ORALE ANTICOAGULATIETHERAPIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: een behoeftepeiling bij patiënten en collega huisartsen

Dr. Opdekamp Hanne, K.U.Leuven

Promotor: Prof. Dr. Avonts Dirk, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Willemse Johan, praktijkopleider ICHO

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ORALE ANTICOAGULATIETHERAPIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Een behoeftepeiling bij patiënten en collega huisartsen

OPDEKAMP H, WILLEMSE J, AVONTS D

SAMENVATTING

Opdekamp H, Willemse D, Avonts D. Orale anticoagulatietherapie in de huisartsenpraktijk: een behoeftepeiling bij patiënten en collega huisartsen. Masterthesis 2010-2012.

DOEL De essentie van dit onderzoek is na te gaan of we de huidige aanpak van orale anticoagulatietherapie in de huisartsenpraktijk moeten aanpassen om tegemoet te komen aan de noden en verwachtingen van arts en patiënt. Met andere woorden hoe kunnen we het huidige beleid optimaliseren ten voordele van arts en patiënt?

METHODE Er werd vooreerst een literatuuronderzoek uitgevoerd, nadien werd er gebruik gemaakt van de dossiergegevens uit de opleidingspraktijk voor het uitvoeren van een retrospectief onderzoek. Vertrekkende van deze gegevens werd een patiëntenselectie gemaakt. Daarvan werden 36 patiënten ondervraagd. Daarnaast werd via een systematische vragenlijst verspreid via de wachtpost Turnhout gepeild naar de mening en het huidige beleid van collega huisartsen.

RESULTATEN Dossieronderzoek leverde 77 patiënten die gedurende de laatste vijf jaar minstens drie maanden behandeld werden met coumarinederivaten. De voornaamste indicatie is voorkamerfibrillatie. Daarnaast hebben deze patiënten onder anticoagulantia ook tal van comorbiditeiten wat het belang van nauwkeurige opvolging vergroot. Van deze patiënten werden er 36 onderworpen aan een gestructureerde vragenlijst. Slechts twee op drie patiënten weet wat behandeling met anticoagulantia precies inhoudt en slechts één op drie heeft weet van de noodzaak tot extra controles bij ziekte of gebruik van andere medicatie. Communicatie van resultaten gebeurt hoofdzakelijk telefonisch. 14 % van de patiënten heeft een voorkeur voor de klassiek veneuze bloedname, 33 % voor de point-of-care meting (POC) en 53 % heeft geen voorkeur, maar is niet bereid een meerkost te betalen. De artsenondervraging leverde volgende resultaten: 28 % van hen maakt reeds gebruik van een POC toestel in de praktijk, de voornaamste argumenten pro POC zijn het onmiddellijke resultaat en het gebruiksgemak. Het belangrijkste argument tegen is de kostprijs. Slechts 5 % van de artsen heeft één of meerdere patiënten in de praktijk die reeds aan patiëntzelfcontrole of patiëntzelfmanagement doen. Communicatie gebeurt nog het vaakst rechtstreeks of telefonisch, er wordt nog maar in beperkte mate gebruik gemaakt van moderne communicatiemethoden. De helft (55 %) van de artsen vindt dat het bepalen van de INR en het aanpassen van medicatie zo nodig, een taak is, die uitsluitend door de huisarts kan worden uitgevoerd, terwijl de andere helft (45 %) ruimte ziet voor de hulp van een verpleegster voor het uitvoeren van de bloedname, maar het beheer van de resultaten blijft in handen van de huisarts.

CONCLUSIE Eén patiënt op drie onder anticoagulantia is onvoldoende op de hoogte van de consequenties van deze behandeling. Er is absoluut ruimte voor verbetering van het huidige beleid. Het ontbreken van enige vorm van terugbetaling in België is voor de POC methode is een belangrijke belemmerende factor voor algemeen gebruik en het aanmoedigen van zelfcontrole, want de meeste artsen en patiënten zijn niet bereid een meerkost te betalen. Er zou ook meer samenwerking kunnen zijn tussen de verschillende eerstelijns medewerkers, bv. ook de apothekers. Dit zou de taak van de huisarts verlichten. Zelf zie ik momenteel geen nood tot oprichten van een Trombosedienst zoals dat bij onze noorderburen het geval is.

