

## MEMO

Aan: Stafbestuur

Van: Werkgroep stolling

Opstellers:

Datum: 12-03-2020

Onderwerp: Stollingsteam (S-team) ETZ

Bijlagen: 1. Landelijke Standaard Keten Antistolling (LSKA) 2.0

### Inleiding

(Anti)stollingsmiddelen zijn complexe en risicovolle geneesmiddelen, die tot complicaties (trombose en bloedingen) kunnen leiden bij verkeerd gebruik. Uit het HARM onderzoek en de meest recente Monitor Zorggerelateerde Schade blijkt dat deze middelen 38%-50% van de potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames veroorzaken en dat opvolging van de richtlijnen laag is.<sup>1+2</sup> Om de antistollingszorg goed te organiseren, moeten verschillende disciplines nauw met elkaar samenwerken. Uit o.a. de antistollingsgerelateerde VIM-meldingen uit 2019, dossieronderzoek en procesanalyses in het ETZ blijkt dat er m.b.t. de antistollingszorg ruimte voor verbetering is. De 'Landelijke Standaard Keten Zorg Antistolling' (LSKA) adviseert de antistollingszorg te verbeteren met een multidisciplinair stollingsteam (S-team).

Tevens heeft onderzoek van A. Dreijer aangetoond dat implementatie van een S-team leidt tot minder complicaties, een kortere ligduur en kostenreductie. Implementatie van een S-team leidde tot een dalende trend van trombo-embolische events en bloedingen van 1,83% per 2 maanden, waar zonder S-team een stijgende trend van 0,75% per 2 maanden werd gezien. De gemiddelde ligduur daalde van 11,8 dagen naar 10,7 dagen en ging gepaard met een gemiddelde kostenreductie per patiënt van €480-790.<sup>3</sup> Onderzoek van Padron et al. beschrijft een gemiddelde kostenreductie van \$661 per patiënt.<sup>4</sup>

### Voorstel

In navolging van andere Nederlandse ziekenhuizen en om de geldende richtlijnen te kunnen implementeren, doet de werkgroep Stolling het voorstel om een stollingsteam (S-team) op te richten met *dedicated* leden die zich op dagelijkse basis inzetten voor de borging van kwalitatief goede en veiligheid (anti)stollingszorg.

### Aanleiding

Een aantal punten geven direct aanleiding tot dit voorstel:

---

<sup>1</sup> PMLA van den, Egberts ACG. Eindrapport HARM-onderzoek. Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, november 2006

<sup>2</sup> NIVEL. Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016. Beschikbaar via: [https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport\\_Monitor\\_Zorggerelateerde\\_Schade\\_2017.pdf](https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_Monitor_Zorggerelateerde_Schade_2017.pdf)

<sup>3</sup> AR Dreijer. Antithrombotic stewardship. 2019. Erasmus University Rotterdam, PhD dissertation.

<sup>4</sup> M Padron en MA Miyares. Development of an anticoagulation stewardship program at a large tertiary care academic institution. J Pharm Pract. 2015;28(1):93-8

- In het afgelopen decennium zijn er nieuwe geneesmiddelen geregistreerd, de 'direct orale anticoagulantia' (DOACs). Anders dan bij vitamine K antagonistien, worden deze patiënten niet begeleid. Hierdoor wordt bijvoorbeeld therapietrouw en de nierfunctie beperkt gemonitord, hetgeen tot complicaties bij patiënten leidt. Tevens is er bij zorgverleners nog veel onbekendheid over deze middelen.
- Antistolling is een complex multidisciplinair onderwerp, vooral bij patiënten met multimorbiditeit
- In de VIM rapportage van 2019 is antistolling de meest gerapporteerde geneesmiddelengroep
- Dossieronderzoek: tromboseprofylaxe wordt bij ongeveer 50% van de patiënten volgens de richtlijnen ingezet, met een risico op trombotische complicaties (n=85 patiënten, oktober 2018)
- FRAM-procesanalyse: structurele controle van tromboseprofylaxe op de werkvloer ontbreekt, en rollen zijn niet altijd helder belegd
- Dossieronderzoek: bij ongeveer 50% van de opgenomen patiënten met dubbele antistolling is deze combinatie niet (meer) rationeel volgens geldende richtlijnen, met een risico op bloedingscomplicaties (n=150 patiënten, dec 2019)
- LSKA richtlijn adviseert een aanspreekpunt voor antistolling binnen de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn

