Rode draad biedt inspiratie voor zorgprofessionals die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten die met antitrombotische therapie in ziekenhuizen en particuliere klinieken worden behandeld.



## Inspiratie voor verbetering

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) organiseerde de inspiratiesessie Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid op 6 oktober 2025. Sprekers van drie ziekenhuizen – RadboudUMC, Medisch Spectrum Twente en Reinier de Graaf – deelden hun kennis, ervaringen en goede voorbeelden. Onder de deelnemers aan deze inspiratiesessie waren zorgprofessionals en kwaliteitsmedewerkers uit andere ziekenhuizen.



## Context van het verbeterdoel



### Waarom goed antistollingsbeleid om blijven de aandacht vraagt

Als expert op het gebied van antistolling schetst dr. Jenneke Leentjens van het RadboudUMC de context van het verbeterdoel. Ze is internist-vasculair geneeskundige en klinisch farmacoloog. Ook is ze voorzitter van een regionale antistollingscommissie en lid van de kerngroep van de Nederlandse richtlijn antitrombotisch beleid. De laatste jaren kreeg de antistollingszorg veel aandacht. De aanleiding vormde een rapport uit 2006 dat stelde dat er jaarlijks 1254 doden vielen door potentieel vermijdbare geneesmiddelfouten. De grootste ‘boosdoeners’ waren antistollingsmiddelen. Dat is niet zo vreemd, maakt Jenneke duidelijk, want die middelen zijn op twee manieren risicovol: afhankelijk van de dosering én de duur van onderbreking van inname is er meer of minder risico op trombotische- of bloedingcomplicaties. En bij een ingreep kan dit al snel leiden tot een calamiteit.

Deze risico’s zijn de reden dat de LSKA 2.0 uit 2014 indicatoren vaststelde die in 2021 als basis dienden voor het verbeterdoel Realiseren van een optimaal antistollingsbeleid. In het verbeterdoel staat bijvoorbeeld dat er een periprocedureel antistollingsprotocol beschikbaar moet zijn, net als 24/7 casemanagement en controle of patiënten afdoende informatie kregen over hun antistollingsmiddelen.

### Continu samen verbeteren is nodig

“Deze verbeterdoelen zijn er niet alleen om op te controleren, maar juist ook om zorgverleners aan te zetten om continu bezig te zijn met een verbeterplan rond antistolling, waarbij we van en met elkaar leren en verbeteren”, zegt Jenneke. Ze beschrijft een cohortonderzoek waaruit bleek dat van 202 bevroegde patiënten maar liefst 45% ofwel geen juiste antistollingsnotitie had, ofwel het advies niet gekregen, onthouden of begrepen had. “Het is dus heel belangrijk om daar een verbetercyclus op te maken.”



## Ter inspiratie: RadboudUMC

Jenneke deelt enkele ervaringen uit het RadboudUMC. Daar is een S-team opgezet dat zorgdraagt voor het casemanagement en de antistollingsnotities van alle patiënten die een ingreep moeten ondergaan. Daarnaast realiseerde het team een centraal blad in het EPD en is het verantwoordelijk voor de update van het ziekenhuisbrede antistollingsprotocol. “We verzorgen ziekenhuisbreed het onderwijs via het S-team. Ook ontwikkelden we een kennisclip voor artsen en voor verpleegkundigen om *awareness* te creëren en die processen ook echt goed in te richten. We blijven het verbeterproces ieder jaar monitoren, echt als een PDCA-cyclus.”

### Minder meldingen en een kwaliteitsslag

De voorlopige resultaten? Er zijn veel minder VIM-meldingen dan voorheen. Jenneke: “Wat ook opviel was dat onze chirurgen en de trombosedienst echt een kwaliteitsslag maakten in het juist invullen van de bloedingrisico’s.” Er zijn nog wel vragen over kosteneffectiviteit en een wens voor betere EPD-ondersteuning. Ook is het heel lastig om duidelijk te krijgen hoeveel operaties nu wel kunnen doorgaan waar dat eerder niet kon. “Daarom willen wij ons het komende jaar focussen op de verbetercyclus met behulp van operationele stuurinformatie”, aldus Jenneke.