INLEIDING

Dagelijks worden we in de huisartsenpraktijk geconfronteerd met patiënten onder orale anticoagulatietherapie met vitamine K-antagonisten, meestal omwille van atriumfibrillatie, hartklepprothese, diepe veneuze trombose, longembolie of een beroerte.[1] Het is een essentiële behandeling, die morbiditeit en mortaliteit vermindert, maar ze eist een zeer strikte opvolging waarbij de International Normalised Ratio (INR) wordt gemeten. Het betreft frequent voorkomende pathologieën, de Number needed to treat (NNT) is laag en bovendien treden er tussen deze vitamine K-antagonisten en andere geneesmiddelen of voedingsstoffen talrijke interacties op, wat ertoe bijdraagt dat een nauwgezette monitoring en begeleiding noodzakelijk is om complicaties te voorkomen.[1]

Na een literatuurzoektocht naar de aanpak van orale anticoagulatietherapie door de huisarts blijkt dat er praktisch geen resultaten beschikbaar zijn omtrent levenskwaliteit en de voorkeur van arts en patiënt. Richtlijnen, kwaliteitscontroles, vergelijkingen tussen de POC systemen en de klassieke veneuze bloedname en daarbij de kosten/batenanalyses zijn wel terug te vinden.[1-9]

Het onderzoek dat ik uitvoerde in de praktijk heeft tot doel na te gaan hoe artsen en patiënten deze routine INR-controles ervaren en vertrekkende van die resultaten eventueel de huidige aanpak te herzien en aan te passen aan de behoeftes van arts en patiënt.

METHODE

Literatuuronderzoek

Om een antwoord te vinden op de vraag wat er precies beschreven is over de aanpak van orale anticoagulatietherapie door de huisarts, werd een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd. Allereerst werd de Medline database doorzocht via Pubmed en Ovid door het gebruik van MESH-termen en vrije tekstwoorden, daarnaast werd ook de Cochrane collaborative data base en de Trip data base doorzocht. Vervolgens werden de verschillende guidelines geraadpleegd. Er werd gebruik gemaakt van de volgende trefwoorden: *point-of-care systems, INR, anticoagulants, patient satisfaction en general practioner.* Artikels in het Engels of Nederlands en gepubliceerd in de laatste tien jaar werden geselecteerd. Deze zoektocht leverde uiteindelijk negen systematic reviews. Daarnaast werd ook een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidzorg, dat handelt over het Gebruik van point-of-care systemen bij patiënten met orale anticoagulatie: een Health Technology Assesment, weerhouden. Richtlijnen, zoals de aanbeveling voor orale anticoagulatietherapie door de huisarts van Domus Medica, zijn richtinggevend als ondersteuning en een houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen.[10] Een belangrijke factor is echter ook de agenda van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is in het nemen van beslissingen. Huisarts en patiënt moeten komen tot een individueel beleid op maat van arts en patiënt. Het is net die behoefte van de patiënt waarover weinig is terug te vinden in de literatuur. Ook de website van de Federatie van Nederlandse Trombosediensten werd geraadpleegd.[11] Er werd in een latere fase ook nagegaan wat de plaats van de nieuwe orale anticoagulantia is.[12-14]

Dossieronderzoek

Om na te gaan hoe frequent deze problematiek is in de eigen praktijk, werd een retrospectief dossieronderzoek uitgevoerd. De dossiers van alle patiënten die in de loop van de laatste vijf jaar voor het moment van onderzoek op 1 september 2011, gedurende minstens drie maanden behandeld werden met een vitamine K-antagonist werden onder de loep genomen.

Er werden na het uitvoeren van een systematische screening van de elektronische medische dossiers van de opleidingspraktijk 77 patiënten weerhouden die voldeden aan de criteria. Vervolgens werden er een reeks gegevens met betrekking tot onze onderzoeksvraag, uit de desbetreffende dossiers gehaald. Verscheidene parameters, zoals de indicatie voor anticoagulatietherapie, leeftijd van opstart, complicaties, gemiddeld aantal INR-bepalingen per jaar, etc. werden nagekeken en genoteerd. Vervolgens werden de resultaten statisch verwerkt.

