

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon
mw. K.A. Ganpat
T +31 (0)6 220 762 43

verslag

Digitale vervolgbijeenkomst Zinnige Zorg Diepe veneuze trombose en longembolie

Vergaderdatum	Dinsdag 9 maart 2021, 16:00 - 18:00 uur
Aanwezig	ZIN: Noor Heim, Margo Hoefsloot, Ingrid van Hoogstraten, Celine Leenen, Kavita Ganpat, Annet Liauw
Afwezig met kennisgeving	Genodigden: Annemarie Auwerda (Harteraad), Gerie Brandts (NVLE), Hugo ten Cate (FNT), Vladimir Tichelaar (FNT), Geert-Jan Geersing (NHG), Menno Huisman, (NVIVG), Miriam Kap (V&VN), Erik Klok (NIV), Marieke Kruip (NVvH), Leon van den Toorn (NVALT), Corien Veenstra (NVIC), Stan Reichert (NVVC), Nienke van Rein (NVZA), Ralf Sprengers (NVvR), Birgitte Visch (NVDV), Hans Kuijpers (ZN). Margreet van Herwaarden (KNMP) (vervangen door Annemieke Horikx), Maud van der Wijden (V&VN), Ilona de Jong (patiëntenvertegenwoordiger), Cagdas Ünlü (NVvV), Bibi van Montfrans (NVDV)

Datum
9 maart 2021

Onze referentie
2021012358

Vooraf toegestuurde documenten

Ter voorbereiding:

- Samenvatting onderzoeksresultaten Zinnige Zorg-project VTE

Ter verdieping (gecomprimeerd file):

- Rapport ZIN Analyse declaratiegegevens

- Rapport Pharmo Analyses huisartsendossiers

- Powerpoint Enquête laboratoria

- Rapport Nivel Kwalitatief onderzoek

- Rapport analyse declaratiegegevens gekoppeld aan NIVEL eerstelijnsdata

- Rapport Nivel Richtlijnanalyse

Sessie 1 Medicamenteuze therapie, Samen beslissen & Nazorg

Deelnemers:

NVLE – Gerie Brandts

FNT – Hugo ten Cate

FNT – Vladimir Tichelaar

KNMP – Annemieke Horikx

NHG – Geert-Jan Geersing

NIV – Erik Klok
NVALT – Leon van den Toorn
NVIC – Corien Veenstra
NVVC – Stan Reichert
NVZA – Nienke van Rein
V&VN – Miriam Kap
ZIN - Celine Leenen
ZIN - Margo Hoefsloot

1.1 Concept verbeterdoel 1:

Verbeter de controle van patiënten tijdens antistollingstherapie na een veneuze trombo-embolie

Achtergrond

Afspraken over controlemomenten en inhoud van consulten tijdens gebruik van antistolling zijn gedocumenteerd in de recente landelijke transmurale afspraak (LTA) antistollingszorg. Er lopen geen initiatieven om implementatie van de LTA antistollingszorg te bevorderen¹. Een belangrijke bevinding uit analyse van declaratiedata (2017) is, dat voor de helft van de patiënten met een veneuze trombo-embolie waarbij wel antistolling is gedeclareerd geen controle-afspraak na 12 maanden bij huisarts of medisch specialist werd geregistreerd.

Discussie:

Hugo ten Cate (FNT), Geert-Jan Geersing (NHG) en Corien Veenstra (NVIC) melden het eens te zijn met het geformuleerde verbeterdoel.

Erik Klok (NIV): benadrukt het verschil tussen doel en middel. Voorstel: het doel moet zijn 'optimale antistollingszorg', het middel is 'beter aan de afspraken houden'. Geert-Jan Geersing (NHG) licht zijn reactie toe: LTA antistollingszorg geeft richting aan laagcomplexe antistollingszorg. Op regionaal niveau blijkt organisatie lastig. Dit zou zeker bij de huisarts kunnen. Het uiteindelijke doel is zorg optimaal houden en om deze reden sluit hij zich aan bij Erik Klok aan.

