

## **Verslag startbijeenkomst Zinnige Zorg Diepe veneuze trombose en longembolie.**

**Datum: 28 mei 2019, 17u-21u.**

**Plaats: Zorginstituut Nederland, Diemen**

Aanwezige afgevaardigden:	Annemarie Auwerda (Harteraad) Hugo ten Cate (FNT) Geert-Jan Geersing (NHG) Norbert Groenewegen (FNT) Menno Huisman (NVIVG) Ilona de Jong (Trombosestichting Nederland) Miriam Kap (V&VN) Marieke Kruip (NVvH; hematologie) Sjef van de Leur (NVKC) Aris Prins (KNMP) Stan Reichert (NVVC) Ralf Sprengers (NVVR) Leon van den Toorn (NVALT) Corien Veenstra (NVIC) Birgitte Visch (NVDV) Wendy Zacouris-Verweij (commissie Lupus/APS, NVLE)
Aanwezig vanuit Zorginstituut:	Frederiek Mantingh (teammanager) Ingrid van Hoogstraten (projectleider) Vladimir Tichelaar (medisch adviseur) Iris Groeneveld (adviseur) Corline Brouwers (adviseur) Davinia Hochheimer (data-analist) Melanie Kedde (projectondersteuner) Joke Bart (communicatieadviseur) Monique Haagmans (geneesmiddelenbeoordelaar)
Afwezig Met kennisgeving	Anton de Bruin (NVA) Harmen Ettema (NOV) Hans Kuijpers (ZN) Cagdas Ünlü (NVvH; heelkunde) Maud van der Wijden (V&VN)
Geen afgevaardigden	NVOG NVZA

## **Inleiding**

### **Welkom en presentatie Zinnige Zorg**

Teammanager Frederiek Mantingh heet iedereen welkom. Alle aanwezigen stellen zich voor. Projectleider Ingrid van Hoogstraten presenteert het doel, de fasering en de werkwijze van het Zinnige Zorg programma. Zij licht toe hoe we zijn gekomen tot het onderwerp 'Diepe veneuze trombose en longembolie' voor de verdiepingsfase van Zinnige Zorg. Medisch adviseur Vladimir Tichelaar vertelt dat we in de verdiepingsfase systematisch het zorgtraject zullen onderzoeken. Hij presenteert het zorgtraject dat is opgesteld aan de hand van de NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie en de richtlijn Antitrombotisch beleid (RAB) uit de tweede lijn. Binnen het zorgtraject zijn beslismomenten en acties weergegeven. Tevens bespreekt Vladimir welke mogelijke verbeterpunten in het zorgtraject reeds in de screeningsfase zijn geïdentificeerd. De beslismomenten en acties waar mogelijk verbeterpotentieel is, worden beschouwd als analysepunten voor verder onderzoek. Onderaan dit document is een overzicht weergegeven van alle analysepunten, geclusterd op thema, die tijdens de bijeenkomst besproken zijn. Bij elk analysepunt stelt het Zorginstituut zich de volgende vragen: *hoe staat de zorg in de richtlijnen beschreven?* en *hoe wordt de zorg in de praktijk uitgevoerd?* Ter beantwoording van de eerste vraag kan richtlijnanalyse worden ingezet. Ter beantwoording van de tweede vraag kunnen data-analyse en andere vormen van kwantitatief en kwalitatief onderzoek worden ingezet.

### **Bespreking van analysepunten op het zorgtraject**

Aan de hand van posters met daarop schematisch het zorgtraject Diepe veneuze trombose en alle analysepunten zoals hierboven beschreven, discussiëren de aanwezigen over de mogelijke verbeterpunten. Wat betreft de diagnostiek wordt de suboptimale beschikbaarheid van de D-dimeer point of care test genoemd, wat een tijdige herkenning van DVT en longembolie belemmert. Wat betreft de behandeling wordt het belang van goede begeleiding bij longemboliepatiënten op de langere termijn benadrukt.

Ook het belang van nazorg en goede begeleiding van patiënten met een trombose wordt bediscussieerd; patiënten ervaren vaak onvoldoende ondersteuning bij het maken van keuzes over antistolling, en krijgen vaak beperkte informatie over restklachten en leefregels. De jaarlijkse controle zoals aanbevolen in de richtlijn antitrombotisch beleid voor mensen met langdurig gebruik van antistolling wordt mogelijk niet bij iedereen uitgevoerd.