Patiëntenondervraging

Vertrekkende van de bekomen resultaten van het dossieronderzoek, werden een reeks patiënten uit die groep onderworpen aan een gestructureerd interview, *bijlage 1*. De vragenlijst, opgesteld aan de hand van lacunes in de literatuur, vergelijkt de klassieke veneuze bloedname met de directe POC meeting en peilt ook expliciet naar de noden en voorkeur van de patiënt. Een deel van de patiënten werd tijdens de consultatie bevraagd, een ander deel werd op een later tijdstip telefonisch bevraagd. In beide gevallen kwamen dezelfde elementen naar voren, waardoor er geen onderscheid gemaakt kan worden op basis van de manier van ondervragen. In totaal werden 36 patiënten ondervraagd. De verdeling van de patiënten is terug te vinden in *tabel 1.*

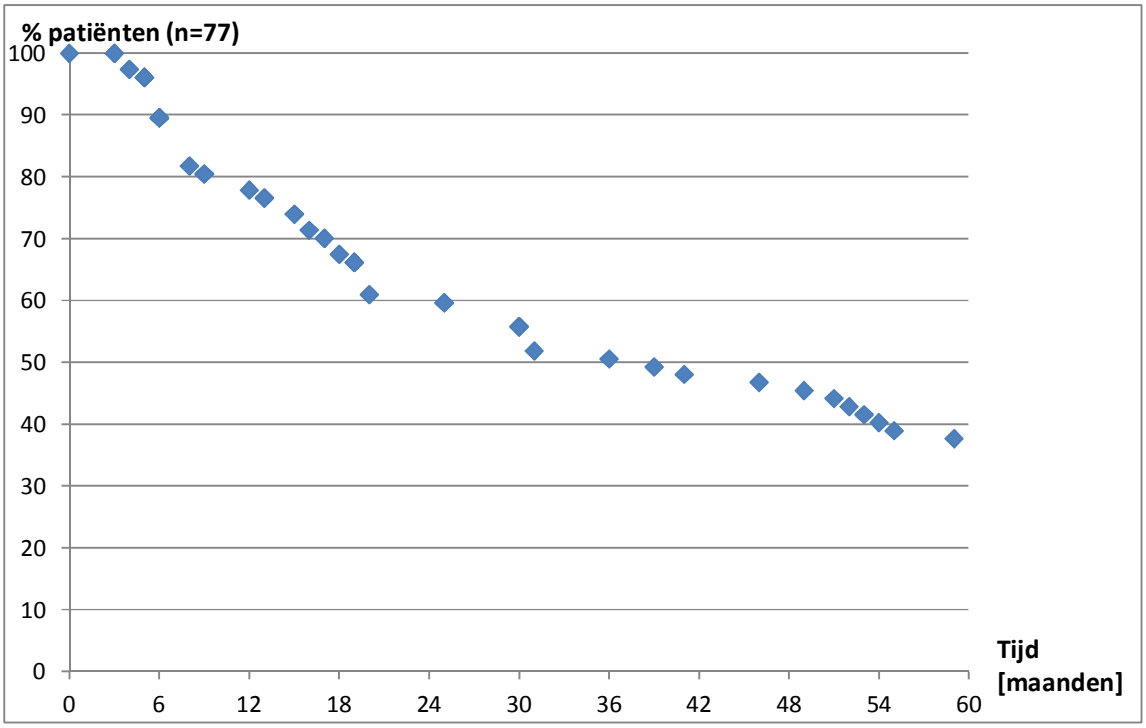
Tabel 1: Karakteristieken van de patiënten onderworpen aan de gestructureerde vragenlijst.

