

Visie op de organisatie van doelmatige antistollingszorg

Mijn hartenkreet als kwartiermaker in de antistollingszorg om snel stappen te zetten!

Geschreven mede op basis van mijn ervaringen als kwartiermaker in twee lokale regio's (Gelderse Vallei en Gooi) en aanvullend als kwartiermaker voor RAMO. Gijs Tenthof.

Stolling is een ingewikkeld proces. Het aantal patiënten met antistollingsmedicatie groeit jaarlijks. Tot voor kort kregen deze patiënten vooral een VKA-antagonist voorgeschreven. Hierbij is het noodzakelijk de INR waarde met grote regelmaat vast te stellen en daarbij de juiste dosering te verstrekken. Dit is de kerntaak van de trombosedienst (bloedafname -> INR bepaling -> doseeradvies) die ook een centrale spil vervulde in de organisatie van doelmatige antistollingszorg (bv complicatieregistratie). De komst van de DOAC's betekende een alternatief. [Vanaf 2017](#) werden meer nieuwe patiënten op een DOAC ingesteld en deze trend heeft zich doorgezet. De impact op de begeleiding is groot, trombosediensten hebben te maken met grote krimp (15% per jaar). Hoe zou de organisatie van antistollingszorg er nu uit moeten zien?

Kwaliteit en impact op doelmatigheid

In het rapport Tijd voor Verbinding heeft antistollingszorg prioriteit gekregen i.v.m. met de impact op vermijdbare ziekenhuisopnamen. [Doelstelling](#) van het programma is om landelijk te komen tot een aanmerkelijke en betekenisvolle daling van potentieel vermijdbare schade en sterfte in de medisch specialistische zorg. Dit maakt duidelijk dat qua doelmatigheid veel winst te behalen is op het gebied van antistollingszorg.

De LSKA is tot stand gekomen vanuit de bevinding dat de organisatie van de antistollingszorg versnipperd is en geeft concrete adviezen hoe dit te verbeteren. Met de komst van de DOAC's zijn er steeds meer spelers in de keten die een actieve rol spelen bij antistollingszorg. Ten tijde van de monopolie van de VKA lag de regie vooral bij de trombosedienst, maar die ligt nu versnipperd in de gehele keten. In de 1^e lijn betreft het met name huisarts en specialist ouderen geneeskunde die de startmedicatie mogen bepalen en dat is in toenemende mate een DOAC. Verder zijn in de 1^e lijn de apotheker en ook de tandarts betrokken. Daarnaast blijft de 2^e lijn een belangrijke rol spelen, met name bij de instabiele patiënt. Bij hun ligt de druk om vanuit doelmatigheid deze patiënten over te dragen aan de eerste lijn (de bekende substitutie).

Het implementeren van de LSKA 2.0 is daardoor lastig in de praktijk. Wie heeft de regie? Het ontbreken van deze regierol heeft dan ook een grote impact op de doelmatigheid in de vorm van vermijdbare ziekenhuisopnamen (Tijd voor Verbinding). Gelukkig gaat het vaak goed, maar het kan zeker beter!

Er is 'winst' te behalen voor zowel patiënt (geen vermijdbare complicaties), zorgverlener (impact van door eigen handelen ontstaan van vermijdbare gevolgen), ziekenhuis (beetje dubbel: opname is inkomsten maar ook de opdracht dit te minimaliseren wat betreft vermijdbare opnamen) en zorgverzekeraar – maatschappij (minimaliseren vermijdbare zorgkosten).

Posities en belangen

Vanuit de Federatie van Nederlandse Trombosediensten (FNT) is het idee geopperd om enkele regionale expertisecentra voor antistolling op te zetten. Hierin zit de functie trombosedienst maar moet de dienstverlening tot een regie- en expertisecentrum worden uitgebreid. Een dergelijk proces raakt niet alleen de trombosedienst (al dan ziet zelfstandig, deel uitmakend van een ziekenhuis of EDC). Het proces heeft impact op de gehele lokale keten inclusief de ziekenhuizen. Zijn zorgverleners bereid de regierol daar neer te leggen? Hoe stimuleer of forceer je dit? Samenwerking in nieuwe organisatiestructuren blijkt lastig te realiseren in de zorg. Dit is begrijpelijk vanuit persoonlijke en organisatorische belangen die hiermee in het gedrang kunnen komen.

