

ZORGVERLENERS KRIJGEN GROTERE VERANTWOORDELIJKHEID

Nieuwe bloedverdunners bieden patiënt meer vrijheid



MARIËTTE CARSTENS/
HOLLANDE HOOGTE

Door de ontwikkeling van nieuwe bloedverduuners, en zelfs antidota, ontvouwen zich langzaam de contouren van een nieuw landschap van antistollingszorg. Enerzijds wordt dit gekenmerkt door meer vrijheid voor de patiënt. In veel gevallen kan antistollingszorg nu zonder controle van de INR, of kan patiënt zelf zijn INR controleren. Daarnaast is er nog maar bij weinig ingrepen een indicatie voor het overbruggen van de antistolling, waardoor het perioperatief beleid eenvoudiger wordt. Anderzijds dient er een vorm van coördinatie geborgd te worden, en wordt er bij de veranderende rol van de trombosediensdienst meer discipline gevraagd van de betrokken zorgverleners.

Nieuwe ontwikkeling

Zo'n zes jaar geleden werden de nieuwe orale anticoagulantia geïntroduceerd: NOAC's, later omgedoopt tot niet-vitamine K-afhankelijke orale anticoagulantia. Inmiddels zijn NOAC's de eerste keus bij atriumfibrilleren en bij de behandeling/preventie van diepveneuze trombose en longembolie. Bij atriumfibrilleren blijkt er zelfs een mortaliteitsvoordeel ten opzichte van vitamine-K-antagonisten (VKA's). Alle NOAC's halveren de kans op een intracranieële bloeding. Een absolute reductie van 0,5 procent (NOAC 0,5% per jaar vs. VKA 1,0% per jaar) lijkt misschien weinig, maar voor medicatie die tien à twintig jaar wordt gebruikt, is het een belangrijke stap voorwaarts. De afname van het aantal majeure bloedingen verschilt per NOAC; qua veiligheidsprofiel springen dabigatran 110 mg, apixaban en edoxaban het meest in het oog. Geen van de NOAC's doet onder voor VKA in het verminderen van cerebrovasculaire accidenten (CVA's) en systemische embolie; dabigatran 150 mg en apixaban zijn daarin zelfs significant beter dan VKA.

Toch een zegen

Ondanks deze gunstige resultaten moeten we kritisch blijven afwegen of starten met NOAC's – ook bekend als DOAC's (directe orale anticoagulantia) – een optie is. Allereerst moeten we ons realiseren dat

voor patiënten met een mitralisklepstenose en/of een mechano-kunstklep DOAC's geen optie zijn en dat bij hen een VKA de eerste keus is. Voordat met een DOAC wordt gestart, moeten de nierfunctie en het gastro-intestinaal risicoprofiel worden beoordeeld. Bij een MDRD <30 moeten we uiterst terughoudend zijn met het voorschrijven van DOAC's. DOAC's als dabigatran 150 mg, rivaroxaban, apixaban zorgen voor een hoger risico op gastro-intestinale bloedingen dan VKA's. Een derde punt voor herhaaldelijke evaluatie betreft de dosering van de DOAC. Helaas zijn verschillende criteria hiervoor opgerekt dan wel aangepast, zowel door de industrie, als door de richtlijnencommissies, nogal eens zonder duidelijke onderbouwing met data. Zo vermeldt de productinformatie voor dabigatran 150 mg dat dit boven de 80 jaar wordt afgeraden, terwijl uit gerandomiseerd onderzoek bekend is dat dabigatran in deze dosering al vanaf 75 jaar minder veilig is dan VKA. Anderzijds adviseren verschillende documenten om de dosering dabigatran 150 mg te verlagen naar 110 mg bij een MDRD tussen de 30-50, terwijl met 150 mg een belangrijke reductie van CVA's wordt gerealiseerd zonder dat er meer bloedingen optreden ten opzichte van VKA. Het meest opvallend is dat in de productinformatie van verschillende DOAC's informatie staat over gebruik bij een GFR 15-30, terwijl een GFR < 30 een exclusie criterium was in grote studies over atriumfibrilleren. Ondanks deze kanttekeningen zijn de DOAC's een zegen. Vergeleken met VKA's zijn DOAC's minstens even veilig en effectief, maar ze behoeven geen systematische controle en bieden de patiënt klinische voordelen en meer vrijheid. Daarnaast is er door de introductie van de DOAC's veel meer aandacht voor de organisatie van antistollingszorg, is er meer betrokkenheid van de verschillende voorschrijvers, en zijn er multidisciplinaire initiatieven ontplooid om de zorg te optimaliseren. Ook dit is een enorme vooruitgang, waarbij we echter in de gaten moeten houden dat deze initiatieven daadwerkelijk worden geïmplementeerd,