Volgende punt is het formuleren van verbeteracties. Vladimir Tichelaar (FNT): In de regio Noord-Nederland wordt deze zorg ingeregeld bij de huisartsen worden trombosediensten getransformeerd naar antistollingscentra die een regierol gaan oppakken. Voor financiering hiervan vindt overleg met zorgverzekeraars plaats. Stan Reichert (NVVC) vraagt zich af wie gaat controleren of de patiënt komt. In de regio waar hij werkzaam is, is voor CVRM-management afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar controleert of de patiënt is terugverwezen naar de 1e lijn en of de patiënt ook jaarlijks een controle-afspraak krijgt. Als de patiënt niet zelf komt, dan wordt de patiënt opgeroepen voor controle. Hij vraagt zich af of dit bij patiënten met een veneuze trombo-embolie het geval is.

Geert-Jan Geersing (NHG) stelt dat patiënten moeten worden opgeroepen als ze niet komen opdagen. Hij meldt niet enthousiast te worden van het idee dat een zorgverzekeraar dit zou moeten controleren.

Vladimir Tichelaar (FNT) meldt dat bij *Certe* bij een aantal praktijken wel zo gedaan wordt. Zorgverzekeraars werken mee, dit kan interessant zijn.

Stan Reichert (NVVC): Het kan ook door praktijkondersteuners worden gedaan bij de huisarts. Geert-Jan Geersing (NHG) stemt hiermee in. Hij stelt voor dat het consult bij de praktijkverpleegkundige wordt gedaan voor de gehele groep patiënten met antistolling. Hugo ten Cate (FNT) merkt op dat er een belangrijk

¹ Aanvullende opmerking van Menno Huisman nav conceptverslag: "Er wordt wel degelijk implementatie gedaan van de LTA: We hebben vorig jaar december 2020 het nationaal kennisplatform antistolling opgericht. Dit zal de LTA als leidraad ter hand nemen en verder brengen in den lande."

kennishiaat bij de huisartsen is ten aanzien van antistolling en veneuze tromboembolie. Gerie Brandts (NVLE) benadrukt het belang om het gesprek met de patiënt aan te gaan om te toetsen of de patiënt de gevolgen hiervan kan inzien.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

Potentiële verbeteractie:

- Antistollingszorg voor patiënten met een doorgemaakte VTE die langer dan 12 maanden antistolling gebruiken bij de huisarts organiseren met eventueel een praktijkondersteuner conform de landelijke transmurale afspraak antistollingszorg en in lijn met zorgafspraken rondom cardiovasculair risicomanagement. (Geert-Jan Geersing; NHG)

Datum

9 maart 2021

Onze referentie

2021012358

Opmerking projectteam: aansluitend aan de bijeenkomst heeft overleg plaatsgevonden tussen het projectteam en Vladimir Tichelaar. Benadrukt is dat landelijke organisatie van (keten)zorg een Zinnige Zorg overstijgend onderwerp is. Reden hiervan is, naast het feit dat de methodiek van Zinnige Zorg niet toereikend is, het regionale karakter van organisatie van antistollingszorg.

Concept verbeterdoel 2:

Voorkom vertraging in het stellen van de diagnose post-longemboliesyndroom door betere begeleiding en diagnostiek van restklachten na de diagnose longembolie

Achtergrond

In wetenschappelijke literatuur wordt beschreven dat restklachten na de diagnose longembolie frequent voorkomen. Het post-longemboliesyndroom en specifiek chronisch thromboembolisch pulmonary hypertension (CTEPH), wordt niet altijd herkend. Dit uit zich in delay voor patiënten en toename van zorgconsumptie. Over interventies met betrekking tot nazorg bij deze klachten is weinig bekend. Er zijn geen afspraken gemaakt in de Nederlandse richtlijnen over het diagnosticeren en omgaan met klachten na longembolie. Tijdens klankbordgroepen over dit onderwerp werd de prioriteit benadrukt gezien de omvang van het probleem: vertraging bij het stellen van de diagnose en aanzienlijke zorgconsumptie van deze patiënten.

Discussie

Het verbeterdoel wordt onderschreven door Erik Klok (NIV) en Leon van den Toorn (NVALT). In reactie op de formulering van het verbeterdoel benadrukt Leon van den Toorn (NVALT) dat het gaat om goede diagnostiek, de begeleiding komt pas na het stellen van een diagnose.

Volgende punt is het formuleren van verbeteracties.

Stan Reichert (NVVC): als het verbeterdoel is om vertraging in de diagnostiek te voorkomen, zou er laagdrempelig een transthoracale echo van het hart gemaakt moeten worden. Erik Klok benadrukt dat een echo van het hart bij iedere patiënt niet zinvol is gezien veel patiënten na de diagnose longembolie last hebben van deconditionering. Hij noemt het belang van het inrichten van een MDO post-longembolie zorg om besluitvorming hierover af te stemmen. Erik Klok doet verder de suggestie om via de NIV uit te vragen hoeveel ziekenhuizen een MDO post-longembolie hebben ingericht.