Totaal		**n= 36**	**100%**
Geslacht	Man	21	58%
	Vrouw	15	42%
Gemiddelde leeftijd op moment van ondervraging	73 jaar		
Indicatie	Voorkamerfibrillatie	28	78%
	Kunstklep	2	5%
	DVT/LE	3	8%
	Recidiverende flebitis	1	3%
	Ernstig vaatlijden	1	3%
	Mobiele trombus apex na PTCA	1	3%

In *grafiek 1,* die het verloop van follow-up van patiënten onder orale anticoagulatietherapie weergeeft, kunnen we twee groepen onderscheiden. Enerzijds een groep patiënten die minder dan twee jaar follow-up kenden en anderzijds een groep patiënten die reeds meer

dan twee jaar onder orale anticoagulantia staan. In de groep die minder dan twee jaar follow-up kenden, valt één patiënt af omwille van een zware bloeding. Daarnaast is merkbaar dat na drie en zes maanden de curve afbuigt omdat er dan verschillende patiënten uit follow-up vallen na het stoppen van anticoagulatietherapie na het doormaken van een diepe veneuze trombose of longembolen. Na twee jaar is er, integendeel tot voorheen, een duidelijke routine merkbaar en is de voornaamste reden van stop van follow-up overlijden van de patiënt of verandering van huisarts wegens verhuizing. Complicaties treden voornamelijk op tijdens de eerste maanden onder behandeling met vitamine K-antagonisten. Er is geen significant verschil merkbaar tussen mannen en vrouwen. Wel zien we dat er een iets grotere vertegenwoordiging is van het mannelijke geslacht binnen de populatie patiënten uit de praktijk onder orale anticoagulatietherapie. Dit is een trend die ook duidelijk is uit de literatuur.[15]

Grafiek 1: Verloop van follow-up bij 77 patiënten in de huisartsenpraktijk. Minimum follow-up van drie maanden, nadien vallen er om diverse redenen patiënten af.



Artsenondervraging

De kandidaten voor dit onderzoek werden deels per e-mail en deels via de huisartsenwachtpost regio Turnhout gerekruteerd. De deelnemers van dit focusonderzoek waren op het moment van bevraging allemaal praktiserend huisarts. De huidige aanpak en de vergelijking met de POC methode vormden de kapstok voor deze gestructureerde vragenlijst, *bijlage 2.*

De schriftelijke bevraging van collega huisartsen liep van oktober 2011 tot en met januari 2012. De resultaten werden verwerkt met Microsoft Excel 2007.

De bevraging startte met enkele demografische gegevens van de deelnemer: geslacht, aantal jaren actief als huisarts en de praktijkstructuur. Hierna werden verschillende topics bevraagd die verband houden met het voorkomen en de aanpak van orale anticoagulatietherapie in de huisartsenpraktijk. De vragenlijst omvatte zowel open, gesloten als meerkeuzevragen en telkens werd een vrij commentaarvak voorzien voor verdere verduidelijking of bijkomende opmerkingen. In totaal werden 76 vragenlijsten volledig ingevuld. De verdeling van de deelnemers is terug te vinden in *tabel 2.*

Tabel 2: Karakteristieken van collega's die deelnamen aan de artsenondervraging.

Totaal		**n= 76**	**100%**
Geslacht	Man	50	66%
	Vrouw	26	34%
Praktijkstructuur	Solo	28	37%
	Duo	24	31,5%
	Groep	24	31,5%
Gemiddeld aantal INR-bepalingen per week	1 à 3	10	13%
	>5	38	50%
	>10	28	37%

RESULTATEN

Literatuuronderzoek

Een belangrijk aantal patiënten neemt orale anticoagulantia, meestal gedurende lange periodes of zelfs, levenslang. Bij deze patiënten dient regelmatig een bloedname te worden uitgevoerd om indien nodig een dosisaanpassing van de medicatie door te voeren. Deze controles nemen tijd en geld in beslag, bovendien vindt niet iedereen het leuk om regelmatig bloed te laten nemen en bij een deel van de patiënten zijn het steeds erg moeilijke bloednames. Het beschikbaar zijn van draagbare coagulometers, bruikbaar op om het even welke plaats, door om het even wie, weliswaar na de nodige instructies, kunnen de last van deze rigoureuze opvolging sterk verminderen.[1]

Volgens de richtlijnen moet een patiënt onder anticoagulatie medicatie met een gestabiliseerde INR-waarde minstens om de vier weken een INR-controle ondergaan.[10] Hieruit volgt dat een gestabiliseerde patiënt op jaarbasis 13 bloednames moet laten uitvoeren. Er moeten extra controles worden ingelast bij ziekte of gebruik van bepaalde comedicatie.