en regelmatig worden geëvalueerd en geoptimaliseerd.

Eenduidige richtlijn

Het ministerie van VWS ondersteunde de organisatie van antistollingszorg door de Landelijke Standaard Keten Antistolling (LSKA) op te richten. De trombosediensdiensten vervulden hierin een belangrijke rol. Het grote aantal betrokkenen – ziekenhuis, huisarts, tandarts, apotheker, ouderengeneeskundige etc. – vormde echter een probleem. De onderlinge communicatie en organisatie verliep niet optimaal, reden waarom na uitvoerige multidisciplinaire analyse een plan van aanpak is gedefinieerd. De introductie van de DOAC's maakte dit nog actueler. Het werd gaandeweg duidelijk dat een dergelijke organisatie ook van waarde was voor de logistiek omtrent therapie met antiplaatjetherapie.

Een vloeiende overgang van zorg over de ketens werd bemoeilijkt doordat de richtlijnen op het gebied van antistolling van de betrokken disciplines nogal eens verschillen. Daar waar DOAC's al jaren eerste keus zijn in de Europese richtlijn voor cardiologie, was in de eerste lijn VKA nog enige tijd de eerste keus. Tot voor kort was het zelfs onmogelijk om in de eerste lijn een startrecept voor een DOAC uit te schrijven. Dit zorgde nogal eens voor verwijzingen naar en het vervolgens 'langdurig vertoeven' in de tweede lijn. Momenteel gebruiken de betrokken disciplines de antitrombotische richtlijn van de NIV (richtlijndatabase.nl) als update van de CBO-richtlijn. Hoewel dit het meest omvattende document is en het door verschillende disciplines is samengesteld, garandeert dit niet dat de antistollingszorg optimaal is. Daarvoor zijn ook nog goede logistiek en 'transmurale communicatie' nodig. De regio Groningen kan als voorbeeld dienen als het gaat om samenwerking met de eerste lijn. Naast het feit dat betrokken, enthousiaste hulpverleners elkaar daar hebben weten te vinden, zijn vanuit organisatorisch oogpunt ook de structuur en organisatie van de eerste lijn van belang. Dat er in Groningen maar één

MEDICATIE

zorggroep voor de huisartsen bestaat, is natuurlijk een voordeel voor de onderlinge afstemming. Omdat de situatie in de rest van het land anders is, kan de Groningse aanpak niet eenvoudigweg worden gekopieerd. De uitdaging is om de organisatie van antistollingszorg te laten aansluiten op de voor die regio best passende manier. De Kerngroep Landelijke Transmurale Afspraken antistolling heeft tot doel landelijk een basisset aan inhoudelijke en organisatorische voorwaarden te definiëren.

Extra discipline

Hoewel met de komst van DOAC's de keuzevrijheid is toegenomen en de

behandeling minder scherpe controle behoeft dan met VKA's, is er zowel van patiënten als van zorgverleners extra discipline vereist.

De patiënt ervaart bij gebruik van DOAC's minder nadruk op compliance dan het geval was bij de herhaaldelijke controles door de trombosedienst. Voor zorgverleners is het informeren van de patiënt een belangrijke verandering doordat het keuzeaanbod qua antistolling sterk is toegenomen. De 'one size fits all'-strategie – iedereen een VKA – geldt niet meer. Daarnaast moet minimaal een keer, in sommige gevallen twee keer per jaar (bijvoorbeeld bij hartfalen of verminderde nierfunctie) de nierfunctie worden

gecontroleerd en eventueel de dosering van de DOAC worden aangepast. Ook moet actief navraag worden gedaan naar de compliance, en eventuele bijwerkingen, inclusief bloedingen.