Leon van den Toorn (NVALT) licht het belang toe van het praten over restklachten tijdens het consult drie maanden na de diagnose longembolie. Drie maanden na de diagnose is tevens een evaluatiemoment voor de behandeling met antistolling. Het is goed om op dat moment alles op een rijtje te zetten. "Je gaat het pas over begeleiden hebben op moment dat je weet hoe het met iemand gaat. Niemand mag de deur uit voordat we goed weten hoe het met iemand gaat!"

Potentiële verbeteracties:

- Module in de richtlijn toevoegen over diagnostiek na restklachten bij een longembolie. Met aandacht voor aanbevelingen over: multidisciplinair overleg (MDO) post-longembolie zorg (Erik Klok, NIV)
- Navragen restklachten tijdens het consult 3 maanden na de diagnose longembolie bij de medisch specialist (Leon van den Toorn, NVALT)

Concept verbeterdoel 3:

Pas samen beslissen over de behandelduur met antistolling vaker toe.

Achtergrond

Vanuit het kwalitatief onderzoek onder patiënten en behandelaars te samen met voorbespreking in de klankbordgroep bleek dat er draagvlak is voor het optimaliseren van de consultkaart als potentiële verbeteractie op het gebied van samen beslissen.

Discussie

Leon van den Toorn (NVALT), Vladimir Tichelaar (FNT), Geert-Jan Geersing (NHG) zijn het eens met het geformuleerde verbeterdoel en bijbehorende actie.

Vladimir Tichelaar (FNT) voegt toe: bij elk periodiek (weeg)consult zou samen beslissen ingezet moeten worden.

Gerie Brandts (NVLE) vult aan dat het belangrijk is om samen beslissen toe te passen, als je wil dat een patiënt therapietrouw is.

Geert-Jan Geersing (NHG) brengt de uitdaging naar voren over het kwantificeren van kansen op recidief trombose zonder antistolling versus kansen op bloeding met antistolling.

Erik Klok (NIV) vraagt zich af hoe dit verbeterdoel meetbaar te maken is?

Celine Leenen (ZIN) antwoordt dat de toepassing van samen beslissen inderdaad niet meetbaar is.

Vervolgens wordt gevraagd naar mogelijke verbeteracties op dit punt:

Hugo ten Cate (FNT) voegt toe dat een goed hulpmiddel om samen beslissen te ondersteunen erg zinvol is. Miriam Kap (V&VN) benadrukt dat het voor patiënten belangrijk is dat ze vroegtijdig geïnformeerd worden over samen beslissen, zodat de patiënt goed begrijpt waarom en waarover hij meebeslist.

Potentiele verbeteracties

- Optimaliseren van de consultkaart (bij de richtlijn Antitrombotisch beleid 2016) met bijvoorbeeld een animatie of pictogrammen. (klankbordgroep)
- Vroegtijdig informeren van patiënten over samen beslissen tijdens behandeling met langdurig antistolling na de diagnose veneuze tromboembolie. (Miriam Kap; V&VN)
- Online nascholing voor medisch specialisten over samen beslissen met betrekking tot antistolling bij veneuze tromboembolie. (Erik Klok; NIV)

Sessie 2 Inzet en evaluatie van compressietherapie

Samenvattend verslag

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

Deelnemers:

Harteraad – Annemarie Auwerda

NVDV – Birgitte Visch

NVIVG – Menno Huisman

NVvH – Marieke Kruip

NVvR – Ralf Sprengers

ZN – Hans Kuijpers

ZIN - Noor Heim

ZIN - Ingrid van Hoogstraten,

Datum

9 maart 2021

Onze referentie

2021012358

Concept verbeterdoel 1:

Zet verwijzing naar de dermatologie in het kader van zwachteltherapie in de acute fase bij een diepe veneuze trombose gerichter in

Achtergrond:

In de richtlijnen zijn geen aanbevelingen opgenomen over verwijzing naar de dermatoloog of over bij welke patiënten zwachteltherapie in de acute fase ingezet dient te worden. We zien in onze declaratiegegevens dat circa 30% van de patiënten die vanwege een nieuw event diepe veneuze trombose onder behandeling kwamen van de interne geneeskunde of de heelkunde een DBC bij de dermatoloog geopend. We zien hele grote verschillen tussen ziekenhuizen. Het percentage verschilt tussen minder dan 5% (bij 23 ziekenhuizen) tot boven de 50% (bij 24 ziekenhuizen) of zelfs 80% (bij 5 ziekenhuizen). Betrokkenheid van de dermatoloog is afhankelijk van lokale afspraken. Patiënten krijgen (mogelijk) niet overal zorg volgens stand van wetenschap en praktijk. In sommige ziekenhuizen is er sprake van onderhandeling en bij andere overbehandeling.

Discussie:

Het belang van acute compressietherapie wordt benadrukt door Birgitte Visch (NVDV). Zij stelt dat er echter te weinig onderzoek van hoge kwaliteit is om de indicatie voor verwijzing naar de dermatoloog in het kader van acute compressietherapie te onderbouwen. De ene trombose is de andere niet, maar met name bij een grotere meer proximale trombose waarbij oedeem ontstaat, is zwachtelen belangrijk. Ook de leeftijd van de patiënt speelt een rol omdat het ontstaan van posttrombotisch syndroom een complicatie is die pas op lange termijn optreedt.

Marieke Kruip (NVvH) benadrukt dat er aandacht moet zijn voor patiënten met een DVT die door de huisarts worden behandeld, we hebben geen zicht op in hoeverre bij deze groep acute compressietherapie wordt ingezet. Ze vraagt zich af in hoeverre de dermatoloog de enige behandelaar is die zwachteltherapie in kan zetten. Birgitte Visch (NVDV) stelt dat daar wel de meeste kennis zit, maar dat er ook wondverpleegkundigen en huidtherapeuten zijn die het kunnen.

In de richtlijn (RAB 2020) worden confectiekousen in de acute fase gelijkgesteld aan zwachteltherapie. Birgitte Visch stelt dat het toepassen van confectiekousen niet in alle gevallen toereikend is. Annemarie Auwerda (Harteraad) benadrukt dat het voor patiënten goed zou zijn als er meer duidelijkheid komt over het inzetten van zwachteltherapie. In de discussie komen enkele criteria naar voren die mogelijk in aanmerking komen voor een advies over het al dan niet verwijzen

naar de dermatoloog bij een trombose, in ieder geval voor zo lang als er geen betere wetenschappelijke onderbouwing beschikbaar is.

Potentiële verbeteracties:

- Het opstellen van een indicatiestelling (beslisboom) voor het inzetten van zwachteltherapie en/of verwijzing naar de dermatologie door een expertcommissie.

Afgesproken wordt daar op korte termijn over door te spreken met Birgitte Visch en Bibi van Montfrans.

Concept verbeterdoel 2:

Verbeter het toepassen van een gepersonaliseerde behandelduur met compressietherapie

Achtergrond:

In de nieuwe richtlijn antitrombotisch beleid (2020) wordt het toepassen van een gepersonaliseerde behandelduur met therapeutisch elastische kousen aanbevolen. Analyses brachten de volgende barrières voor de implementatie aan het licht:

- Richtlijnen NHG niet consistent met de richtlijn antitrombotisch beleid
- Geen (transmurale) richtlijnen/afspraken over controletraject compressietherapie
- Onvoldoende kennis bij betrokken behandelaren voor herkennen posttrombotisch syndroom
- Patiëntenvoorlichting over (beslissingen over) behandelduur onvoldoende; geen aandacht voor samen beslissen in de richtlijnen

Discussie:

Birgitte Visch stelt dat het moeilijk is te voorspellen welke patiënten vrij blijven van complicaties, daar is in ieder geval een deskundige beoordeling voor nodig. Marieke Kruijff benadrukt dat er in de LTA over antistollingszorg is afgesproken dat een trombosebeen (laag-complex) bij de huisarts kan worden behandeld. Aanbevelingen over het controletraject van compressietherapie en eventuele verwijzing daarbij moeten afgestemd worden met de adviezen over controle van antistolling.