*“We hoeven niet telkens zelf het wiel opnieuw uit te vinden om onze zorg te verbeteren. Laten we van elkaars good practices blijven leren!”*

### Complicerende factoren

Ze benadrukt dat het onderwerp van antistolling complex is en blijft. Er zijn nog steeds veel vermijdbare fouten, kosten en calamiteiten. De toename in het aantal antistollingsmiddelen – het zijn er op dit moment 23 – vergemakkelijkt het niet. Ook de afhankelijkheid van verschillende patiëntfactoren en de communicatie tussen betrokkenen zijn factoren die het proces ingewikkeld maken. “We staan met z’n allen voor een uitdaging”, zegt Jenneke. “Maar we hoeven niet telkens zelf het wiel opnieuw uit te vinden om onze zorg te verbeteren. Laten we van elkaars *good practices* blijven leren!”



## Ter inspiratie: Medisch Spectrum Twente

Dr. Jennita Slomp is voorzitter van de antistollingscommissie en het S-team in het Medisch Spectrum Twente (MST). Ze beschrijft de organisatie van antistollingszorg in het ziekenhuis. Die heeft drie pijlers, waarvan de eerste de antistollingscommissie is. “Die gaat echt over het beleid: over de protocollen, over het plannen van acties en de evaluaties. De commissie evalueert ook VIM-meldingen en formuleert verbeteracties. Elf specialismen die met antistollingszorg te maken hebben nemen eraan deel, waaronder de interne geneeskunde, cardiologie en neurologie. Daarnaast nemen ook de trombosedienst en een kaderhuisarts uit de regio deel.”

### Plek voor vragen over antistolling

De tweede pijler is het S-team. Daarin zitten vier antistollingsmedewerkers, ondersteund door medewerkers van de trombosedienst. Ook werken medewerkers van interne geneeskunde, cardiologie, klinische chemie en de apotheek mee. Onder hun taken vallen het controleren en corrigeren van het antistollingsbeleid tijdens de ziekenhuisopname van de patiënten én het multidisciplinair overleg antistolling, waar wekelijks gelegenheid voor is. Het begon als een overleg om vragen van de antistollingsmedewerkers bij de controles van het antistollingsbeleid te beantwoorden. “Gaandeweg merkten we dat de antistollingsmedewerkers meer kennis opdeden, waardoor we besloten het overleg om te zetten naar een MDO”, zegt Jennita. “Daarbij kan een zorgprofessional die een vraag heeft over antistolling aanwezig zijn bij het MDO. Zo kunnen we vanuit meerdere perspectieven de patiënten bekijken.”

*“Start met wat wel haalbaar is en betrek mensen die enthousiast zijn. Maak het vooral niet te groot – dat is eigenlijk mijn belangrijkste boodschap.”*

De derde pijler zijn de antistollingsmedewerkers. Samen hebben die 1,8 fte. Ook worden medewerkers van de trombosedienst ingehuurd voor in totaal 11 uur. Naast controles verzorgen zij projecten als de overdracht naar de eerste lijn, patiëntenvoorlichting en scholing van verpleegkundigen.

### Behaalde resultaten en verdere wensen

Er gaat al duidelijk veel goed in het MST, maar sommige dingen kunnen nog beter, zegt Jennita. Er is een structuur voor het wekelijkse MDO, maar het aantal meldingen kan hoger. Er staat een solide PDCA-cyclus – inclusief jaarplan, jaarverslag en evaluaties – maar die zou continu gemonitord kunnen worden in plaats van jaarlijks. Er is regionale afstemming, bijvoorbeeld met vier andere ziekenhuizen, maar de overdracht naar de eerste lijn in de regio kan vollediger. Ook de informatie-uitwisseling met verpleeghuizen is voor verbetering vatbaar. De patiëntenvoorlichting is nu op orde: alle folders en video's zijn aangepast en op B1-taalniveau gebracht.

### Kleine stappen en lange adem

Jennita deelt haar kijk op het boeken van voortgang: “Mijn ervaring is dat je als je heel grote dingen wilt in één keer, het dan vaak niet lukt. Maar als je kleine stappen zet en een lange adem hebt, ontstaat er vaak een opening waar er eerst geen zat. Start met wat wel haalbaar is en betrek mensen die enthousiast zijn. Maak het vooral niet te groot – dat is eigenlijk mijn belangrijkste boodschap.”



