

MEDICATIE

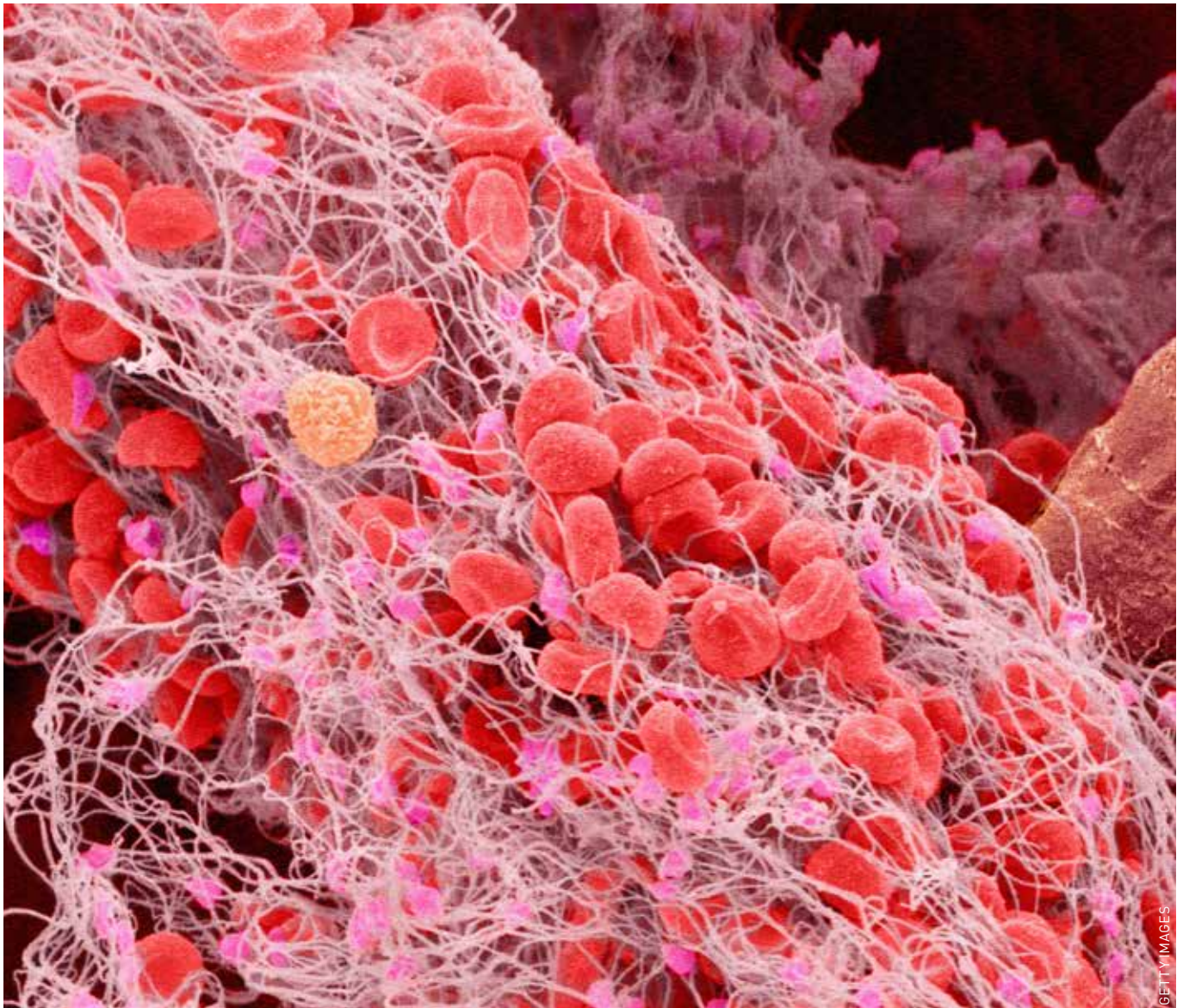
Silvia Luijten, MSc
verpleegkundig specialist
benigne hematologie,
Máxima MC, Eindhoven

Marcel Hovens
internist-vasculair geneeskundige,
Rijnstate, Arnhem

Laurens Nieuwenhuizen
internist-hematoloog,
Máxima MC, Eindhoven

ANTISTOLLINGSZORG IS NU EEN TAAK VAN IEDEREEN EN DUS VAN NIEMAND

Inzet stollingsteam dringt vermijdbare medicatieschade terug



Meer dan een miljoen Nederlanders gebruiken een vorm van antistolling om een trombotische aandoening te voorkomen.

Met antistollingsmedicatie gaat het nog weleens mis in ziekenhuizen. Een gespecialiseerd team dat volgens een eenduidig protocol handelt en specialisten ondersteunt en adviseert, kan de risico's terugbrengen.