Marieke Kruijff vraagt of het ook mogelijk is POH-ers op te leiden om te beoordelen of de therapie gestaakt kan worden. Birgitte Visch stelt dat het, wanneer er hogere eisen aan de opleiding worden gesteld, denkbaar is dat huidtherapeuten gespecialiseerd in flebologie en oedeemtherapie een rol gaan spelen. Zij moeten dan geschoold worden in het herkennen van (symptomen van) posttrombotisch syndroom en het vaststellen van de Villalta-score. Ook zijn er goede afspraken nodig over wanneer deze therapeut een patiënt door moet verwijzen naar de dermatoloog.

Potentiële verbeteracties:

- Maken van (transmurale) afspraken over controletraject bij compressietherapie.
- (verkennen van mogelijkheden om) scholing over Villalta en het herkennen van posttrombotisch syndroom opnemen in curriculum huidtherapeuten

Vanwege tijdgebrek is het niet gelukt het verbeteren van patiëntenvoorlichting te bespreken.

Sessie 3 Diagnostiek en verwijzing door de huisarts

Deelnemers:

Harteraad – Annemarie Auwerda
FNT – Hugo ten Cate
FNT – Vladimir Tichelaar
NHG – Geert-Jan Geersing
NIV – Erik Klok
NVvH – Marieke Kruip
NVVR – Ralf Sprengers
ZIN -Margo Hoefsloot
ZIN - Ingrid van Hoogstraten,

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

Datum

9 maart 2021

Onze referentie

2021012358

Concept verbeterdoel 1:

Sluit de diagnose longembolie vaker uit in de huisartsenpraktijk door de Wells beslisregel vaker toe te passen

Achtergrond:

- In de NHG standaard wordt het bepalen van een risicoscore met een beslisregel aanbevolen. Bij een niet-verhoogde risicoscore: bepaal D-dimeer en beoordeel de uitslag dezelfde dag.
- Data-onderzoek (door Pharmo 2020) op huisartsendossiers toont bij patiënten met verdenking longembolie:
 - Uitslag D-dimeerbepaling gevonden bij 32% ; dat is lager dan in de literatuur.
 - 69% werd verwezen naar het ziekenhuis (ongeacht D-dimeer bepaling); dat is hoger dan in de literatuur.
- Concluderend:
 - Lage aantal D-dimeerbepalingen wijst erop dat beslisregel niet voldoende wordt toegepast.
 - Het is mogelijk om minder naar het ziekenhuis te verwijzen.

Discussie:

Iedereen is het eens met bovengenoemd verbeterdoel, hoewel ook een andere beslisregel dan de Wells gebruikt kan worden. De combinatie met een snelle bepaling van D-dimeer is belangrijk. De turnaroundtime van de laboratoriumtest van 1 dag is bij longembolie te lang; dat is nu nog het probleem. De toegevoegde waarde van een POCT wordt door meerdere aanwezigen benadrukt. Andere oorzaken van frequent doorverwijzen zijn mogelijk gebrek aan ervaring, onzekerheid en vaak grenst het lab aan het ziekenhuis waardoor verwijzen voor patiënt en huisarts soms makkelijker is.

Erik Klok geeft aan dat bij longemboliepatiënten een risicostratificatie gemaakt kan worden. Bij een tachypnoïsche patiënt of bij een niet pluis gevoel moet de huisarts verwijzen en niet wachten op D-dimeeruitslag. Hugo ten Cate geeft aan dat juist bij de laag-risico-patiënten de D-dimeer van belang is omdat je dan patiënten veilig naar huis kunt sturen. Ralf Sprengers geeft aan dat wanneer een patiënt op de SEH komt met verdenking longembolie, een CT vrijwel onvermijdelijk is. Iedereen is het er over eens dat in de huisartsenpraktijk de combinatie van beslisregel met een snelle D-dimeer-bepaling essentieel is. Geert-Jan Geersing geeft aan dat overdracht aan de HAP kan, maar dat is bewerkelijk, gaat vaak niet goed en de vraag is waar de patiënt verblijft in de

tussentijd.

Wat betreft een sneltraject/zorgpad via het lab zijn de meningen/ervaringen verdeeld. Overdracht van de huisarts naar de specialist is hierbij van belang om te weten welke comorbiditeit er speelt, welke afspraken er zijn over behandelbeperking, etc.

Scholing over diagnostiek bij longembolie zou een goede aanvulling kunnen zijn als de beschikbaarheid van de D-dimeer op orde is.

Concluderend: Het doel ter voorkoming van onnodige verwijzingen wordt gesteund. Om een longembolie veilig uit te kunnen sluiten is een snelle D-dimeeruitslag van belang.