## Ter inspiratie: Reinier de Graaf

Eén project van het antistollingsteam van het Reinier de Graaf staat centraal in de presentatie van verpleegkundig consulent antistolling Marleen de Graaf-van der Kort. Dit project richt zich op twee gerelateerde zaken: vastleggen van de verantwoordelijkheden van het perioperatief antistollingsbeleid en bouwen van de digitale ondersteuning in het EPD bij het OK-formulier. “We startten dit project om een eenduidig beleid te kunnen garanderen dat niet afhankelijk is van de voorkeur van degene die de ingreep aanvraagt”, zegt Marleen. “Maar ook het digitaal integreren van het antistollingsbeleid bij ingrepen was een wens. Zodat er lokaal, regionaal en transmuraal standaardisatie is. En om de protocollen en de pre- en postoperatieve standaardgegevens van de patiënt gelijk in het EPD te kunnen integreren.”

### **Automatisch gegenereerd antistollingsadvies**

Het antistollingsteam keek allereerst naar de wensen van de trombosedienst. Marleen: “Ze bleken regelmatig niet goed ingevulde ingreepformulieren te ontvangen, zonder een goede beschrijving van het bloedings- en tromboserisico. Of ze kregen formulieren pas heel laat. Het was voor hen vervolgens lastig te achterhalen bij wie ze dan konden aankloppen. Ook zagen ze graag nierfunctie en gewicht op het formulier terug.” Op verzoek van het antistollingsteam bouwde de afdeling I&I een lijst met daarin per specialisme alle ingrepen die meer dan tien keer per jaar voorkwamen. Die lijst werd verspreid onder de maatschappen met de vraag of zij konden aangeven welk bloedingsrisico er aan een bepaalde ingreep hangt. I&I koppelde die daarna met het antistollingsbeleid uit de richtlijn.

Het bloedingsrisico is gekoppeld aan de geselecteerde ingreep en wordt automatisch gevuld. De aanvullende individuele patiëntfactoren die van invloed kunnen zijn, worden door de chirurg ingevoerd. Daar komt vervolgens een pre- en postoperatief antistollingsadvies uit, waarbij de chirurg aangeeft of hij dit wil overnemen of ervan afwijkt. Dat laatste kan alleen met verplichte toelichting. Het formulier wordt daarna met één druk op de knop verzonden naar de preoperatieve screening (POS) als een patiënt specifieke antistollingsmedicatie gebruikt. Indien nodig kan de anesthesist op basis van de gekozen anesthesievorm nog onderbouwd afwijken van het voorgestelde beleid.

*“Vanaf het begin hoorden we zorgen over meer (klik)werk. Maar later kregen we terug van de chirurgen en anesthesisten dat dit juist minder werk is dan voorheen.”*

### **Koppeling met regionale trombosediensten**

Marleen laat het antistollingswerkblad zien. Daarop staat, naast de eerdere verslaglegging in het OK-formulier, de actieve antistollingsmedicatie en relevante labuitslagen. “Ook kunnen we nog algemene adviezen vastleggen. Gebruikers kunnen vanaf het werkblad snel doorklikken naar de protocollen én de contactgegevens van de trombosedienst. We noteren namelijk bij welke trombosedienst de patiënt bekend is. En hebben dan een automatische mailkoppeling vanuit het EPD met de meeste trombosediensten in de regio. Bij de trombosedienst Delft hebben we zelfs inzage, zodat we met één druk op de knop ook de gegevens van bijvoorbeeld de laatste dosering kunnen opvragen,” aldus Marleen.

### **Goed bruikbare én vindbare formulieren**

Natuurlijk was er in eerste instantie enige weerstand tegen dit nieuwe werkproces, zegt ze. “Vanaf het begin hoorden we zorgen over meer (klik)werk. Maar later kregen we terug van de chirurgen en anesthesisten dat dit juist minder werk is dan voorheen. Ook kregen we als feedback dat het automatisch gegenereerde antistollingsadvies bijna altijd kan worden overgenomen. De trombosediensten zijn tevreden dat ze minder hoeven na te bellen. En als dat toch moet, is meteen duidelijk naar wie. En heel belangrijk: formulieren raken niet meer zoek.”

### **Kennisdeling door antistollingsteam**

Tot slot vertelt Marleen over scholing die het antistollingsteam biedt. “We hebben een verplichte e-learning antistolling voor nieuwe medewerkers met een voorschrijfbetrokkenheid. Die is onderdeel van hun inwerkprogramma. Ook geven we doorgaans twee keer per jaar scholing op de verpleegafdelingen. Dat doen we ook op verzoek, waar regelmatig gebruik van wordt gemaakt, maar ook op ons eigen initiatief, bijvoorbeeld als we trends zien in bijvoorbeeld VIM-meldingen of auditresultaten.” Bijzonder: het antistollingsteam biedt ook actief extramurale scholing voor onder meer trombosediensten en openbare apothekers.