

Praktijksignaal

Dit signaal schrijf ik vanuit mijn ervaring die ik opdoe als kwartiermaker in twee verschillende regio's:

- Gelderse Vallei sinds 2015 : <https://www.antistollingscentrum-geldersevallei.nl/>
- Gooi sinds 2017

Wat ik leer over kwaliteit van de antistollingszorg is dat we moeten werken aan:

- a) Borging van de continuïteit van de huidige VKA-zorg. Die staat onder druk door lager volume. *Acties die ik waarneem op TD niveau om verlies op te vangen, zijn het maken van afspraken met andere TD'n over overnemen van taken.*
- b) Implementatie van de LSKA 2.0 en daarmee in lokale structuren (ziekenhuis en eerste lijn) werken aan een 'stuurgroep' met de visie op samenhang in de antistollingzorg. Deze ketenafstemming (de vroegere regiotafel) is essentieel voor doelmatige implementatie. *Wat ik waarneem is dat dit lokale ketenaspect voor veel regio's een uitdaging is. Logisch ook als een lokale regio gekenmerkt wordt met meerdere ziekenhuizen en (nog) matige ketenafstemming. Het kost tijd, vergt juiste lobby vaardigheden. Een probleem is soms ook gebrek aan 'awareness' in de keten en bij formele stakeholders (bv RvB ziekenhuis).*
- c) Overgang van de versnipperde zorg naar antistollingzorg. Een regieorgaan met deskundigheid over de gehele antistollingszorg op lokaal niveau (hangt samen met b). *Wat ik waarneem is anticipatie bij TD door hiervoor andere deskundigheid aan te nemen en andere diensten vanuit antistolling breed perspectief te ontwikkelen. Daarnaast contacten met andere TD'n om uiteindelijk samen te gaan werken. Nu al vaak op niveau van doseerarts en diensten, maar later ook als antistolling vraagbaak.*
- d) Overgang van lokale regio's naar een grotere organisatiegraad waarin meerdere 'lokale regio's' uiteindelijk opgaan in één orgaan met vooral backoffice activiteiten. *Ook op dit aspect neem ik beweging waar. De stappen (en daarmee ook het tempo) wat ik daarin signaleer is om eerst meer virtueel samen te werken om eventueel later op te gaan in één organisatie. De laatste overgang kent natuurlijk ook veel hobbels alleen al omdat er veel formele en informele beslissers bij betrokken gaan zijn. Ook het 'politieke' spel van waar die organisatie gaat komen, speelt mee. Dit proces vergt ook weer plannenmakerij, lobby met de direct betrokkenen, de 'verkoop' hiervan aan de achterban. Kortom ook weer tijd, maar het moet wel in werking gezet worden!*

De ideale 'lokale regio' werkt momenteel vanuit visie hard aan al deze onderwerpen.

Waar ik een zorg over heb is hoe we deze transitie met elkaar waar zinvol goed georganiseerd krijgen en hoe deze overgang gefinancierd kan worden. Ik weet dat hier over wordt nagedacht en vandaar mijn input. Het initiatief komt nu vooral vanuit de TD-wereld waar door volume daling de ruimte om te investeren steeds krappere wordt. Bij mijn weten zijn er voor de transities (b, c en d) ook geen 'prestaties', maar mijn wens is dat daar wel over wordt nagedacht!

Te allen tijde bereid om mee te denken natuurlijk!

Platform RIT
Gijs Tenthof
0629401104

In de bijlage mijn visie op toekomstbestendige organisatie antistollingszorg

Toekomstbestendige Organisatie Antistollingszorg

1. Kwaliteit en kosten gaan hand in hand

Bekend is dat antistollingsmedicatie, één van de grootste oorzaken is van vermijdbare opnamen van events (HARM-studies, LSKA 2.0). De kosten van events zijn aanzienlijk (oa 'Toekomstgerichte organisatie van antistollingszorg', AGV Ede)

	Eerste jaar	Volgende jaren
Beroerte	€48.221	€11.195
Longembolie	€5.344	€0
Hersensbloeding	€37.185	€11.195
Overige ernstige bloedingen	€5.986	€0

Voor de berekening heeft Roche gebruikgemaakt van de volgende bronnen:

Baeten SA et al. *Cost Eff Resour Alloc.* 2010;8:21. Greving JP et al. *BMJ.* 2011;342:d1672. Ten Cate-Hoek AJ et al. *J Thromb Haemost.* 2009;7:2042. Roos YB et al., *Stroke.* 2002;33:1595. Hakkaart-van Roijen et al. *College voor zorgverzekeringen;2010.*

Inzet op de juiste kwaliteit zal dan ook direct bijdragen aan verlaging van deze kosten. Omgekeerd, te weinig inzet op kwaliteit betekent dat we te maken krijgen met extra vermijdbare kosten.

2. Wat zijn dan aangrijpingspunten voor kwaliteit?

2.a. *Kwaliteitsborging in de regionale keten*

De LSKA 2.0 geeft duidelijke richting aan de kwaliteitsborging van aan antistolling gerelateerde werkafspraken. Het betreft hier de gehele keten en gaat over alle antistollingsmedicatie. De antistollingsbehandeling is nu versnipperd en zal zonder juiste regie extra versnipperd raken rondom de DOAC's, deels 1^e lijn (huisarts en Specialist Ouderengeneeskunde) en 2^e lijn. Om kwaliteit regionaal te borgen is daarom regie nodig over antistolling over gehele keten heen. Deze regie is op veel plaatsen in Nederland punt van zorg of wordt voorzichtig opgepakt. Zonder deze regie, blijft regionaal de keten versnipperd en worden de doelen uit LSKA 2 beperkt gehaald. De vraag is wie pakt die regie op? In een willekeurige regio is er nu niemand voor verantwoordelijk, allen een beetje maar vaak zonder kartrekker (rapport Nivel). Die zou bij het regie orgaan wel helder zijn. Voorwaarde wordt dan wel voldoende draagvlak en mandaat vanuit de ketenpartners.

