

**dr. Lucienne Lemaire, MBA**  
anesthesioloog OLVG,  
Amsterdam

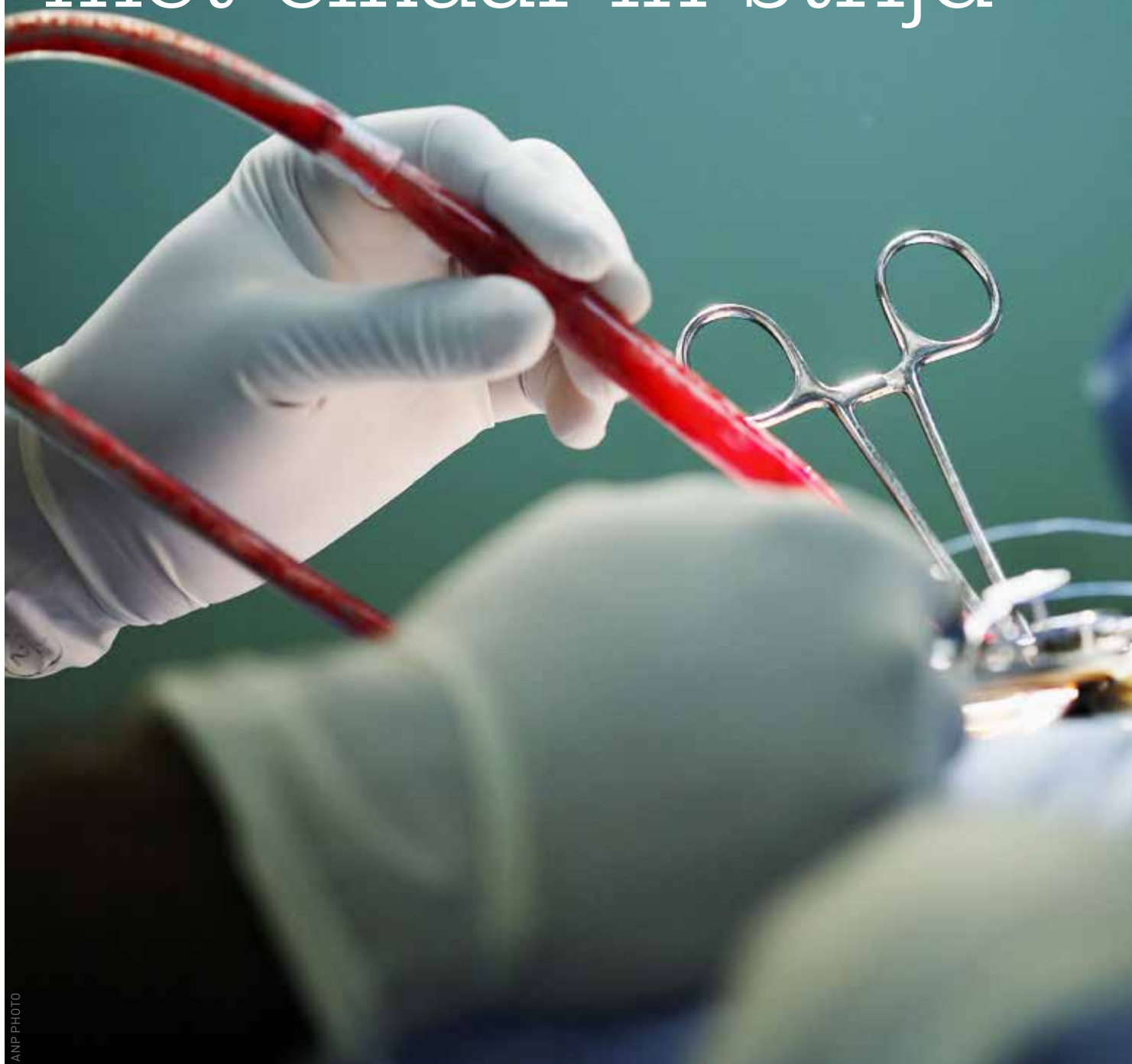
**Milly Zwezereijn, MANP**  
nurse practitioner en  
afdelingsleider Poli Preoperatief  
Onderzoek OLVG

**dr. Bart Rademaker**  
anesthesioloog OLVG,  
Amsterdam

**dr. Wim Terpstra**  
hemato-oncoloog OLVG,  
Amsterdam

TROMBOSEPROFYLAXE EN INVASIEVE INGREPEN VORMEN EEN LASTIGE COMBINATIE

# Richtlijnen met elkaar in strijd



ANP PHOTO



Als één patiënt met meerdere richtlijnen te maken krijgt, doen zich soms tegenstrijdigheden voor, zoals bij een patiënt die bloedverdunners gebruikt en een oncologische buikoperatie moet ondergaan.