Initieel gebeurde de opvolging steeds door een veneuze bloedname, maar enkele jaren geleden kwamen er ook draagbare apparaten ter beschikking voor POC meting. In vele omliggende landen is deze meetmethode terugbetaald, in België echter, bestaat er tot op heden geen terugbetaling voor dit systeem. Deze methode van INR-bepaling brengt talrijke nieuwe mogelijkheden mee voor de zorgorganisatie, zoals patiëntzelfmanagement en

patiëntzelfcontrole. In het eerste geval test de patiënt zichzelf en past ook zelf de behandelingsdosis aan indien nodig. Bij patiëntzelfcontrole test de patiënt zichzelf, maar is het een professionele zorgverlener die de aanpassingen zo nodig doorvoert. Wat de diagnostische nauwkeurigheid en betrouwbaarheid betreft, is de Pearson's correlatie coëfficiënt tussen POC INR-resultaten en laboratorium INR-resultaten aanvaardbaar tot goed met de meeste resultaten ≥ 0,85.[1] Op individueel niveau scoort de overeenkomst tussen beiden goed op therapeutisch vlak (INR tussen 2 en 3,5), maar het verschil tussen POC en laboratoriumresultaten stijgt naarmate de waarden stijgen. POC testen leidt volgens de literatuur tot minder trombo-embolische accidenten en een lagere totale mortaliteit vergeleken met de gebruikelijke laboratorium INR-testen. Er zou geen invloed zijn op het aantal majeure bloedingen. Dit zijn echter resultaten op het niveau van de tweedelijnszorg en op niveau van de patiënt zelf. Voor huisartsen die POC apparaten gebruiken werd geen significant verschil gezien. Het Federaal Kenniscentrum voerde ook een uitgebreide kosten/batenanalyse uit, hieruit bleek dat patiëntzelfmanagement een kostenbesparende strategie is, die bovendien, zoals hoger reeds beschreven, minder trombo-embolische accidenten en een lagere mortaliteit kennen. Deze strategie kan slechts door een beperkt aantal patiënten worden toegepast. Op de tweede plaats komt dan de patiëntzelfcontrole. In de huisartsenpraktijk is het gebruik van POC testing kostenbesparend indien er niet meer dan 26 testen per patiënt per jaar worden uitgevoerd. Voor de klinische patiëntenuitkomsten is er op het niveau van de huisarts geen verschil meer tussen beide methoden van follow-up.[1]

Poliklinische antistollingsbehandeling met coumarinederivaten vindt in Nederland vrijwel uitsluitend plaats via de trombosediensten.[11,16] Deze diensten nemen de opvolging van de orale anticoagulatietherapie geheel over van de behandelend arts. Er wordt ook veel meer dan in België aan patiëntzelfcontrole en patiëntzelfmanagement gedaan. Dit vereist weliswaar goede patiëntinformatie en –educatie. De BISOAT studie toonde aan de kwaliteit en stabiliteit van de INR duidelijk stijgt wanneer artsen een doorgedreven opleiding en ondersteuning omtrent orale anticoagulatietherapie krijgen.[5]

Dossieronderzoek

De resultaten bekomen na dossieronderzoek worden weergegeven in *tabel 3.* Voorkamerfibrillatie is veruit de meest voorkomende indicatie voor behandeling met vitamine K-antagonisten. Daarnaast zijn er ook belangrijke comorbiditeiten aanwezig, wat een grote rol speelt bij de therapieopvolging. Naast cardiovasculair lijden, vormt diabetes mellitus de tweede grootste groep van comorbiditeiten. Een deel van deze patiënten moet insuline spuiten en dus ook meermaals per dag hun glycemie bepalen aan de hand van een vingerprik, ook een vorm van POC meting. De gemiddelde leeftijd van de patiënten uit de onderzoekspopulatie bij opstart van therapie bedraagt 69 jaar. Na exclusie van de INR-bepalingen tijdens de eerste acht weken na opstarten of herstarten van therapie, zijn er gemiddeld zestien INR-bepalingen per patiënt per jaar. De voornaamste reden voor therapieonderbreking is heelkunde.

