

Antistolling:

De multidisciplinaire communicatielijnen zijn essentieel

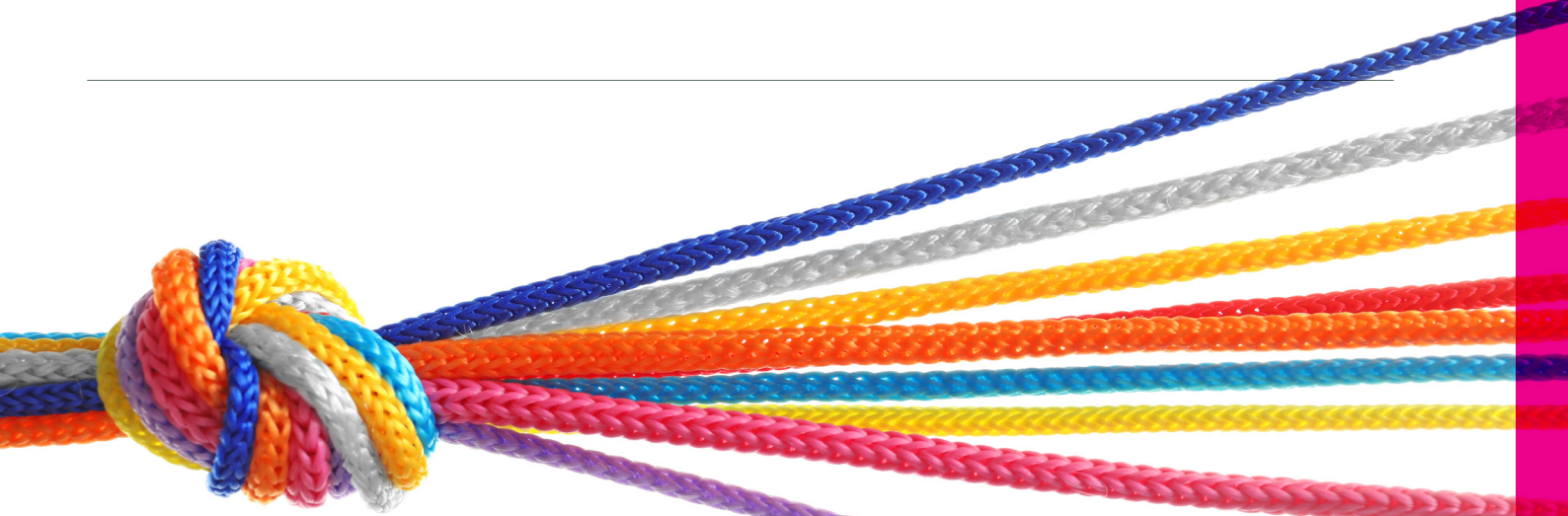
Toenemende ervaring met het voorschrijven van DOACs heeft er paradoxaal genoeg toe geleid dat er nieuwe vragen zijn ontstaan rond de behandeling met deze medicatie. Wat zijn bijvoorbeeld de afwegingen bij een behandelkeuze? Welke patiënt krijgt levenslang antistolling geadviseerd? Wie neemt hier het besluit over en op welke gronden? Tijdens het transmuraal farmacotherapeutisch gesprek, dat onlangs in UMC Utrecht plaatsvond, bleken de daar aanwezige zorgprofessionals ook geen oplossingen te hebben. “Het enige wat echt duidelijk is rond antistolling, is dat zorgverleners met elkaar heldere afspraken moeten maken.”

Aan de telefoon, daags na deze multidisciplinaire bijeenkomst, benadrukt de moderator van de avond, Karin Kaasjager, hoogleraar interne geneeskunde aan het UMC Utrecht, het belang van het voeren van transmuraal farmacotherapeutische gesprekken. Zorgverleners uit verschillende disciplines laten dan hun licht schijnen over een actueel thema. “Wat betreft communicatie tussen zorgverleners hapert het nog wel eens, terwijl veel aandoeningen een multidisciplinaire aanpak vereisen, vertelt de hoogleraar en vervolgt: “Vaak weten we elkaar niet goed te vinden, waardoor de patiënt tussen wal en schip dreigt te raken. Dat is niet vanwege onwil, maar onder meer omdat onze patiëntendossiers niet aan elkaar zijn gelinkt en omdat in de uitvoering van richtlijnen de afstemming niet altijd goed is geregeld. Dit soort avonden maakt dat we, door te brainstormen hoe we beleid beter op elkaar kunnen afstemmen, meer te weten komen over elkaars dagelijkse klinische werkelijkheid. Opvallend genoeg blijkt je dan regionaal vrij eenvoudig tot heel werkbare afspraken te kunnen komen.”