Een 66-jarige man wordt op de poli chirurgie gezien in verband met een liesbreuk, waarvoor operatief herstel nodig is. De man heeft een uitgebreide voorgeschiedenis met onder andere cardiale belasting en een stent, diepveneuze trombose, een TIA en diabetes mellitus. Hij gebruikt allerlei soorten medicijnen. Bij het aanvragen van de operatie wordt gevraagd naar het antistollingsbeleid. Plots ziet de behandelaar ook nog 'edoxaban' in de medicatielijst staan; was dit niet een nieuw soort antistolling? Vroeger in de tijd van een aspirientje was het antistollingsbeleid nog simpel, maar tegenwoordig is dit ingewikkelder. De collega verdiept zich in het 75 pagina's tellende antistollingsprotocol van zijn ziekenhuis, en vraagt zich uiteindelijk af of hij iemand kan bellen voor advies.

Meer dan één miljoen mensen in Nederland gebruiken enige vorm van antistolling ter preventie of behandeling van een trombotische aandoening. Veel verschillende zorgverleners zijn betrokken bij de zorg voor deze patiënten. Het toedienen van antistollingsmedicatie is risicovol en daarom hebben ziekenhuizen, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Patiëntenfederatie Nederland er veel aandacht voor.^{1,2} Een groot deel van de potentieel vermijdbare medicatieschade in ziekenhuizen is toe te schrijven aan antistollingsmedicatie.^{3,4} De afgelopen tien jaar is er veel veranderd in het antistollingslandschap. Zo zijn er zijn nieuwe middelen gekomen en zijn de landelijke richtlijnen herzien. In 2014 is de Landelijke Standaard Keten-zorg Antistolling (LSKA) 2.0 gepubliceerd door de IGJ.⁵ Deze geeft richting aan ziekenhuizen om de risico's rondom antistolling te verminderen. Twee jaar later is de richtlijn Antitrombotisch beleid herzien.⁶ In de praktijk heeft elk ziekenhuis een lokaal antistollingsprotocol ontwikkeld op basis van deze landelijke richtlijn. Dit protocol is in elk ziekenhuis de leidraad voor belangrijke beslismomenten; wanneer wordt antistolling gestaakt en herstart bij ingrepen? Wanneer heeft een patiënt recht op tromboseprofylaxe? En wat doen we in geval van een bloeding? De inleidende casus is een voorbeeld van een situatie die zich dagelijks veelvuldig voordoet. We proberen allemaal om de complexe antistollingswereld werkbaar te houden. Lokaal zijn er diverse verbeteracties en initiatieven; bijvoorbeeld de inzet van antistollingscommissies, case-managers antistolling, beslisbomen, digitale ondersteuning

in het elektronisch patiëntendossier en apps waarin protocollen worden gegoten. Maar waar staan we nu? Wat is het effect van al onze inspanningen? Binnen een netwerk van vijf topklinische samenwerkende ziekenhuizen, genaamd mProve, is antistolling een van de speerpunten. Vertegenwoordigers van het Albert Schweitzer, Isala, Jeroen Bosch, Máxima MC en Rijnstate nemen zitting in de mProve-werkgroep antistolling. Doel van deze werkgroep is oplossingen verkennen en inzetten die bijdragen aan vermindering van het aantal voorkomende calamiteiten waarbij antistolling een rol speelt. Hierin worden *best practices* en resultaten met elkaar gedeeld en vergeleken.

Meetweek

In 2019 heeft de mProve-werkgroep antistolling een meetweek georganiseerd. Gedurende een week zijn enkele bekende en minder bekende parameters binnen de antistollingszorg bijgehouden in de vijf ziekenhuizen. Hierdoor is inzicht verkregen in de mate waarin het antistollingsbeleid in de vijf ziekenhuizen wordt uitgevoerd. Er is gebruikgemaakt van metingen op de werkvloer, dossieronderzoek en een enquête onder artsen, a(n)iossen en verpleegkundig specialisten. Er zijn vier kwaliteits-indicatoren geëvalueerd; tromboseprofylaxe, trombose/longembolie na een opname, antistollingsbeleid rondom epiduraal katheters en tot slot antistollingsbeleid bij ingrepen.

De afgelopen tien jaar is er veel veranderd in het antistollingslandschap

1. TROMBOSEPROFYLAXE

Bij ongeveer een kwart van de mensen met een trombosebeem of longembolie is dit gerelateerd aan een voorafgaande ziekenhuisopname. Tromboseprofylaxe wordt ingezet bij opgenomen patiënten die een verhoogd tromboserisico hebben. Uit de meting blijkt dat tussen de 77 procent en 94 procent het ingezette tromboseprofylaxebeleid conform het geldende ziekenhuisprotocol is. In de *tabel* die online bij dit artikel staat, is de exacte analyse weergegeven. Deze resultaten komen voort uit retrospectief dossieronderzoek van ruim vijfhonderd opgenomen patiënten verdeeld over de vijf ziekenhuizen, waarvan de helft van de patiënten was opgenomen voor een snijdend specialisme, en de helft voor een beschouwend specialisme. In literatuur is

aangetoond dat bij meer dan 90 procent adequate profylaxe het aantal ziekenhuisgerelateerde trombozes daalt.⁷ We zitten met de mProve-ziekenhuizen in de buurt hiervan, maar er blijft ruimte tot verbetering. Van de vier onderzochte kwaliteitsindicatoren, zien we bij de tromboseprofylaxe het meeste verschil in score van ziekenhuizen onderling. Het is onduidelijk waarom dit verschil tussen ziekenhuizen ontstaat. Mogelijk vloeit dit voort uit de vindbaarheid en leesbaarheid van lokale protocollen, maar ook kan de punctualiteit en routine van de arts een rol spelen.