Visie over wat nodig is

Vanuit praktisch oogpunt zou een ontwikkeling goed zijn om te starten met enkele expertisecentra. (Misschien is het beter om te spreken van antistollingscentra welke samenwerken met een landelijk expertisecentrum). Wel meteen vanuit de visie dat opschaling tot samenwerking en integratie de volgende stappen gaan worden. Op middellange termijn zijn er enkele centra nodig, misschien één. Hiervoor is lering nodig vanuit andere voorbeelden die antistolling zijn voorgegaan, bijvoorbeeld organisatie rondom kankerzorg en diabeteszorg.

De start is nu nog gerelateerd aan de trombosedienstfunctie. Opschaling door fusies en overname betekenen *net* voldoende financiering voor continuïteit van de VKA-zorg op korte termijn. Maar tegelijk moet er een plan liggen richting alle antistolling. Het organisatiemodel moet flexibel zijn en inspelen op scenario's als zowel FTE krimp als FTE uitbreiding. Het is nu nog lastig te berekenen of de krimp vanuit de VKA-zorg gerelateerde diensten de groei opvangt voor diensten die de gehele antistollingszorg betreffen en of dezelfde FTE's hiervoor competent zijn. Een belangrijke hobbel is dat er geen bekostiging geregeld is op dit gebied en dat is zeker een randvoorwaarde om deze stap te kunnen maken.

Verantwoordelijkheden antistollingscentrum

VKA-gerelateerd, borging continuïteit en kwaliteit van deze verantwoordelijkheid:

a) Alle nu Trombosedienst / VKA-zorg gerelateerde diensten: dit is een snel krimpende markt

Antistolling breed, alle antistolling (in nauwe afstemming met lokale cie antistolling en ketentafel)

b) Adviesfunctie / vraagbaakfunctie voor de gehele keten van patiënt / mantelzorger tot huisarts / specialist ouderen geneeskunde / apotheker tot specialist tot cie antistolling.

- Vraagbaak advies: voor 1^e lijn en patiënt: ondersteuning in FAQ door breed geschoolde adviseur (doseer adviseur breder opgeleid uit traditionele trombosedienst)
- Inhoudelijk advies: advies voor veel voorkomende vraagstukken in de tweede lijn door dedicated antistollingsdeskundigen (bv trombovigilantiemedewerkers)
- Expertise advies: advies over uitzonderingsgevallen door dedicated antistollingsartsen met brede scope en breed netwerk om eventueel te consulteren

c) Inhoudelijk beleid en advies:

- deelname aan cie antistolling (Medisch Leider). Vaststellen verbeterpunten en inhoudelijk advisering
- deelname / voorzitterschap ketentafel antistolling (Medisch Leider). Vaststellen verbeterpunten

d) Coördinatie eventuele (jaarlijkse) controles DOAC-zorg. Implementatie in werkafspraken en check in ketentafel en cie antistolling

e) Complicatieregistratie voor alle antistolling

f) Laagdrempelige toegang tot antistollingskennis- en protocollen (format AGV / Ede)

g) (Na-)Scholing voor gehele keten inclusief de patiënt / mantelzorger. (groten-)deels te koppelen aan voorgaand punt waardoor scholing on-demand ontstaat.

h) Onderzoek gericht op doelmatigheid en benutten Safety II methodiek.

i) Tijd voor Verbinding. Korte lijnen tussen uitwisseling in eigen lokale regio's van verbeter-ideeën. Daarnaast verbinding maken met andere vergelijkbare antistolling centra voor snelle kennisuitwisseling.

j) Regiefunctie op LSKA implementatie

k) Update, implementatie van protocollen en werkafspraken

l) Opzetten van en participeren in regionale of nationale expertise raad antistolling (Medisch Manager / Medisch Leider). Laagdrempelig raadplegen van (inter-)nationale deskundigen voor zeer complexe vraagstukken. Dit kan het expertisecentrum worden, deels virtueel georganiseerd.

