

Hugo ten Cate

Maastrichts Universitair Medisch  
Centrum en Cardiovascular Research  
Centrum (CARIM); Trombose Expertise  
Centrum, Maastricht.

OOK NIEUWE ANTITROMBOTICA MOETEN IN DE GATEN WORDEN GEHOUDEN

# Trombosediensten blijven van waarde

Nu behandelend artsen massaal overstappen van VKA's naar DOAC's lijkt de rol van trombosediensten uitgespeeld. Maar niets is minder waar. Zij blijven van cruciaal belang om therapietrouw te bevorderen en de veiligheid op lange termijn te bewaken.

### Mijn moeder

Een intermezzo: mijn moeder ontwikkelde rond haar 55ste atriumfibrilleren. De huisarts behandelde dit destijds met aspirine, een bloedplaatjesremmer. Omdat ik arts was, vroeg mijn moeder mij regelmatig om een herhaalrecept tot ik een grote hoeveelheid ongebruikte aspirine bij haar aantrof. Ze bleek dit middel vrijwel niet gebruikt te hebben, omdat ze snel last had van een 'ruwe maag'. Gelukkig was er een alternatief: acenocoumarol. Vanwege haar inmiddels beperkte conditie, kwam de trombose-

dienst bij haar thuis. Vele jaren later, op 89-jarige leeftijd, overleed ze helaas aan een intracerebrale bloeding. Waarom deze anekdote? Om twee redenen die cruciaal zijn in het verhaal rond antistolling. Ten eerste: cardiovasculaire medicatie waarop geen controle wordt uitgeoefend, wordt na enkele maanden door slechts 50 procent van de patiënten adequaat ingenomen. Het aspirinevoorbeeld illustreert dit. Ten tweede: de INR-controle is een methode – met alle gebreken van dien – om de dosering te controleren en bij te sturen. Trombosediensten merken dat

**N**ederland heeft een pioniersrol vervuld bij de introductie van vitamine-K-antagonisten (VKA) in de vorige eeuw. Decennia later is er een landelijk dekkend netwerk van trombosediensten waarbij geen patiënt die VKA gebruikt onopgemerkt blijft. Een half miljoen patiënten worden gevolgd, de meest voorkomende indicatie is atriumfibrilleren (AF; ± 300.000 patiënten, >50% ouder dan 75 jaar). Het trombosedienststelsel is wereldwijd bekend. Is die reputatie terecht en waar is deze eigenlijk op gebaseerd? Deze vraag is opportuun nu met de opkomst van de directe orale anticoagulantia (DOAC's), de trombosediensten overbodig lijken te worden. Waarom is begeleiding, bijvoorbeeld via een trombosedienst, van de patiënt op antistolling nog steeds zinvol?



HOLLANDE HOOGTE / ARIEKIEVIT

veel patiënten problemen ervaren met hun medicatie door onwetendheid, verwarring met andere medicatie, vergeetachtigheid, intercurrente ziekte et cetera. Dagelijks krijgen ze talloze telefoontjes met verzoeken om informatie, corrigeren van vergissingen, vragen over adequaat gebruik, advies bij ingrepen enzovoorts. Voor mijn moeder zou een onbegeleide regelmatige inname van een DOAC geen optie zijn geweest.

### Achter de broek

Natuurlijk is patiënten achter de broek zitten met een INR-bepaling niet de aanpak die moderne zorgverleners voor ogen staat. In het Toekomstscenario antistollingszorg zet de Federatie Nederlandse Trombosediensten uiteen hoe trombose-diensten in de nabije toekomst willen gaan functioneren. Kernpunt hierbij is samenwerking. Dit beleid sluit naadloos aan bij de Landelijke Standaard Keten-zorg Antistolling versie 2 (LSKA 2), waarin wordt gepleit voor een landelijk georganiseerde zorg voor alle patiënten op enige vorm van antitrombotische medicatie. Het rapport van het RIVM 'Keten trombosezorg niet sluitend' gaf hiertoe mede aanzet.