**R**ichtlijnen zijn niet meer weg te denken uit de gezondheidszorg, al staat de hoeveelheid ervan wel ter discussie.<sup>1-3</sup> Door het grote aantal richtlijnen kunnen er voor zorgverleners medisch-inhoudelijke knelpunten ontstaan en knelpunten bij de uitvoering van de richtlijnen. Daar waar verschillende medische disciplines samenkomen, doen verschillende richtlijnen soms tegenstrijdige voorstellen. Als voorbeeld bekijken we vier richtlijnen die van toepassing zijn op een patiënt die antistollingsmiddelen krijgt en een grote oncologische resectie in de buik moet ondergaan.

#### **Heparine**

##### *Richtlijn 1*

In de CBO-richtlijn 'Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie arteriële trombose' staat dat patiënten die een 'grote oncologische resectie in de buik/thorax' moeten ondergaan, een hoog risico hebben op een diepe veneuze trombose en longembolieën. Daarom wordt aanbevolen deze patiënten tot vier weken na de operatie een 'verhoogde dosering' *low molecular weight heparin* (LMWH) te geven.<sup>4</sup> De 'verhoogde' dosering wordt niet verder toegelicht. Maar volgens een overzichtstabel in deze richtlijn betekent nadroparine 'profylac-

tisch' gedoseerd: eenmaal daags 2850 IE anti-Xa subcutaan, en 'verhoogd' gedoseerd betekent de dubbele hoeveelheid hiervan, 5700 IE anti-XA eenmaal daags (voor patiënten < 70 kg).<sup>4</sup>

##### *Richtlijn 2 & 3*

Dezelfde patiënt komt ook in aanmerking voor epidurale pijnstilling perioperatief. De geldende richtlijn 'Postoperatieve pijnbehandeling' van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en de richtlijn 'Minimaal invasieve chirurgie' bevelen aan om algehele anesthesie te combineren met een epiduraal bij patiënten die chirurgie met een hoog risico ondergaan, zoals uitgebreide abdominale chirurgie.<sup>5,6</sup> Epidurale pijnstilling wordt zelfs aanbevolen als de ingreep laparoscopisch wordt verricht, omdat het de postoperatieve pijn vermindert en de opnameduur niet verlengt.<sup>6</sup>

De richtlijn voor  
tromboseprofylaxe  
sluit andere  
richtlijnen uit

## Richtlijn 4

De combinatie van epidurale pijnstilling en een verhoogde dosering tromboseprofylaxe, conform richtlijn 1, strookt niet met het perioperatieve beleid in veel ziekenhuizen. Dit beleid is gebaseerd op de voorschriften in de CBO-richtlijn voor het toepassen van epidurale analgesie bij een 'profylactische dosering' LMWH.<sup>7</sup> De richtlijn schrijft voor dat er minimaal tien uur verstreken moet zijn tussen de laatste LMWH-gift en het prikken dan wel het verwijderen van een epiduraalkatheter. Bovendien moet er minimaal twee uur verstrijken tussen een van deze acties en de volgende LMWH-gift. Patiënten die 's avonds een profylactische dosering LMWH krijgen, kunnen dus 's ochtends geopereerd worden of de epiduraalkatheter kan 's ochtends postoperatief worden verwijderd. Volgens de Nederlandse en de recentere