2. TROMBOSE/LONGEMBOLIE NA EEN OPNAME

Bij 557 patiënten, verdeeld over de vijf ziekenhuizen, met de dbc-codering acute longembolie of trombose in het voorgaande jaar, is gekeken of drie maanden voorafgaand een opname heeft plaatsgevonden. We hebben gekeken naar de associatie van de embolie of trombose met het profylaxebeleid. 21,5 procent van deze patiënten met een trombose/longembolie had in de drie maanden voorafgaand een ziekenhuisopname. Van hen kreeg een aantal tromboseprofylaxe niet in lijn met het lokale protocol. Ook al lijkt de tromboseprofylaxe redelijk op orde te zijn met 77-94 procent, er worden dus toch nog mogelijk vermijdbare complicatie. Dit onderschrijft de voorgaande conclusie dat er nog ruimte voor verbetering is.

3. ANTISTOLLINGSBELEID RONDOM EPIDURAAL KATHETERS

Gedurende de meetweek zijn alle opgenomen patiënten met antistollingsmedicatie en een epiduraal katheter gevolgd, behalve patiënten op de verloskamers. In totaal zijn er 43 epiduraal katheters opgevolgd. Voor de meeste ziekenhuizen geldt dat alle katheters verwijderd zijn volgens protocol en dat ook het hervatten van profylaxe volgens protocol is verlopen. Eén keer is de antistolling te snel toegediend na het verwijderen van de epiduraal. De goede score in deze kwaliteitsparameter maakt duidelijk dat met een helder protocol en een klein betrokken team een goede prestatie kan worden verricht.

4. ANTISTOLLINGSBELEID BIJ INGREPEN

Bij in totaal 250 patiënten die preoperatief antistolling gebruiken en zich, tijdens de meetweek, op de preoperatieve screening melden voor een klinische of poliklinische ingreep, werden de volgende vragen beantwoord: Heeft de hoofdbehandelaar gesignaleerd dat patiënt antistolling gebruikt? Is perioperatief beleid afgesproken? Is dit beleid conform lokaal protocol? Uitgangspunt daarbij is dat het de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar is om te signaleren dat de patiënt antistolling gebruikt en het juiste beleid in te zetten, conform de landelijke afspraken (LSKA 2.0). De hoofdbehandelaar signaleert in 94 procent

(met een spreiding van 88-100%) dat er sprake is van antistollingsmedicatie. Hieronder is ook geteld dat eventuele tweede antistollingsmedicatie is gemist. In 83 tot 100 procent is door de hoofdbehandeling perioperatief beleid afgesproken. Bij ongeveer 11 procent (met een spreiding van 5-28%) wordt het beleid niet volgens protocol afgesproken. De ziekenhuizen met extra medewerkers op stollingsgebied scoorden als beste. Met deze aanvullende ondersteunende zorg kan dus een beter stollingsbeleid bij ingrepen worden gerealiseerd, wat overeenkomt met ervaringen elders.⁸

Ruimte voor verbetering

De resultaten van de meetweek illustreren dat we het niet slecht doen, maar dat er zeker ruimte is voor verbetering. We streven naar een nóg beter resultaat, en weten dat dit haalbaar is. Een mooi voorbeeld hierin is de zorg rondom epiduraalkatheters, waarbij de score, op één patiënt na, 100 procent is. Daar doen we het wél goed. Het eenduidige beleid en een vast gespecialiseerd team zijn helpend hierin. Met antistollingszorg willen we ook hier naartoe; een gespecialiseerd stollingsteam in elk ziekenhuis dat volgens een eenduidig protocol handelt en beschikbaar is voor consulten en advies aan andere specialisten. Antistollingszorg is momenteel een taak van iedereen en dus van niemand. Dat kan hiermee veranderen. In mProve-verband hebben we veel van elkaar geleerd en verbeterd, en we kunnen trots zijn op de overlegsituatie die we hebben. Mede door deze unieke meetweek hebben wij concreet inzicht gekregen in knelpunten en verbeterpunten binnen de antistollingszorg. Maar er is nog een stap te maken! Wij pleiten voor een stollingsteam in elk ziekenhuis, voldoende scholing ziekenhuisbreed over dit onderwerp en de juiste digitale ondersteuning. Introductie van een stollingsteam leidt onder andere tot beter opvolgen van het protocol.⁹ Het advies van de werkgroep ligt nu bij de raden van bestuur van de mProve-ziekenhuizen. ■

contact

silvia.luijten@mmc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en de namen van artsen die hebben meegewerkt aan het onderzoek vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.