

# Plan voor toekomstbestendige antistollingszorg in het Gooi



## 1. Toekomstvisie Trombosedienst voor het Gooi

De Trombosedienst voor het Gooi (TDG) heeft te maken met twee belangrijke ontwikkelingen in het veld van de trombosezorg: de implementatie van de Landelijke Standaard Ketzorg Antistolling 2 (LSKA2) en substitutie van de trombosezorg van de 2<sup>e</sup> naar de 1<sup>e</sup> lijn.

De TDG wil tijdig op deze ontwikkelingen inspelen, waarbij het doel niet is om de eigen organisatie overeind te houden, maar om de patiëntenzorg zodanig te structureren dat de kwaliteit van de zorg ketenbreed geborgd is.

De LSKA2 is in 2014 door wetenschappelijke verenigingen in opdracht van VWS opgesteld en richt zich op een niet langer vrijblijvende, maar noodzakelijke structurering van de keten trombosezorg en wel voor alle vormen van antistollingsbehandeling. ( Dit betreft behandeling met VKA's, DOAC's, TAR's en LMWH's). IGZ pakt haar taak om de implementatie van deze standaard te toetsen nu voortvarend op.

De begeleiding van alle antistolling zal naar verwachting, net als bij bijvoorbeeld diabetes en longziekten, steeds meer in de 1<sup>e</sup> lijn terecht komen. Dit is een geleidelijk proces wat vanuit zorgverzekeraars extra gestimuleerd zal worden met de inzet van het middel substitutie. Verplaatsing van de trombosezorg naar de 1<sup>e</sup> lijn dient zorgvuldig te gebeuren. Een belangrijke randvoorwaarde bij de begeleiding van antistolling is de borging van kwaliteit gericht op het minimaliseren van complicaties. De betekenis hiervan is groot voor de betrokken patiënt en omgeving maar ook als kostenpost. Om de gewenste verplaatsing van deze zorg te realiseren, voorzien wij het ontstaan van (Regionale) transmuraal werkende Antistolling Centra (R)(AC's) waar de trombosediensten in opgaan.

Toekomstbestendige antistollingszorg gaat dus verder dan de zorg voor de VKA patiënt bij de trombosedienst. Daarom is het nodig het gesprek en de samenwerking met de partners in de keten van trombosezorg aan te gaan. Samen kunnen we als regio een transmuraal initiatief opstarten waarbij iedere ketenpartner ook in de 'regie-stoel' zit. Continuering van de kennis en vaardigheden t.a.v. behandeling met VKA's kan op deze wijze geborgd worden.

## 2. Huidige situatie van de TDG

De TDG heeft in het regionale netwerk reeds aansluiting met andere partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de antistollingszorg in zijn geheel:

- Met de cardiologen van Tergooi is sinds vele jaren overleg en zijn goede werkafspraken gemaakt. Dit geldt tevens voor het overstappen op DOAC's.
- Al jaren is er een intensieve samenwerking met de regionale apothekerskring.
- De komst van twee (op het antistollingsgebied actieve) vasculair internisten in Tergooi, waarvan één sinds kort is toegetreden tot het bestuur van de trombosedienst, is aangegrepen om de contacten met Tergooi te versterken.
- De TDG heeft in 2015 een intentie tot samenwerking getekend met de Trombosedienst van het MMC (Meander Medisch Centrum) in Amersfoort, dit in lijn met de toenadering tussen de beide ziekenhuizen. Deze samenwerking verloopt goed op gebied van protocollering en kennisuitwisseling (o.a. aansluiten van de TDG bij de goed werkende "regiotafel" in Amersfoort.) Verdere intensivering van deze samenwerking is op dit moment niet aan de orde. Wel worden mogelijkheden tot verdere samenwerking op het terrein van de dagelijkse advisering inzake behandeling met VKA's in een ruimer kader onderzocht.

## 3. Landelijke ontwikkelingen en achtergronden (stand van zaken okt.17)

### a) Complexiteit trombosezorg patient

De complexiteit van de trombosezorg neemt toe door co-morbiditeit bij ouderen (relatief groot aandeel van gebruikers van antistolling zijn juist de ouderen), extra behandelingsmogelijkheden (recent de DOAC's), frequent wisselende inzichten met betrekking tot de behandelprotocollen.

Gebrek aan communicatie en onduidelijkheden t.a.v. verantwoordelijkheden binnen de keten leiden tot vermijdbare ziekenhuisopnamen (HARM-studie 2008). De eerder genoemde LSKA2 is bedoeld om dit probleem te beheersen.

### b) DOAC's

De komst van de DOAC's, die inmiddels ook door de huisarts opgestart "mogen" worden, dwingt trombosediensten /partijen na te denken over hun toekomst.

### c) Patient centraal

De huidige organisatie van de antistollingszorg is op historische gronden georganiseerd rond de therapie en (nog) nauwelijks rondom de patiënt. Dit sluit niet aan op ontwikkelingen in de zorg, die uitgaan van zorgorganisatie vanuit de patiënt. De juiste zorgkwaliteit kan beter worden geleverd indien domein-denken vanuit zorgverleners en zorgverzekeraars losgelaten wordt voor een meer integrale benadering (keten-denken) (rapport SIRM).

### d) Rol eerste lijn

Landelijk speelt het vraagstuk van substitutie van de antistollingszorg van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn.

De All-inn studie (Julius Centrum Utrecht) onderzoekt de haalbaarheid hiervan, gekoppeld aan de inrichting (en financiering) van een begeleidend expertisecentrum. Bij de NZa zijn hiervoor 'tarieven' aangevraagd. In de regio Groningen is er ook een samenwerkingsproject, gericht op substitutie, gaande met Menzis.

