

PATIËNT IS GEBAAKT BIJ OVERZICHTELIJKE ANTISTOLLINGSZORG

Breng trombosedienst naar de eerste lijn

De introductie van NOAC's is een verrijking van het antistollingsbeleid, maar brengt ook het gevaar van versnippering dichterbij. Trombosedienstdirecteur Heidi van den Brink pleit voor vergaande samenwerking tussen trombosediensten en huisartsen.

De antistollingszorg is de laatste jaren flink in beweging. Er komen steeds meer behandel-mogelijkheden en dat is winst voor de patiënt. Zo kan een patiënt zich bij gebruik van vitamine-K-antagonisten (VKA's) laten prikken en begeleiden bij de trombosedienst of kiezen voor zelfmanagement. Gelukkig kan dit in beide gevallen steeds vaker met de patiënt-vriendelijke vingerprik. Daarnaast zijn sinds enkele jaren Niet-vitamine K Orale AntiCoagulantia (NOAC's) beschikbaar. Deze uitbreiding van de behandelopties is een mooie ontwikkeling, maar geeft wel een risico op versnippering van overzicht, kwaliteit en kennis. Want terwijl traditioneel de trombosedienst patiënten met VKA's begeleidt en de voorschrijvend specialist de patiënten die een NOAC gebruiken, mogen sinds kort ook huisartsen een NOAC voorschrijven.¹ Dus de vraag is nu: wie bewaakt het gebruik van deze

medicatie en de therapietrouw, wie is aanspreekbaar voor zorgverleners en patiënten en hoe zorgen we dat de jarenlange opgebouwde kennis en kunde hierover beschikbaar blijft? Wat mij betreft gebeurt dat door de huisarts de regie te geven.

Risico's

Een substantieel percentage van de patiënten (20 tot 30%) switcht na verloop van tijd van VKA naar NOAC of andersom.² Voor een patiënt betekent dit dat hij ook switcht van begeleiding. Een NOAC-patiënt wordt dan overgedragen aan een trombosedienst en een VKA-patiënt aan de voorschrijvend specialist of huisarts. Die overdrachtsmomenten brengen risico's met zich mee, bijvoorbeeld door het ontbreken van een actueel medicatieoverzicht of de geschiedenis van kleinere en grotere bloedingen. Trombosediensten hebben nooit inzage in het volledig medisch dossier of het

sociale netwerk van een patiënt (bijvoorbeeld beschikbaarheid van en behoefte aan mantelzorg). Ook bij patiënten die behandeld worden met NOAC's en onder begeleiding staan van een specialist ontbreekt dit vaak. Het zijn echter wel gegevens die relevant zijn voor een optimale behandeling van antistolling.

Een ander risico betreft de dosering: die is cruciaal om bloedingen of trombose te voorkomen. Daarom is goed zicht op het wel en wee van deze veelal oudere patiëntenpopulatie erg belangrijk. Comorbiditeit, comedatie en therapietrouw hebben zeker invloed op deze risico's. Maar hoe weet men of de patiënt er zelf goed aan denkt om de medicatie op tijd in te nemen? Is er sprake van beginnende dementie? Is de hulp van een partner essentieel? Wat gebeurt er als een mantelzorger ziek wordt? Of wat als de patiënt is opgenomen met maagproblemen? In deze gevallen komt men er vaak te laat achter dat de therapietrouw laag is of dat de dosering niet meer klopt. Dit zijn problemen waar trombosediensten al langer tegenaan lopen. Maar met de komst van de NOAC's zijn de risico's nog groter, omdat betreffende patiënten niet automatisch in contact komen met hulpverleners (zoals van een trombosedienst), aangezien monitoring niet of nauwelijks meer noodzakelijk is.

**Goed
zicht
op deze
patiënten
is erg
belang-
rijk**



WERRY CRONE/HOLLANDESE HOOGTE

Bij de huisarts komt de informatie over gezondheid, ziekte, leefstijl, comedicatie, leefstijl en gedrag samen.

Regierol

Nu het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft geconcludeerd dat huisartsen ook NOAC's bij de meeste patiënten met niet-valvulair atriumfibrilleren (AF) of diepe veneuze trombose (DVT) mogen voorschrijven, krimpen alle trombosediensten en staat hun voortbestaan onder druk. Zij hebben echter veel kennis op het gebied van antistolling en de complicaties daarvan, en veel ervaring in de begeleiding van patiënten met antistollingsmedicatie.

Ik zie hier een kans om de antistollingszorg te centraliseren en te verbeteren: een directe samenwerking tussen trombosediensten en huisartsen zal mijns inziens leiden tot optimalisering van de controle en voorlichting van patiënten met antistolling. Door de huisartsenpraktijk de 'spin in het web' van de antistollingszorg te maken is de overdracht in de keten eenvoudig. En het kan. Want ook al blijft

behandeling met antistolling risicovol, de controle van patiënten die deze medicatie gebruiken is over het algemeen laagcomplexere zorg. Controle van alle NOAC-gebruikers door een medisch specialist is onnodig duur en praktisch onhoudbaar. Dus nu de huisartsen ook zelf NOAC's gaan voorschrijven, is het logisch dat ze ook de begeleiding van deze patiënten op zich nemen. Velen van hen hebben een chronische aandoening en komen hiervoor al regelmatig bij de huisarts. Hij kent de patiënt, diens dossier en sociale netwerk. Ook de steeds vaker toegepaste patiëntvriendelijke vingerprikmethode om een INR te meten is eenvoudig te implementeren en zeer geschikt voor de huisartspraktijk. Een gesprek en aangepast beleid kan dan direct ter plaatse met de patiënt afgestemd worden. Trombosediensten vormen zich om tot kennis- of expertisecentrum ter ondersteuning van de huisartsen.

Hier kunnen taken op het gebied van complexe casuïstiek, doseren, perioperatief beleid, onderzoek, innovatie en opleiding worden belegd.

Verleiden

Door de regierol voor alle patiënten met antistolling bij de huisarts te leggen, ga je de versnippering tegen en is bovendien het switchen tussen VKA en NOAC minder risicovol. Er is een volledig medisch dossier beschikbaar voor een (toekomstig) antistollingsverpleegkundige of POH (praktijkondersteuner huisarts)-antistolling. Er is goed zicht op het sociale netwerk van de patiënt, ook bij geriatrische problematiek.

Voor patiënten blijft de antistollingszorg dichtbij en ze houden een vertrouwde en bekende zorgverlener.

Kortom, bij de huisarts komt de informatie over gezondheid, ziekte, leefstijl, comedicatie, leefstijl en gedrag samen. Huisartsenzorg is laagdrempelig. Bovendien kiest een patiënt zijn huisarts zelf. Deze is daardoor de meest geaccepteerde autoriteit voor een patiënt, en dat komt de therapietrouw en veiligheid ten goede.

Ik zou daarom de huisartsen graag willen verleiden deze verbindende rol te bespreken met trombosediensten om daarmee de onwenselijke versnippering in de antistollingszorg tegen te gaan. ■

contact

h.van.den.brink@star-mdc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.