Amerikaanse richtlijn over het toepassen van centrale neuraxisblokkade moet er bij een therapeutische dosering van LMWH's 24 uur zitten tussen het prikken van een epiduraal en de laatste LMWH-gift, en er moet vervolgens ook 24 uur zitten tussen de laatste LMWH-gift en het verwijderen van de epiduraalkatheter.<sup>7,8</sup> Verder wijzen deze richtlijnen op het verhoogde risico van een neuraxiaal hematoom bij gelijktijdig gebruik van LMWH's en trombocytenaggregatiemmers (zoals NSAID's voor postoperatieve pijnstilling en carbasalaatcalcium (ascal); medicatie die perioperatief steeds meer wordt gecontinueerd voor secundaire preventie van arteriële trombose). De incidentie van een neuraxiaal hematoom na neuraxisblokkade is 1:2700 tot 1:18.000.<sup>9,10</sup> Timing en dosering van LMWH spelen daarbij een rol. In een recente Amerikaanse studie bij 62.450 patiënten werd gezien dat van de zeven patiënten die een epiduraal hematoom ontwikkelden na het plaatsen van een epiduraalkatheter, vier patiënten antistollingstherapie hadden gekregen die niet strookte met de Amerikaanse richtlijn omtrent antistolling en neuraxisblokkade.<sup>8,11</sup> Gezien de ernst van deze complicatie zullen anesthesiologen waarschijnlijk geen epiduraal prikken als patiënten LMWH's krijgen in een hogere dan de

profylactische dosering.

Kortom, voor onze patiënt, die een grote oncologische buikoperatie moet ondergaan, impliceert het volgen van de richtlijn voor tromboseprofylaxe, dat twee of drie andere richtlijnen niet gevolgd kunnen worden.

## Overbrugging

Een richtlijn opstellen is één stap, deze vervolgens op een eenduidige manier in de hele keten implementeren is een andere. Dit geldt zeker als er sprake is van richtlijnen voor het gebruik, of tijdelijk onderbreken, van hoogrisicomedicatie zoals anticoagulantia. Stel dat de bovengenoemde patiënt een vitamine-K-antagonist gebruikt thuis. Veelal zal deze medicatie rondom de ingreep moeten worden gestopt. Bij patiënten met een hoog risico op een arteriële of veneuze trombo-embolie moet echter een overbruggingsbehandeling (*bridging*) worden overwogen.<sup>4</sup>

Net als elders bestond in het OLVG een ziekenhuisbreed protocol voor deze overbruggingstherapie. Sinds 2012 zijn de afspraken rondom perioperatieve *bridging* in het OLVG (opnieuw) afgestemd tussen de preoperatieve poli, de operatieplanners van de verschillende specialismen en de patiënt. Tevens is de thuiszorg betrokken in het beleid, omdat zij de subcutane medicatie toedient als de patiënt dit zelf niet kan. Er bleek namelijk bij veel patiënten onduidelijkheid te bestaan over het moment van stoppen met eigen vitamine K-antagonisten en het starten van LMWH. Tevens bleek het voor de ok-planners niet altijd duidelijk te zijn welke stappen moeten worden genomen voordat een patiënt, bij wie overbrugging noodzakelijk is, kan worden gepland. Daarnaast kwam het vaak voor dat patiënten *halve* spuitjes moesten gebruiken om het medicatievoorschrift uit het lokale overbruggingsprotocol te volgen. In dit protocol was gekozen voor dosering van tinzaparine tweemaal daags juist om het risico op bloedingen te verminderen. Maar halve spuitjes werken doseringsfouten in de hand.

## Richtlijnen moeten passen in de lokale klinische praktijk





## Toets richtlijnen en protocollen in samenhang met elkaar

### Hele spuiten

Als eerste is daarom het bestaande OLVG-overbruggingsprotocol aangepast. De dosering is gewijzigd van tweemaal daags tinzaparine naar eenmaal daags, waarbij alleen hele spuiten worden gebruikt. Ook is afgesproken dat de laatste gift tinzaparine 24 uur voor de ingreep wordt gegeven. De logistiek van operatieplanning, stoppen met vitamine K-antagonisten en starten van overbrugging is nu verankerd in het ziekenhuis-informatiesysteem. Daar verschijnt een pop-up die alle betrokken planners waarschuwt voor de stappen die in acht moeten worden genomen rondom de ingreep van deze patiënten. Patiënten krijgen een 'overbruggingskaart' waarop staat wanneer ze moeten stoppen met de vitamine-K-antagonisten en wanneer ze moeten starten met tinzaparine. Voor de thuiszorg is er een gestandaardiseerd opdrachtformulier met daarop reden, duur en hoeveelheid van tinzaparine. Alle informatie voor betrokkenen (recept, overbruggingkaart, patiënteninformatie, formulier voor de thuiszorg) is verzameld in een pakketje. Tijdens het bezoek aan de preoperatieve poli neemt de anesthesioloog het proces stap voor stap door met de patiënt. In het patiëntendossier wordt aangegeven dat de patiënt thuis wordt gebridget en de rest van de keten wordt geïnformeerd via de pop-up in het ziekenhuisinformatiesysteem.