#### e) Antistollingscentrum

De FNT, koepelorganisatie van trombosediensten, pleit al jaren voor de opzet van regionale antistollingscentra (RAC). Zie [www.fnt.nl](http://www.fnt.nl). Zorgverzekeraars als MENZIS en VGZ geven aan samen met het veld op zoek te willen gaan naar toekomstbestendigere organisaties in plaats van traditionele organisatie met een TD voor de VKA's. Hier ligt een kans om vanuit een gezamenlijke visie scenario's op maat in de regio te ontwikkelen.

Er is geen blauwdruk in Nederland hoe tot een afgerond RAC (Regionaal Antistolling Centrum) te komen. Er lopen verschillende initiatieven waarover het [NIVEL in juli 2016 een onderzoek publiceerde](#). De noodzaak van regionale "kartrekkers" met voldoende tijd en / of ondersteuning kwam hieruit naar voren.

In juni 2017 is bij het symposium "Toekomstgerichte antistollingszorg, een voorbeeldcasus uit de Gelderse vallei" een oriënterende Business Case gepresenteerd, die het Antistollingscentrum Gelderse Vallei (AGV) samen met MENZIS en studenten van de HAN heeft opgesteld. Hierbij zijn de verwachte effecten van twee vormen van substitutie van trombosezorg van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn vergeleken:

- Klassieke substitutie, waarbij de patiënt zonder investeringen in randvoorwaarden voor de veiligheid overgaat van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn.
- Substitutie 2.0 waarbij de regiefunctie komt te liggen bij een Regionaal Antistolling Centrum.

Volgens deze - voor zover bekend - eerste Business Case op dit gebied, wordt door een -beperkt- aantal deskundigen ingeschat dat de totale kosten in de regio gaan toenemen bij een klassieke substitutie. In het model van substitutie 2.0 wordt ingeschat dat de totale kosten verbonden aan antistollingszorg juist gaan dalen.

#### 4. De TDG wil de volgende doelen bereiken:

- De LSKA 2.0 wordt zo snel mogelijk in de regio geïmplementeerd.
- De zorg voor huidige en toekomstige patiënten verbonden aan de TDG wordt gecontinueerd op minimaal hetzelfde zorgniveau.
- Bij de reorganisatie van de trombosezorg wordt de patiënt centraal gesteld in de keten.
- De TDG sluit aan bij de stollingscommissie Tergooi.
- Substitutie van trombosezorg van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn kan worden gefaciliteerd indien dit beleid wordt ingezet in de regio, zodat kwaliteit en veiligheid kunnen worden geborgd.
- Daartoe wordt gezocht naar de optimale vorm van trombosezorg in de regio, bij voorkeur in de vorm van een (R)AC.

#### 5. Hoe dit te bereiken?

Een Regionaal Antistolling Centrum (RAC) heeft een transmuraal karakter. Het is vraagbaak voor zowel de patiënt, als de eerste en tweede lijns professionals. In de behandeling van de patiënten heeft het (R)AC operationele taken, en kan die, op geleide van deskundigheid en capaciteit aan de eerste lijn overdragen. Dit geldt vooral voor de niet complexe / stabiele patiënt.

De groep complexere patiënten blijft voor zolang nodig in de tweede lijn. Het (R)AC speelt hierin een coördinerende rol met operationele taken, maar kan ook het case management op zich nemen (LSKA).

Het (R)AC draagt verder zorg voor LSKA implementatie, scholing, regioprotocolen en operationele taken als 'dosereren' (eventueel op afstand).

De TDG ziet dit concept als een ideale kans voor zowel Tergooi als de huisartsen (GHO-GO) om hierin in onze regio het voortouw te nemen. De intermediaire rol van het MCC (Medisch Coördinerend Centrum), als brug tussen eerst en tweede lijn in het Gooi, dient ons inziens zeker te worden meegenomen in dit proces.

Samen kunnen we als regio dit transmurale initiatief opstarten waarbij iedere ketenpartner ook in de 'regie-stoel' zit. Dit zal bijdragen aan het regionale imago en uitstralen op elke ketenpartner.

Voor Tergooi kan het een kans zijn om zich in een grotere regio uiteindelijk te specialiseren op deze zorg. De huisartsen krijgen de kans geleidelijk op basis van capaciteit en kwaliteit een deel van deze zorg naar zich toe te trekken (met de juiste ondersteuning).

Via het (R)AC ontstaat een platform om afspraken te maken gericht op goede en betaalbare antistollingszorg in onze regio.

## 6. Praktische aspecten

Bij een aantal zorgverzekeraars is zeker draagvlak voor dit initiatief, in de contractering is ruimte voor een budget voor dit transitieproces.

In overleg met het bestuur van de TDG is een onafhankelijke kwartiermaker/ kartrekker aangetrokken in de persoon van Gijs Tenthof, die sinds 2015 als kwartiermaker betrokken is bij de oprichting van het antistollingscentrum in het ziekenhuis Gelderse Vallei en zich landelijk inzet (VWS, Zorgverzekeraars, andere trombosediensten, belangenverenigingen) voor toekomstbestendige antistollingzorg.

Wij hopen in de nabije toekomst voldoende draagvlak bij onze ketenpartners voor dit plan te kunnen creëren.

Oktober 2017

Angelique van Holten, Coördinator medische zaken  
Dineke van Dolder, directeur