Vervolgens leidt Vladimir Tichelaar plenair het gesprek over mogelijke verbeterpunten in de transmurale samenwerking en intramurale antistolling. Het belang van samenwerkingsverbanden, of regionale afspraken, wordt door meerdere afgevaardigden onderkend. Onder andere de begeleiding van hoog-complexe patiënten kan daarmee verbeteren. Uniforme, breed gedragen intramurale en transmurale antistollingsprotocollen dragen bij aan het verminderen van ongewenste variatie in zorg en eventueel calamiteiten. Het komt de patiënt verder ten goede als zorgverleners informatie gemakkelijk en snel onderling kunnen uitwisselen.

### **Bespreking van onderwerpen voor verdiepingsonderzoek**

Na het diner zijn drie afgevaardigden bereid om een van de eerder besproken verbeterpunten toe te lichten en mogelijkheden voor verdiepingsonderzoek te bediscussiëren. Geert-Jan Geersing leidt het gesprek over diagnostiek van DVT en longembolie in de eerste lijn. Hij pleit voor herintroductie van de (vernieuwde) POCT D-dimeertest. Onderzoek naar de belemmeringen bij het uitvoeren van het diagnostisch traject in de eerste lijn is wenselijk. Daarnaast wordt de suboptimale informatievoorziening over het zorgtraject aan patiënten, met name bij co-morbiditeit of pilgebruik, benoemd als punt voor nader onderzoek. Brigitte Visch gaat voor in een discussie over de elastische kous, naar aanleiding van ontoereikende

aanbevelingen in de NHG Standaard, de RAB en de richtlijnen van de NVDV. Onderzoek naar de praktijk van kousgebruik kan zinvol zijn: Hoe lang wordt de kous gedragen, en op welke momenten, met welke (beslis-)instrumenten, en met welke zorgprofessionals wordt besloten of de patiënt kan doorgaan of stoppen met dragen? De internisten (Menno Huisman en Hugo ten Cate) pleiten voor de oprichting van een nationaal trombose-expertisecentrum. Zij hebben hiervoor reeds een initiatief opgezet. Zij geven aan dat er behoefte is aan onderzoek naar de stand van zaken omtrent de (regionale) expertisecentra: welke centra zijn er inmiddels opgericht, welke zorgaanbieders nemen erin deel, en wat zijn de uitkomsten? Welke toegevoegde waarde heeft een trombose-expertisecentrum? Alle aanwezigen nemen deel aan een of meer van deze discussies.

### **Vervolgstappen en afsluiting**

In het laatste deel van de bijeenkomst vertelt adviseur Iris Groeneveld hoe de planning er globaal uitziet en wat er in het komende traject van de aanwezigen wordt gevraagd. Zij kondigt aan dat de aanwezigen worden uitgenodigd om mee te denken bij de uitwerking van onderzoeksvragen en -methoden middels klankbordgroepen. Tot slot meldt zij hoe de aanwezigen op de hoogte worden gehouden. Teammanager Frederiek Mantingh bedankt alle aanwezigen voor hun komst.

### **Hoe nu verder?**

Alle analysepunten in het zorgtraject zijn in thema's geclusterd zoals hieronder weergegeven. Het Zinnige Zorg team van het Zorginstituut zal prioritering aanbrengen in deze lijst. Dit wordt onder andere gedaan op basis van de criteria 'mate van gezondheidswinst voor patiënten' en 'haalbaarheid van het uitvoeren van onderzoek, implementatie en evaluatie volgens de Zinnige Zorg methodologie'. Voor de thema's met de hoogste prioriteit zal het team klankbordgroepen samenstellen. Op basis van expertise zullen de afgevaardigden gevraagd worden deel te nemen aan een of meerdere van deze klankbordgroepen. Aan de klankbordgroepen zal voor de verschillende analysepunten binnen een thema input worden gevraagd over onderzoeksvragen en onderzoeksmethoden.