Goede afstemming

Een grote groep huisartsen, apothekers, verpleegkundig specialisten en specialisten besprak tijdens Valentijnsdag diverse vraagstukken rond antistolling. Met de komst van de direct werkende orale anticoagulantia (DOACs), ook wel de non vitamine K afhankelijke orale anticoagulantia (NOACs), zijn er verschillende keuzemogelijkheden om een belangrijk behandel doel van atriumfibrilleren en veneuze trombo-embolie te bewerkstelligen: het voorkomen van ischemisch herseninfarct enerzijds en terugkeer van diep veneuze trombose of embolie anderzijds. Mede door de vergrijzing zijn dit veelvoorkomende ziektebeelden die zowel in de eerste als tweede lijn behandeld worden. Goede afstemming tussen de betrokken behandelend zorgverleners is dan ook essentieel. Aangestuurd door Kaasjager, vond er aan de hand van een aantal casus een dialoog plaats tussen aanwezigen in de zaal en een panel van vier deskundigen. Later zou Kaasjager vertellen waarom het bespreken van casus zo belangrijk is: “Je krijgt dan goed zicht op de overwegingen van de arts in een specifiek geval. Vanuit allerlei onderzoeken weten we op groepsniveau hoe we patiënten moeten behandelen, maar wat doet de huisarts met de individuele patiënt die in zijn spreekkamer voor hem zit en nooit precies in het plaatje past?”

Eerst kwam een jonge dame van 18 jaar aan bod: ze heeft een trombosebeen doorgemaakt bij pilgebruik. De pil gebruikt ze vanwege heftige menstruaties. Daarop volgde een oude man van 86 jaar die voor allerlei kwalen diverse medicijnen slikt,



waaronder antistolling vanwege atriumfibrilleren. “Wat adviseer je deze jonge dame?” Vroeg Kaasjager aan het publiek. Iemand zei te willen bespreken of andere contraceptie tot de mogelijkheden behoort, zodat het gevaar op trombose een stuk kleiner wordt. De keuze van antistollingsmiddel, zo liet Kaasjager in haar presentatie zien, beïnvloedt het risico op hevige bloedingen. “Houd jij daar rekening mee?” Vroeg ze aan panellid Monique Prinssen, kaderhuisarts hart- en vaatziekten in Utrecht? “Te weinig,” was het antwoord. Ook de zaal beaamde dat een onderwerp als menstruatie en bloedverlies veel te weinig aan de orde komt in dit soort gesprekken. “Is stoppen met antistolling een optie?” Vroeg de moderator aan panellid Fabrice Martens, cardioloog in Deventer Ziekenhuis. “Wij cardiologen stellen dat, als er sprake is van een risico op ischemisch herseninfarct, diep veneuze trombose of embolie en iemand heeft bloedingen, de antistolling toch prioriteit heeft.” Gaandeweg de dialoog bleek de casus niet zo eenvoudig als in eerste instantie gedacht. “Want,” zo opperde een internist in opleiding, “hoe weet ik dat er sprake is van menorrhagie? De menstruatiescorekaart, die een goed beeld geeft, wordt in de praktijk weinig toegepast. En: wie zegt dat de menorrhagie vanwege de DOAC is die ze neemt? Misschien is er wel sprake van een vleesboom. Kortom: Is er dan niet meer onderzoek nodig om de oorzaak van de menorrhagie te achterhalen?”

Surprise question

De oudere man van 86 jaar, zo vertelde Kaasjager, lijkt op papier een makkelijke casus: atriumfibrilleren en dus een DOAC. “Maar,” zo vroeg ze het publiek, “is dat zo? Wordt de nierfunctie voldoende in de gaten gehouden? Kunnen er medicijnen van het lijstje worden gestreept? Wordt kwetsbaarheid meegenomen in het beeld? En als dat het geval is, behandel je dan nog steeds met DOAC's bij atriumfibrilleren?” Dat is een

lastige, zo bleek wel uit diverse reacties. Een geriater vertelde dat het ook hier belangrijk is te achterhalen wat de patiënt zelf wil. En ook te kijken naar de setting van de patiënt; bij de ene patiënt is kwetsbaarheid daarin bepalender dan bij de ander. “We komen steeds terug op de weegschaal tussen de kans op een bloeding en de kans op een herseninfarct,” vertelde de moderator. “En of je dan met antistolling moet behandelen.” Studies, zo liet ze zien, bewijzen dat de oudere patiënt een vier keer zo hoog risico loopt op een CVA. Ook vanwege het invaliderende karakter van een beroerte is daarom het advies te blijven behandelen met antistolling. “De winst van het voorkomen van cerebrale bloedingen is zelfs groter naarmate ouderen ouder worden,” vertelde panellid Mathilde Nijkeuter, internist-vasculair geneeskundige in UMC Utrecht en vervolgde: “Alleen moeten comorbiditeit en medicatie-interacties meegenomen worden in het beleid; bij nierinsufficiëntie moet bijvoorbeeld niet klakkeloos antistolling worden voorgeschreven.”