Tabel 3: Gegevens bekomen via een retrospectief dossieronderzoek naar patiënten onder orale anticoagulantia: met een gemiddelde leeftijd van 69 jaar bij opstart van de therapie, met gemiddeld 16 INR-bepalingen per jaar (na exclusie van de eerste 8 weken na opstarten of herstarten) en een gemiddelde therapieduur van 55 maanden.

Totaal		**n= 77**	**100%**
Geslacht	Man	42	55%
	Vrouw	35	45%
Indicatie	Voorkamerfibrillatie	61	79%
	Kunstklep	4	5%
	DVT/LE	8	10%
	Recidiverende flebitis	1	1,5%
	Ernstig vaatlijden	1	1,5%
	Mobiele trombus apex na PTCA	1	1,5%
	Bioprothese aortaklep	1	1,5%
Redenen voor onderbreking therapie	Heelkunde	35	46%
	Ontregelde INR	8	10%
	Geen onderbreking	16	21%
	Opnieuw sinusaal ritme	4	5%
	Uitvoeren ablatie	1	1%
	Heelkunde + bloeding	3	4%
	Bloeding	4	5%
	Kortstondige therapie wegens DVT/LE	6	8%
Redenen voor stopzetting opvolging therapie	Geen stopzetting, normale follow-up	48	62%
	Overlijden	15	19,5%
	Verhuizing	2	3%
	Kortstondige therapie wegens DVT/LE	6	8%
	Opnieuw sinusaal ritme	2	3%
	Andere huisarts	2	3%
	Postoperatief na bioprothese aortaklep	1	1,5%
Belangrijkste comorbiditeiten	Diabetes mellitus II	25	32%

	Cardiovasculair lijden	45	58%
	Maligniteit	10	13%
	Gastro-intestinaal lijden	13	17%
	Neurologisch lijden	8	10%
	Schildklierlijden	2	3%
	COPD	6	8%
	Osteoporose	5	6%
	Chronische nierinsufficiëntie	7	9%

Patiëntenondervraging

Tabel 1 geeft duidelijk weer welke patiënten uiteindelijk werden onderworpen aan een gestructureerd interview. Twee op drie patiënten is duidelijk op de hoogte wat orale anticoagulatietherapie precies inhoudt en wat het belang van deze therapie en de daarmee gepaard gaande frequente controles is. Slechts één op drie patiënten heeft weet van de noodzaak aan het inlassen van extra INR-controles bij ziekte of inname van extra medicatie naast hun chronische medicatie. De communicatie omtrent de INR-resultaten, zoals weergegeven in *tabel 4*, gebeurt in de opleidingspraktijk nog het vaakst door telefonisch contact waarbij de arts de patiënt opbelt om het resultaat door te geven en zo nodig het huidige medicatieschema aan te passen in functie van de actuele INR-waarde. De patiënten kregen tijdens de consultatie de kans kennis te maken met de POC methode en er werd nadien, tijdens het interview, gepolst naar hun voorkeur. De tevredenheid van de frequentie van INR-controles werd uitgezet op een schaal van één tot tien, waarbij één overeenstemt met erg ontevreden en tien met erg tevreden. De populatie ondervraagde patiënten gaf een gemiddelde tevredenheidscore tussen zes en zeven op tien.

Tabel 4: Cijfers en feiten bekomen tijdens de patiëntenondervraging aan de hand van een gestructureerd interview.

Totaal		**n= 36**	**100%**
Communicatie van INR-resultaten	Arts belt patiënt	29	81%
	Per email	2	5,5%
	Patiënt komt langs met registratiekaart	2	5,5%
	Verpleegster belt arts	3	8%
Gemiddeld aantal INR-bepalingen per jaar (na exclusie van de eerste 8 weken na opstart of herstarten)	15		

Voorkeur patiënt	Veneuze bloedname	5	14%
	Point-of-care meting	12	33%
	Neutraal	19	53%

Artsenondervraging

Tabel 2 geeft weer welke artsen de gestructureerde vragenlijst volledig invulden. De resultaten bekomen uit deze enquête worden weergegeven in *tabel 5.*

Tabel 5: Resultaten van de artsenenquête: 76 collega artsen uit de wachtregio Turnhout werden onderworpen aan een gestructureerde vragenlijst. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de antwoorden.