**De volgende analysepunten, geclusterd op thema, zijn geformuleerd. Deze analysepunten worden na prioritering verder uitgewerkt voor verdiepend onderzoek.**

### **1. Diagnostiek d.m.v. klinische beslisregel en D-dimeer test**

- a. Er zijn aanwijzingen in de literatuur dat frequent wordt afgeweken van het stappenplan diagnostiek zoals in de NHG-Standaard geformuleerd
- b. Er zijn meerdere klinische beslisregels (KR) in de praktijk in gebruik
  - a. In de eerste lijn: Wells' score met of zonder age-adjusted D-dimeer
  - b. In de tweede lijn: Wells' score met of zonder age-adjusted D-dimeer, de YEARS' criteria
- c. De NHG-Standaard adviseert om de D-dimeeruitslag op de dag van aanvragen aan de aanvrager terug te koppelen. Wordt de D-dimeeruitslag frequent genoeg (>95% van de gevallen) tijdig teruggekoppeld aan de aanvragend huisarts?
- d. Het gebruik van een POCT voor de D-dimeertest kan bijdragen aan de snelheid van de diagnostiek en de efficiëntie van zorg. Echter momenteel zijn er geen goede, gevalideerde en betrouwbare POCT testen voor D-dimeer op de markt. Deze worden echter wel verwacht binnen afzienbare tijd. In het verleden bleken er ook belemmeringen voor het gebruik van de POCT m.b.t. de vergoeding te zijn.

### **2. Beeldvormende diagnostiek in de acute fase**

- a. Na het uitkomen van de richtlijn Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie arteriële trombose (2008) zijn er geen recentere aanbevelingen meer verschenen over de (exacte uitvoering van) beeldvormende diagnostiek
- b. Er zijn aanwijzingen dat de toegevoegde waarde en timing van de echo-cor bij acute longembolie onduidelijk is
- c. Er zijn aanwijzingen dat de toegevoegde waarde van het standaard verrichten van een echo-been bij patiënten met aangetoonde acute longembolie en (a)symptomatische DVT onduidelijk is.

### **3. Compressietherapie<sup>1</sup>**

- a. Er bestaat discrepantie in aanbevelingen tussen richtlijnen (NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie en NIV Richtlijn Antitrombotisch Beleid [RAB]) betreffende het te voeren beleid omtrent de elastische steunkous bij symptomatische DVT. Het betreft hier
  - a. het wel of niet dragen van de elastische kous en
  - b. de duur van het dragen van de elastische kous
- b. Er zijn aanwijzingen dat er onduidelijkheid bestaat over het beleid omtrent evaluatie van (het effect van) de elastische kous en waar / bij welke zorgprofessional dit dient plaats te vinden
- c. Er zijn geen patient-reported outcomes (PROMS) of -experiences (PREMS) omtrent compressietherapie
- d. De toegevoegde waarde van de Villalta-score bij het bepalen van het beleid omtrent de elastische kous is onduidelijk
- e. De richtlijnen (NHG-Standaard en RAB) doen geen recente aanbevelingen over (de indicatie en uitvoering van) acute compressietherapie (zwachtelen) bij symptomatische DVT<sup>2</sup>
- f. De toegevoegde waarde van standaard compressietherapie met een elastische kous bij patiënten met een acute longembolie en asymptomatische DVT lijkt onduidelijk.

### **4 Initiële behandeling**

- a. Er bestaat discrepantie in aanbevelingen tussen richtlijnen (NHG-Standaard en RAB)

<sup>1</sup> Momenteel wordt de richtlijn Antitrombotisch Beleid modulair herzien, waaronder het hoofdstuk compressietherapie

<sup>2</sup> Momenteel wordt de richtlijn Antitrombotisch Beleid modulair herzien, waaronder het hoofdstuk compressietherapie, waarin ook een uitspraak over acute compressietherapie (zwachtelen) gedaan zal worden

- betreffende de initiële duur van en het type antistolling (VKA vs. DOAC)
- b. Er zijn aanwijzingen dat catheter-geleide trombolysen bij DVT buiten de huidige indicatie zoals geformuleerd in de RAB, plaatsvindt
  - c. Het is mogelijk dat intraveneuze (al dan niet catheter-geleide) trombolysen bij acute longembolie buiten de huidige indicatie, zoals geformuleerd in de RAB, plaatsvindt.

#### **5. Opname bij acute longembolie**

- a. Patiënten met een lage kans op 30-daagse mortaliteit en gunstige randvoorwaarden omtrent pijnstilling en mantelzorg bij een acute longembolie mogen volgens de RAB direct naar huis ontslagen worden, op basis van een klinische beslisregel. Er zijn aanwijzingen dat er variatie in toepassing en keuze van het type klinische beslisregel (Hestia of [s]PESI) bestaat. Deze variatie kan leiden tot ongewenste verschillen in uitkomsten van zorg voor mensen met een longembolie
- b. Op basis van een (voorlopige) analyse van declaratiedata wordt variatie in opnameduur voor acute longembolie tussen ziekenhuizen waargenomen.