Potentiële verbeteracties:

- Een werkgroep samenstellen die een roadmap kan maken van de stappen die nodig zijn om de D-dimeer POCT weer spoedig naar de praktijk te krijgen.
- Scholing over diagnostiek van een longembolie in de eerste lijn organiseren.

Concept verbeterdoel 2:

Behandel als huisarts vaker patiënten met een bewezen DVT door het inrichten van een zorgpad voor de diagnostiek

Achtergrond:

- In de NHG standaard staat dat DVT patiënten die geen bijkomende reden hebben om door de internist behandeld te moeten worden, volledig door de huisarts behandeld kunnen worden.
- Data-onderzoek toont:
 - 87% van de patiënten met een DBC ivm nieuwe DVT wordt op de SEH gezien (declaratiegegevens)
 - Maximaal 16% van de patiënten met een nieuwe ICPC code DVT wordt door de huisarts behandeld, o.b.v. verkrijgen van een recept van de huisarts (Pharmo dossieronderzoek)
- Concluderend: Patiënten met een DVT worden vaak op de SEH gezien en worden weinig door de huisartsen behandeld.

Discussie:

De behandeling en begeleiding vereist veel ervaring/expertise en 50% van de DVT's gaan gepaard met een longembolie. De NHG standaard geeft een duidelijke instructie over hoe DVT te behandelen en ook over wanneer te overleggen of te verwijzen. Iedereen is het er over eens dat DVT een 'outpatiënt clinic'-diagnose is en dat onnodige verwijzing naar de SEH meer vermeden zou moeten worden. Het opstarten van een behandeling kan tegenwoordig (Doac) prima door de huisarts. Er zijn echter een aantal zaken die deskundigheid vereisen en als de huisarts die niet heeft, dienen deze in nauwe samenspraak met de 2^e lijn te gebeuren (bijv. beoordeling van benodigde compressietherapie, uitsluiten van longembolie, screening op trombofilie of kanker, echografie ter bepaling van resttoestand, lange termijn counseling over reizen, kinderwens, etc.). Laagdrempelig overleg (geen formeel consult/dbc) is wenselijk, bijv. door teleconsultatie. De aanvrager van een echo is bij voorkeur dan de huisarts.

Doorverwijzing naar de SEH gebeurt echter ook intramuraal wanneer specialisten op de poli geen tijd hebben. Overdag zou dit voorkómen kunnen worden als de patiënt standaard op de poli of door huisarts gecheckt wordt op alarmsignalen. Een intramuraal zorgpad waarbij de patiënt gedeveerd wordt van onnodige SEH

intake, wordt gezien als een mogelijke oplossing. Voor bepaalde patiëntengroepen verdient het sowieso voorkeur om bij de huisarts te blijven; bijv. ouderen of patiënten die slecht ter been zijn en zonder aanwijzing voor onderliggende maligniteit. Daarentegen zijn er ook patiëntengroepen die de specialist graag terug ziet i.v.m. evaluatie en eventuele aanpassing van behandeling. Dan is er nog een grote groep patiënten die postoperatief een trombose krijgt, zonder verdere aanwijsbare oorzaak. Deze patiënten kunnen bij de huisarts blijven, maar dienen geïnformeerd te worden t.a.v. volgende operatie evenals een chirurg of ander specialist; Dit kan prima via een brief. Daarnaast zijn er ook patiëntengroepen die echt naar de 2^e lijn moeten. De NHG-standaard wordt momenteel geüpdatet; genoemde lijstjes met patiëntengroepen kunnen worden aangescherpt.

Concluderend: Over voorgesteld verbeterdoel is geen consensus. Wel is iedereen het er over eens dat te veel patiënten met DVT op de SEH terecht komen.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

Datum
9 maart 2021

Onze referentie
2021012358

Sessie 4 Opname bij longembolie

Deelnemers

NVLE – Gerie Brandts
NVIC – Corien Veenstra
NVALT – Leon van den Toorn
NVIVG – Menno Huisman
NVVC – Stan Reichert
V&VN – Miriam Kap
ZN – Hans Kuijpers
ZIN – Noor Heim
ZIN – Celine Leenen

Concept verbeterdoel 1:

Verbeter de inzet van thuisbehandeling en opname bij longembolie

We zien in onze declaratiegegevens dat tussen 2016 en 2018 het percentage opnames bij longembolie afnam van 76 tot 60% na het uitkomen van de richtlijn in 2016 waarin gebruik van het beslismodel voor thuisbehandeling of ziekenhuisopname bij longembolie werd aanbevolen. Er is in 2018 een aanzienlijke spreiding tussen ziekenhuizen van 23 tot 96% opnames van longemboliepatiënten. Aanbevelingen over thuisbehandeling/opname bij longembolie worden niet in alle ziekenhuizen nageleefd. Patiëntenvoorlichting over dit onderwerp in het ziekenhuis, maar ook online, is niet toereikend.