Het is van belang te beseffen dat 20 tot 30 procent van de patiënten twee à drie jaar na start van de therapie de antistolling niet meer gebruikt. Bijwerkingen, met name ervaren bloedingen, zijn hierbij een belangrijke reden. Bij een bloeding is het af te raden om de dosering van de DOAC te verlagen, omdat hiermee ook de effectiviteit van het middel vermindert. Het heeft de voorkeur in dat geval te bezien of er een andere DOAC kan worden voorgeschreven. Er kan een DOAC



Scenario voor regievoering door diverse ketenpartners

	huisarts	trombosedienst 2.0	expertisecentrum
voordelen	<ul style="list-style-type: none"> • de 'spil' in de zorg als regiehouder • laagdrempelig • veel antistollingszorg is laagcomplex • kent patiënt 'het best' • filterfunctie als eerste aanspreekpunt bij vragen/bijwerkingen 	<ul style="list-style-type: none"> • gewend om te coördineren, ruime ervaring qua logistiek • bestaande infrastructuur voor complicatieregistratie en kwaliteits-indicatoren • meer tijd voor patiënt dan in tweede lijn • uitgebreide ervaring met VKA en antistollinggerelateerde casuïstiek • eenvoudiger switchen van VKA naar NOAC en vice versa 	<ul style="list-style-type: none"> • één 'loket' voor alle vragen • centraal orgaan met de infrastructuur om sneller in te spelen op aanpassingen van protocollen • meer mogelijkheden voor onderwijs, innovatie en wetenschappelijk onderzoek en registratie
nadelen	<ul style="list-style-type: none"> • werkbelasting • verspreide kennis en kunde afhankelijk van expertise en interesse • kwaliteit moeilijker te monitoren • minder flexibel bij aanpassen protocollen en innovatie 	<ul style="list-style-type: none"> • kosten • nog geen uitgebreide kennis over NOAC • vestigingen met afnemende vraag naar VKA-gerelateerde zorg • niet alle medische gegevens bekend 	<ul style="list-style-type: none"> • kosten • hoogdrempelig • veel laagcomplex zorg • minder goed overzicht over 'de gehele patiënt' dan in eerste lijn

worden gezocht die ten opzichte van VKA een gunstigere risicoreductie op majeure bloedingen laat zien dan de DOAC waarop patiënt een bloeding ontwikkelde. Naast een uitgebreidere informatieverstrekking, bij voorkeur in de setting van shared decision making, de nierfunctiecontrole en inventarisatie van bijwerkingen, en de compliance is ook een minimale set aan werkafspraken tussen de verschillende ketenpartners een vereiste. Hierbij valt te denken aan hoofdbehandelaarschap en regievoering, wat niet per se bij dezelfde hulpverlener hoeft te liggen. De Federatie Nederlandse Trombose-diensten heeft verschillende scenario's van regievoering beschreven, elk met voor- en nadelen. Bovendien moeten er goede afspraken worden gemaakt over het beleid bij complicaties en perioperatieve

adviezen. Als een complicatie leidt tot de overweging van discontinuering, dosisverandering of verandering van het voorgeschreven medicament, moet altijd de hoofdbehandelaar worden geconsulteerd.

Wel wordt een grotere discipline gevraagd van patiënt en zorgverlener

Algemene lijn

Samengevat is er met de komst van de DOAC's een beter alternatief dan VKA

gekomen, maar zal er voor patiënten met een mechanische kunstklep of mitralisklepstenose de komende jaren nog altijd behoefte blijven aan goed gecontroleerde VKA-zorg. Hoewel de DOAC's duidelijk voordelen hebben in de zin van keuze- en bewegingsvrijheid, is de keerzijde dat er een grotere discipline wordt gevraagd van zowel patiënt als zorgverleners. Per regio zullen met name de werkafspraken, maar soms ook de inhoudelijke vraagstukken, enigszins verschillen, maar een algemene lijn door heel Nederland is van belang. Alleen dan is de winst die in de gerandomiseerde studies is aangetoond te vertalen naar de praktijk. ■

contact

Marc.Brouwer@radboudumc.nl
Cc: redactie@medischcontact.nl