### **Doelen**

Doel is om voor elke patiënt van het ETZ kwalitatief goede en veilige antistollingszorg te borgen, waardoor complicaties voorkomen worden, ligduur verkort wordt en kosten bespaard worden. Tevens is het doel om te voldoen aan de LSKA richtlijn en NIAZ Qmentum, met specifieke aandacht voor de inrichting van een adequate PDCA-cyclus.

### **Taken en verantwoordelijkheden S-team**

O.b.v. LSKA 2.0 en NIAZ Qmentum zijn de volgende taken geformuleerd:

Dagelijkse patiëntenzorg:

1. Aanspreekpunt voor antistollingszorg voor patiënt én zorgverleners in zowel 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijn  
*Dit gebeurt door doseerarts voor alle patiënten in de 1<sup>e</sup> lijn en VKA patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn. Voor overige patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn is dit een internist-vasculair geneeskundige.*
2. Begeleiding DOAC en VKA patiënten in 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn (bv. rondom ingrepen, bij ontregeling en standaard periodieke controle)  
*Door trombosedienst.*
3. Identificeren van hoog-risico patiënten (bv. dubbele en triple antistolling, afwijkende labuitslagen bij overdosering, levensbedreigende bloedingen) en voor hen een optimaal antistollingsbeleid borgen.  
*Door ziekenhuisapotheker en klinisch chemicus.*
4. Signaleren van fouten in antistollingsbeleid en adviseren van zorgverleners  
*Door ziekenhuisapotheker en doseerarts.*
5. Signaleren van bijzonderheden vanuit KCHL (afwijkende labuitslagen, uitgifte van plasma, trombocyten) en adviseren van zorgverleners.  
*Door klinisch chemicus.*

6. Diagnostiek begeleiding bij verdenking bloedingsneiging, oprichten 'stollings-loket', zodat overdiagnostiek wordt verminderd  
*Door hematoloog of internist-vasculair geneeskundige en klinisch chemicus.*

Inrichting van een adequate PDCA-cyclus i.s.m. de werkgroep stolling:

1. Up-to-date houden van lokaal beleid
2. Scholen van (nieuwe) medewerkers  
*In onderling overleg tussen leden van het S-team.*
3. Voorlichting van patiënten en hun naasten
4. Uitvoeren van interne audits, uitzetten en opvolgen van verbeteracties
5. Analyseren van (trends in) VIM meldingen, en uitzetten en opvolgen van verbeteracties

### **Samenstelling S-team**

Het S-team bestaat uit een doseerarts, een klinisch chemicus, een ziekenhuisapotheker, een hematoloog en een internist-vasculair geneeskundige, zodat zij gezamenlijk de taken en verantwoordelijkheden van het S-team kunnen realiseren (zie paragraaf hierboven).

Hoofdzakelijk wordt de dagelijkse patiëntenzorg door trombosedienst (medewerkers onder supervisie van doseerarts), klinisch chemicus en ziekenhuisapotheker gedaan. Hiernaast vindt twee keer in de week een multidisciplinair overleg plaats waarin complexe patiënten besproken worden. Hierbij zullen een hematoloog en internist aansluiten.

De structurele taken zullen in onderling overleg verdeeld worden.

### **Kosten**

Beraming van kosten:

- Trombosedienstmedewerker,
- Internist - vasculair geneeskundige,
- Hematoloog,
- Ziekenhuisapotheker,
- Klinisch chemicus,
- Doseerarts