Wat echter nog ontbreekt, is aandacht voor de lange termijn. Wie gaat patiënten op langdurige DOAC-behandeling volgen, begeleiden en adviseren? Volgens de Leidraad is dit een taak voor de huisarts en vooral de apotheek; dit is wel wettelijk voor hen, want de trombosediensten namen altijd het casemanagement voor hun rekening, in goede afstemming met huisarts en apotheek. Het betekent ook dat voorschrijvende specialisten, huisarts en apotheek, vragen gaan krijgen bij complicaties (vaak lichte bloedingen), tandartsbezoek, bijwerkingen et cetera, hetgeen tijdrovend en lastig is in de dagelijkse praktijk. Huisartsen hebben nooit een hoofdrol hoeven spelen in de antistollingszorg en hoewel ze daar zeker toe in staat zijn (met praktijkondersteuners), zal er wel het nodige geïnvesteerd moeten worden in bijscholing (lieft niet uitsluitend gesponsord door de industrie). De ook door de European Society of

## Er is geen zicht op goede registratie van complicaties

Cardiology bepleite regelmatige controle op nier- en leverfuncties, compliantie en bijwerkingen (ten minste halfjaarlijks, zeker bij ouderen) geschiedt niet vanzelfsprekend indien een patiënt nu een DOAC krijgt voorgeschreven. Hierbij komt dat er geen zicht is op goede registratie van complicaties. Voor VKA doen de trombosediensten dit. Voor de DOAC's zou dit een taak voor Lareb zijn; helaas heeft Lareb dat voor VKA-behandeling nooit kunnen waarmaken, vooral omdat artsen met name onbekende bijwerkingen melden, in plaats van de bloeding complicaties!

### Krachten bundelen

Wat moet er gebeuren? Om te beginnen moeten de aanbevelingen uit de LSKA 2 met spoed worden geïmplementeerd; bundeling van krachten is essentieel. Dat vraagt ook om een actief steunende overheid (misschien een wat ouderwetse gedachte, in een tijd van marktwerking), die samen met de nogal passief aanwezige zorgverzekeraars en in overleg met de Landelijke stuurgroep ketenzorg antistolling moet zorgen voor het volgende:

- 1 snelle maar goede implementatie van LSKA 2;
- 2 optimalisatie van de ICT-structuur (trombosediensten gebruiken al jaren ondersteuningssystemen, die deels toepasbaar zijn voor DOAC-gebruik);
- 3 creëren van een financiële regeling voor begeleiding antitrombotica, ongeacht welke partij dit doet;
- 4 inrichting van een landelijk registratiesysteem van complicaties.

In Zweden is in 2006 een nationale registratie opgezet van patiënten met AF; hierbij wordt het gebruik van antistolling geregistreerd en gekoppeld aan de natio-

nale ziekte- en complicatiedatabase. Dit toont aan dat de bestaande VKA-zorg van goede kwaliteit en veilig is (TTR gemiddeld 76,5%). Middels dit systeem kan ook de implementatie van DOAC's gevolgd worden, zonder dat er enige aanpassing in methodiek van registreren nodig is. In Nederland had een dergelijke registratie natuurlijk ook allang moeten bestaan!

### Spectaculair

Een belangrijke, deels onbeantwoorde, vraag is hoe het beste patiënten op langdurige antistolling begeleid moeten worden (en of dit werkelijk voordelen biedt). Een recent voorbeeld uit Duitsland laat zien dat door 'telemedicine' ondersteunde antistollingsbegeleiding niet slechts een veel betere kwaliteit van antistolling bereikt, maar ook een aanzienlijke afname in complicaties, ziekenhuisopnames en zelfs mortaliteit laat zien. Dit gunstig effect bleef bovendien bestaan na correctie voor TTR, dus onafhankelijk van INR-metingen. Deze tamelijk spectaculaire uitkomsten van de Trombeval-studie bieden hoop dat begeleiding van patiënten op antistolling wel degelijk winst oplevert in harde uitkomstmaten!

In het licht van alle problematiek rond antistolling die de afgelopen jaren terecht is gesignaleerd, moeten we nu voorkomen dat de patiënt op langdurige antistolling (met VKA en DOAC's) het kind van de rekening wordt. ■

### contact

h.tencate@maastrichtuniversity.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Dit artikel is geschreven op persoonlijke titel. De auteur is onbezoldigd voorzitter van de Federatie Nederlandse Trombosediensten, onbezoldigd algemeen directeur Trombosedienst Maastricht en voorzitter van de Landelijke Stuurgroep Keten antistolling. Hij ontving toelagen van verschillende farmaceutische bedrijven voor voordrachten of bijdragen aan publicaties. Een deel van het lopend experimenteel onderzoek binnen zijn groep wordt gesteund uit contractresearch van Bayer en Boehringer.

### web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).