“Neem de surprise question eens wat vaker mee,” adviseerde Kaasjager haar publiek: “Daarbij vraag je je af of je verbaasd zou zijn als de patiënt over een jaar nog leeft, of juist niet. Geloof me, dit helpt je bij het maken van een afweging als je een oudere patiënt voor je hebt.” Bij ouderen zijn er nog wel eens zorgen over therapietrouw en rijst de vraag of de trombosedienst juist daarom hier ingeschakeld zou moeten worden in combinatie met het geven van vitamine K antagonisten. Maar studies laten juist zien dat ouderen uitermate therapietrouw zijn. De rol van de apotheker kwam in beeld toen aan de orde werd gesteld wie de medicatie controleert. “Waar staat de apotheker?” Vroeg Kaasjager dan ook aan panellid Stephan

Joosten, apotheker in IJsselstein. "In steeds meer regio's krijgen wij een controlerende rol," vertelde hij en vervolgde: "Maar het blijft lastig, zolang we geen toegang hebben tot het patiëntendossier van de behandelend artsen en we elkaar ook niet makkelijk telefonisch bereiken. Terwijl we weten dat dit belangrijk is bij de oudere patiënt met comorbiditeit en polyfarmacie."

"Waarom krijgen we deze samenwerking in ons zorgnetwerk niet goed voor elkaar," vroeg Kaasjager vervolgens aan het publiek. "Welke factoren spelen hierbij een rol?" Uit reacties bleek dat in veel regio's inmiddels diverse initiatieven van de grond zijn gekomen. Ze concludeerde dan ook: "Het heeft kennelijk tijd nodig om de multidisciplinaire communicatielijnen vorm te geven. Maar het besef is er dat deze lijnen essentieel zijn, juist ook voor medicatiebewaking."

Kinderwens

Is dat al het geval voor eerste uitgifte van medicatie, nog meer geldt dat voor het herhalen van recepten. "Hoe lang ga je door met antistolling bij de jonge vrouw met haar trombosebeen?" Vroeg de moderator aan Nijkeuter. De internist-vasculair geneeskundige vertelde dat de kans op een recidief trombose dertig procent is in vijf jaar; hoger dus dan de kans op een bloeding. Het advies is dan ook levenslange antistolling. Maar wat te doen met die vrouw van 28 jaar met mogelijk een kinderwens? "Bespreek jij of daar sprake van is?" Vroeg Kaasjager aan Prinssen. "Wij doen dat te weinig," vertelde de kaderhuisarts: "Het zit niet standaard in het gesprek, maar we zouden het wel moeten doen. Als ik ervan op de hoogte ben, dan zou ik haar adviseren regelmatig zwangerschapstesten te doen, zodat wij zo vroeg mogelijk kunnen acteren."

Vervolgens discussieerden panel en publiek over de vraag

wanneer de huisarts een patiënt die langdurig antistolling voorgeschreven krijgt, doorstuurt naar de tweede lijn. De aanwezigen hadden geen eenduidig antwoord. "Als ik er niet uitkom, stuur ik door," zei Prinssen. Waarop een internist uit de zaal zei: "En ik stuur weer terug, met de kanttekening een keer per jaar de nierfunctie te laten controleren en natuurlijk de bereidheid mee te denken als er problemen zijn." Kaasjager concludeerde dat niet op elkaar aansluitende richtlijnen ook niet helpt. Zo kan beleid niet op elkaar worden afgestemd. "Hiermee leggen we de vinger op de zere plek. Juist vanwege de kans op bloedingen en recidief trombose is het belangrijk dat de drempel laag is voor overleg en het maken van afspraken. Rondom antistolling is er niet altijd evidence en zeker niet voor die ene patiënt in de spreekkamer. Het zou helpen als we elkaar makkelijk kunnen consulteren. Dat geldt voor de eerste en tweede lijn, maar rondom antistolling en medicatie in het algemeen is er ook een belangrijke rol weggelegd voor de apotheker. Tenslotte vormen we met elkaar een netwerk rond en met de patiënt." 🍷

Dit Transmuraal Farmacotherapeutisch Gesprek over Antistollingsmedicatie was georganiseerd door communicatie- en congresbureau prevents. Voor meer nascholingen en congressen bekijk het aanbod op: www.bureau-prevents.nl