### Bloedingsrisico

De complexiteit van de zorg bij patiënten die bloedverduuners gebruiken, neemt nog toe door de nieuwe orale anti-coagulantia (NOAC's) en de implementatie van

weer een nieuwe richtlijn bij het gebruik hiervan.<sup>12</sup> In deze laatste richtlijn wordt bijvoorbeeld beleid gemaakt op laag, standaard en hoog bloedingsrisico perioperatief. Afhankelijk van deze inschatting moet een NOAC respectievelijk 24 uur of 48 uur voor de ingreep worden gestopt. Maar wat is een 'standaard' bloedingsrisico? Als voorbeeld wordt genoemd een 'ongecompliceerde' laparoscopische cholecystectomie.<sup>12</sup> Maar hoe kan men op een preoperatieve poli, waar afspraken over continueren van medicatie perioperatief worden gemaakt, op voorhand weten of een operatie ongecompliceerd verloopt? Daarom wordt er wel voor gepleit om de indeling te beperken tot laag en hoog periprocedureel bloedingsrisico, conform Baron e.a.<sup>13</sup> Het is maar een voorbeeld van vragen die niet eenzijdig door één specialisme zijn te beantwoorden. Daarom moet ook op lokaal niveau invulling aan de 'richtlijnen' worden gegeven die past in de lokale klinische praktijk.

### Samenhang

Al met al is het uitvoeren van richtlijnen complex. Het blijkt dat implementatie van de elkaar overlappende en deels bijtende richtlijnen afstemming vraagt van de gehele keten op lokaal niveau. Dit geldt eens te meer voor implementatie van richtlijnen voor hoogrisicomedicatie zoals antistolling bij ingrepen. Op lokaal niveau zullen de verschillende disciplines afspraken en risicoafwegingen moeten maken. Wij pleiten daarom voor het opzetten van een 'antistollingscommissie' in ieder ziekenhuis. Daarnaast is het de vraag in welke mate een groep die een landelijke richtlijn maakt, dit protocol moet toetsen op werkbaarheid en samenhang met andere richtlijnen. ■

### contact

L.c.j.m.lemaire@olvg.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

## BEOORDELEN

Tijdens het jaargesprek met de Inspectie voor de Gezondheidszorg kwam de vraag aan de orde hoe wij onze specialisten beoordelen. Wel, was het antwoord, wij hebben voor alle medewerkers in het ziekenhuis een beoordelingscyclus. Met drie gesprekken per jaar, waarin afspraken gemaakt worden, de voortgang getoetst wordt en uiteindelijk de resultaten beoordeeld worden. Alleen voor onze belangrijkste medewerkers, de artsen, doen we dat niet. We doen gelukkig wel iets anders: appraisal & assessment. Onze inspecteur vroeg naar de deelname aan A&A. Die is bijna 100 procent, dus dat doen we goed. Dat wil zeggen, alle stafleden doorlopen eens in de twee jaar een appraisalronde. Dat is dus iets anders dan drie gesprekken in een jaar waarin ruimte is voor afspraken, monitoring en beoordeling. A&A is ook geen beoordelingsmethodiek, en al helemaal niet iets waar de raad van bestuur een rol in speelt. Nu ja, sporadisch wordt mij gevraagd om input te leveren voor een specialist die zelf het initiatief neemt om de bestuurder die rol te geven. Maar nooit krijg ik te horen of een specialist een 'uitdaging' heeft om beter te gaan functioneren. Het moet namelijk wel veilig blijven. A&A mag vooral geen beoordelingsmethode zijn. De inspecteur liet ons netjes toelichten en uitpraten. Ondertussen was wel duidelijk wat ze er van vond. Slappe thee. En daar heeft ze niet helemaal ongelijk in. Ik zie A&A dan ook vooral als een voorzichtig stapje in de goede richting. Het helpt ons feedback te geven en te ontvangen. De volgende stap is afspraken maken en daar open in zijn. Eng? Valt reuze mee. Vraag maar aan al die andere medewerkers.

**Hugo Keuzenkamp**  
Westfriesgasthuis