#### **6. Risicostratificatie, samen beslissen en counseling**

- a. Er zijn aanwijzingen voor verbetermogelijkheden bij samen beslissen in de spreekkamer en het gebruik van de consultkaart 'Antistolling'
- b. Er zijn aanwijzingen dat er vaak onvoldoende ruimte is voor patiënten om (omgaan met) angst, restklachten en leefregels te bespreken in de spreekkamer
- c. Er is onvoldoende beschreven in de RAB welke patiënten op basis van hun risicoprofiel (voor trombose<sup>3</sup> of bloedingen) doorverwezen zouden moeten worden naar een expertisecentrum voor counseling.

#### **7. Jaarlijkse evaluatie en voortzetting van antistollingstherapie**

- a. Er zijn aanwijzingen voor variatie in het uitvoeren van de jaarlijkse evaluatie van de antistollingstherapie zoals aanbevolen in de RAB
- b. Het is mogelijk dat de lage dosering van DOACs buiten de onderzochte patiëntengroepen wordt toegepast, met onderbehandeling als gevolg
- c. Er zijn aanwijzingen uit de literatuur dat de therapietrouw onder DOAC-gebruikers behoorlijk afneemt in het 1<sup>e</sup> jaar van gebruik.

#### **8. Uitleg over, en diagnostiek naar, (rest)klachten na een DVT of longembolie**

- a. Het is onduidelijk hoe zorgprofessionals omgaan met (rest) klachten na een DVT (posttrombotisch syndroom) of longembolie (post-longemboliesyndroom). Er ontbreken aanbevelingen in de NHG-Standaard of RAB hieromtrent.
- b. Dit kan leiden tot ongewenste variatie van het type en de hoeveelheid aanvullende diagnostiek bij deze klachten, en variatie in de mate van informatievoorziening en/of counseling
- c. De NHG-Standaard noch de RAB geven aanbevelingen over het uitvoeren van een zogenaamde uitgangsecho na een DVT. Er zijn aanwijzingen uit data-analyse dat er aanzienlijke variatie bestaat in het aanbieden van een dergelijk echografisch onderzoek tussen ziekenhuizen.

#### **9. Uniform intra- en transmuraal antistollingsbeleid**

- a. Er zijn duidelijke aanwijzingen uit de literatuur dat er aanzienlijke ongewenste variatie bestaat in het naleven van intramurale antistollingsprotocollen, binnen ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen. Dit leidt tot (te voorkomen) mortaliteit en morbiditeit
- b. Het is onduidelijk of er een breed gedragen, uniform intramuraal antistollingsprotocol aanwezig is
- c. Het is onduidelijk of en hoe in ziekenhuizen de organisatie omtrent het antistollingsbeleid (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een case-manager antistolling) is

---

<sup>3</sup> Een belangrijke groep vormen vrouwen (en hun vrouwelijke familieleden) met een hormoon-gerelateerde (bijvoorbeeld 'de pil') veneuze trombose.

vastgelegd.

#### **10. Trombose-hemostase expertisecentra (TEC) en regionale antistollingscentra**

- a. In 2014 hebben VWS en de IGJ een aanbeveling gepubliceerd om tot (regionale) antistollingscentra en (trombose) expertisecentra te komen. Het is onduidelijk in welke regio's deze aanbeveling is opgepakt en tot welk resultaat dit heeft geleid. De volgende vragen werden gesteld:
1. Wat is de definitie van een TEC?
  2. Welke taken en samenstelling hebben deze TEC?
  3. Welke zorginstelling of -professional(s) verzorgen de expertfunctie?
  4. Tot welke concrete resultaten (met meerwaarde voor de patiëntenzorg/ kosten-effectiviteit<sup>4</sup>) hebben de reeds opgerichte antistollingscentra/ -expertisecentra geleid?
  5. Welke regio's hebben een antistollingscentrum en/ of TEC opgericht?
  6. Welke belemmeringen voor de vorming van TEC zijn geïdentificeerd?
  7. Wat is de meerwaarde van een nationaal TEC?
  8. Hoe is het (hoofd)behandelaarschap belegd?

---

<sup>4</sup> Er zijn mogelijk lokale data beschikbaar om deze vraag verkennend te beantwoorden. Het betreft data van best practices van de Isala Klinieken (Zwolle), Erasmus MC (Rotterdam), LUMC (Leiden) en MUMC (Maastricht).