Discussie:

Aanwezigen onderschrijven het verbeterdoel, maar stellen een herformulering voor:

Neem patiënten met een longembolie alleen op als dat nodig is en zet vaker thuisbehandeling in als dat kan.

Gerie Brandts (NVLE) licht toe verbaasd te zijn dat behandeling voor longembolie ook thuis kan. Menno Huisman (NVIVG) vindt dat een heel belangrijke opmerking. De ontwikkelingen zijn snel gegaan en het is bij veel mensen onbekend dat longembolie veilig thuis behandeld kan worden. Dat kan angst opwekken bij patiënten. Hans Kuijpers (ZN) vraagt of bekend is welk deel van de patiënten

veilig thuis behandeld kan worden en welk deel opgenomen moet worden. Menno Huisman geeft aan dat in een studie waarin beslisregels vergeleken werden in ieder geval 30% naar huis kon. Ziekenhuizen die daaronder zitten, bijvoorbeeld 10-30% thuisbehandelingen, zitten wat hem betreft in de gevarezone. Leon van den Toorn (NVALT) benadrukt dat ook bij goede toepassing van de beslisregel verschillen tussen ziekenhuizen zullen blijven bestaan door verschillen in patiëntenpopulatie.

Potentiële verbeteracties:

Via de chatfunctie van Webex worden verbeteracties naar voren gebracht door de deelnemers. Noor Heim vat samen dat de acties in 3 categorieën in te delen zijn:

1. Richtlijnen implementeren/onder de aandacht brengen
2. Patiëntenvoorlichting
3. Home-monitoring

Discussie mbt verbeteractie 1: Leon van den Toorn (NVALT) meldt dat er vanuit de vereniging, in het bijzonder vanuit de sectie longembolie, verantwoordelijkheid wordt gevoeld de kennis over en het toepassen van de richtlijnen te peilen en te bevorderen. Menno Huisman (NVIVG) sluit zich daarbij aan, maar benadrukt wel hoe moeilijk het is specialisten te bereiken via websites en e-mail. Hij dicht de nascholingsmodule die jaarlijks over longembolie gegeven wordt een belangrijke rol toe bij het verspreiden van kennis. Hij vraagt Hans Kuijpers (ZN) of er ook een rol voor zorgverzekeraars is weggelegd. Hans Kuijpers geeft aan dat deze rol zeer beperkt is. Stan Reichert (NVVC) benadrukt dat hij vindt dat deze verantwoordelijkheid bij de (commissie kwaliteit van de) beroepsvereniging ligt. Als bij een visitatie blijkt dat statistieken buiten een bepaalde bandbreedte lopen, kan deze commissie een vakgroep daarop aanspreken.

Discussie mbt verbeteractie 2:

Menno Huisman (NVIVG) vult aan dat er bij de vorige richtlijn een patiëntenkaart voor trombosebehandeling is ontwikkeld. Deze kan in samenwerking met patiëntenvertegenwoordigers worden verbeterd. Gerie Brandts (NVLE) stelt dat deze taak mogelijk past bij de Trombosestichting of de Patiëntenfederatie NL.

Discussie mbt verbeteractie 3:

Hans Kuijpers (ZN) roept op te leren van de ervaring die in het kader van Covid-19 is opgedaan met ehealth om mensen eerder naar huis te laten gaan. Hij stelt dat zorgverzekeraars daarin zeer geïnteresseerd zijn en deze initiatieven bevorderen.

Menno Huisman (NVIVG) benadrukt dat thuismonitoring ook kan worden geboden middels een telefonisch gesprek, het optuigen van tools is niet perse nodig. Ook het schakelen met de huisarts en praktijkondersteuner kan in veel gevallen beter.

Afsluiting: Alle deelnemers worden zeer bedankt voor hun deelname. Bij vragen of aanvullingen op een onderwerp vernemen we het natuurlijk graag.