Organisatie

Er zijn verschillende structuren mogelijk om tot een deze antistollingscentra te komen. Het kan door groei vanuit één bestaande trombosedienst. De opschaling langs deze weg biedt mogelijkheden om op korte termijn de VKA-zorg te kunnen blijven bieden ondanks de krimp van 15%. Een zorg kan zijn dat ziekenhuizen tezamen met hun eerste lijn grip en zeggenschap verliezen als die overgaat naar één partij buiten hun adherentiegebied. Daarnaast verdwijnen ook de met VKA-zorg gemoeide lab inkomsten uit het ziekenhuis.

Zelf ben ik als kwartiermaker betrokken bij RAMO (Regionaal Antistollingscentrum Midden-Oost Nederland). De benadering is hier anders, alleen de Back Office activiteiten van de trombosediensten gaan over. RAMO kan dan doorgroeien naar een antistollingscentrum voor alle antistolling. In het bestuursmodel houden de aangesloten partijen grip door deelname aan het bestuur van RAMO. RAMO kan groeien door aansluiting van nieuwe partners en ook door klantrelaties aan te gaan voor bepaalde diensten zowel voor VKA als in de toekomst antistollingsbreed. De Front Office blijft in deze structuur deel uitmaken van het ziekenhuis.

Financieringsaanbevelingen

Een belangrijke blokkade voor het totstandkoming van antistollingscentra is de financiering. Deze is traditioneel gekoppeld aan de VKA-zorg maar ontwikkelt niet echt mee met de veranderingen in de markt, het aandeel DOAC dat belangrijk wordt. In de DBC zou een bijdrage zitten van waaruit deze regie en ondersteuning tot stand moet komen. Probleem is enerzijds dat dit niet gespecificeerd is en ook zeer versnipperd in zeer kleine deeltjes opgedeeld is. In theorie zou huisarts of ziekenhuis vanuit zijn vergoeding een deel aan het antistollingscentrum kunnen betalen. In de praktijk een enorme administratieve klus en daarmee kostbaar waaraan vooraf de bereidheid met iedere partij moet worden gevonden om te betalen. Ook dit werkt kostenverhogend.

Eenvoudiger is financiering van de expertisecentra antistolling zelf. Het bestaansrecht leunt in aanloop slechts op de VKA-zorg die 15% per jaar krimpt, dus over 3 jaar al bijna gehalveerd is! Het geld is hard nodig voor die ene verantwoordelijkheid VKA-zorg met kunst en vliegwerk overeind te houden.

Doelmatigheid

Financiering kan gekoppeld worden aan indicatoren waaruit de regiefunctie blijkt. Het doel is natuurlijk goede zorg met als (uitkomst)indicator bijvoorbeeld het aantal complicaties en events aan de hand van een antistollingsbrede complicatieregistratie. Verantwoordelijkheid en regie op implementatie van LSKA 2.0 en Tijd voor Verbinding kunnen ook indicatoren opleveren.

Een verdere voorwaarde van de financiering zou structureel overleg kunnen zijn met andere antistollingscentra. Vanuit dit overleg zou geparticipeerd kunnen worden in een Nationale Adviesraad Antistolling met andere beroepsverenigingen die zich bezig houden met protocollen en studieagenda. Ook hier kan het expertisecentrum een (virtuele) plek krijgen.

Hartenkreet

Versnelling en sturing van dit proces lukt maar moeizaam 'bottum up'. Een goede 'duw' vanuit VWS met ZN door hiervoor randvoorwaarden te scheppen, kan veel vermijdbare ziekenhuisopnamen voorkomen. Mijn vader (94) gebruikt een DOAC naar grote tevredenheid, dat zie ik graag zo blijven voor ons en voor al die andere gebruikers. Daarnaast kunnen hiermee onnodige uitgaven voorkomen worden. Een eenvoudige Business Case is om de kosten in kaart te brengen gerelateerd aan vermijdbare ziekenhuisopnamen in relatie tot antistolling. Als je met een gedegen aanpak deze geleidelijk vermindert van eerste jaar 50% naar 80% enkele jaren later, wordt duidelijk wat de maatschappij naast voorkomen van leed bij de patiënt (en belasten mantelzorgers), financieel wint met deze aanpak. De 'winst' gaat natuurlijk nog verder naar (toekomstige) besparingsmogelijkheden op andere domeinen en sluit daarbij aan op "zorg voor de toekomst" en de reactie van ZN (bv integrale visie op ouderenzorg).