2.b. *Kwaliteitsrisico's omtrent organisatie VKA-begeleiding*

- Via de TD-begeleiding was dit geregeld. Echter elke TD heeft te maken met forse volumedalingen doordat nieuwe patiënten op de DOAC gezet worden en een beperkt aantal overgezet wordt (ook hier vindt steeds actiever beleid op plaats, ook FRAIL AF studie geeft die mogelijkheid).
- Wat ik hoor is dat de patiënt die op VKA blijft de meer complexere patiënt is die meer begeleiding vergt en mogelijk op hoger deskundigheidsniveau. Ik hoor al dat hoger geschoold personeel wordt aangenomen ook om antistolling breed te kunnen werken en juiste gesprekspartner in de keten te kunnen zijn zowel in het ziekenhuis als daarbuiten.
- Het afromen van de BACK-office kan, maar niet zo snel als de hiervoor geschetste ontwikkeling gaat.

Deze drie realiteiten betekenen een hogere gemiddelde prijs per VKA-patiënt dan voorheen. Om de continuïteit van deze patiënten (verzekerden) te borgen wordt een andere (TD-)regio overstijgende organisatie verlangd. In het gehele land wordt dan ook tussen TD'n gesproken. Men is op zoek naar

schaalgrootte en daarbij naar nieuwe front office organisaties met juiste deskundigheid (bv ingeval van plaatsing bij huisarts of thuiszorg). Hier liggen zeker mogelijkheden, maar die vergen wel tijd voor de verkenning, het overtuigen van formele (bv. RvB ziekenhuis, RVT) en informele relaties (ketenpartners), het op- en afbouwen van organisaties, opleiden en omscholen van VKA-kennis naar gelijkwaardige antistollingsadviseur (hangt samen met 2.c). De verwachting is wel dat er kleinere organisaties nodig gaan zijn, op voorwaarde dat de regie goed geregeld is en daarbinnen de front office.

In de overgangsjaren is er wel een zorg omtrent de borgen van de continuïteit voor de VKA-patiënten groep.

2.c. Kwaliteitsaanpak op gehele antistolling

Het derde aangrijpingspunt is om de samenhang tussen alle antistollingsmedicatie te erkennen en de regie juist rondom dit aspect te organiseren. Meer en meer wordt al gesproken van antistollingscentra centra antistolling. Hierin wordt de regie gevoerd naar samenhangende kwaliteitsborging: steeds meer uniform maken van protocollen, organisatie van informatie-toegankelijkheid (ICT uitwisselbaarheid), heldere afspraken, kennis, scholing, studies.

Deze stap noodzaakt tot drie zaken:

- Op niveau van regie zal gewerkt moeten gaan worden aan eenduidige protocollen en die actueel te houden. Omdat de regio's steeds groter zullen gaan worden (en dus bv meer ziekenhuizen en hun ketens met HA en SO), zal harmonisering van protocollen over de ziekenhuizen heen een uitdaging zijn. Ik hoor dit met regelmaat terug, nu al als het gaat om de implementatie van de LSKA en een kleinere regio. De afstemming in een ziekenhuis kan een tijdrovend proces zijn. Ik werd geattendeerd op een andere zorggebied, de antibiotica waar al wel een landelijk regie op dit vlak schijnt te bestaan: <https://www.swab.nl/over>.
- De organisatie zal ook de nodige aandacht vragen. Te verwachten is een groei van steeds meer lokale 'antistollingscentra' naar een groter geheel met slechts enkele centra. In de tussentijd kan al virtueel gewerkt worden als interregionale organisatie. Van daaruit kan dan de stap gezet worden naar een formele structuur.
- Binnen de organisaties zal steeds meer sprake zijn van kenniscentrum met adviesfunctie. Dit noodzaakt tot een andere competentie van de medewerker daar.

3. Hoe weten we dat we 'goed' bezig zijn?

Hiervoor kan het onderzoeksvorstel dienen vanuit NIVEL. Hier wordt voorgesteld om in vijf 'proeftuinen' onderzoek te gaan doen naar de daadwerkelijke effecten in de praktijk. Hiermee krijgen alle stakeholders inzicht in effecten en kritische succesfactoren om op die manier de antistollingszorg 'goed' te regelen en van elkaar te leren.

4. Wat is nodig?

Een toekomstgericht financieringsmodel gericht op de gehele antistolling en de samenhang. En intussen een financieringsmodel waarbij initiatieven die hierop gericht zijn, de kans krijgen hier aan te werken. Daarbij is een helder plan de basis waarin beschreven staat welke transitie met wie beoogd wordt, met welke bereidheid bij de relevante partijen lokaal in de regio en interregionaal. De bewegingen zullen zijn:

- Lokale borging van de continuïteit van VKA-zorg (vaak opschaling met andere TD)
- De lokale ontwikkeling aan keten-kwaliteit conform de LSKA 2.0
- Tegelijk de opschaling naar antistollingscentra, aanvankelijk lokaal werkend en mogelijk virtueel werkend in een grotere regio naar interregionale antistollingscentra.