Totaal		**n= 76**	**100%**
Richtlijnen voor orale anticoagulatietherapie door de huisarts	Domus Medica	39	51%
	Ervaring + richtwaarden labo INR: 2-3 (kleppen: 2,5-3,5)	37	49%
Point-of-care toestel aanwezig in praktijk?	Ja, CoaguCheck S	21	28%
	Neen	55	72%
Argumenten pro POC	Onmiddellijk resultaat	59	78%
	Gebruiksgemak	56	74%
	/	16	21%
Argumenten contra POC	Duur	63	83%
	Onbetrouwbaar	9	12%
	/	8	11%
Andere hulpverleners uit de eerste lijn?	Verpleging	32	42%
	Verpleegkundige van het labo die bloed prikt	2	3%
	Geen, taak uitsluitend weggelegd voor de huisarts	42	55%

Zijn er patiënten in de praktijk die aan zelfmeting doen?	Ja	4	5%
	Neen	72	95%
Communicatie	Arts belt patiënt	12	16%
	Registratiekaart + arts belt patiënt bij problemen	37	48,5%
	Patiënt belt arts of secretaresse	24	31,5%
	Arts mailt resultaten + telefonisch contact bij problemen	2	3%
	Registratiekaart	1	1%

BESPREKING

De essentie van dit onderzoek is na te gaan of we de huidige aanpak van orale anticoagulatietherapie in de huisartsenpraktijk moeten aanpassen om tegemoet te komen aan de noden en verwachtingen van arts en patiënt.

Naar analogie met de goed ingeburgerde meting van glucosespiegels bij de diabetespatiënt is meetapparatuur ontwikkeld, die middels een vingerprik, de graad van anticoagulatie bepaalt en de INR-waarde weergeeft.[17] Studies hebben aangetoond dat de kwaliteit van dergelijke meting even betrouwbaar is als de INR-resultaten na een veneuze bloedname.[1] De waarden gaan meer verschillen naarmate de INR-waarde ver boven het therapeutisch venster stijgt. De BISOAT studie toonde aan dat de kwaliteit van de anticoagulatie verbetert wanneer de huisarts een POC toestel ter beschikking heeft. Het gaf meer tevredenheid bij de huisartsen en werd beoordeeld als een meerwaarde voor de dagdagelijkse praktijk.[5,17]

Uit het retrospectief dossieronderzoek blijkt dat 25 van de 77 patiënten leiden aan diabetes. 15 van deze patiënten is insulineafhankelijk en moet daardoor meermaal daags hun glycemie bepalen aan de hand van een POC meting. Deze patiënten zijn vertrouwd met dergelijke meetmethode. Indien hun fysieke en cognitieve toestand het toelaat, zitten er in deze patiëntengroep ongetwijfeld kandidaten voor patiëntzelfcontrole of zelfs patiëntzelfmanagement.

Uit de artsenondervraging blijkt dat slechts 4 van de 76 artsen, één of meerdere patiënten heeft die aan patiëntzelfcontrole of patiëntzelfmanagement doen. Dit is extreem weinig wanneer je het gaat vergelijken met de omliggende landen. Natuurlijk is dit een methode die nooit voor iedereen toepasbaar is, omdat er toch duidelijke patiëntvereisten zijn en voorafgaand een training of cursus dient gevolgd te worden. De artsen die patiënten hebben die aan zelfmeting doen, geven aan dat het gaat om mensen die omwille van professionele redenen vaak in het buitenland verkeren en daardoor moeilijk maandelijks op consult kunnen komen bij hun huisarts voor controle van hun INR-waarde. Hoewel niet voor iedereen

toepasbaar, lijkt het een patiënt- en artsvriendelijke methode die een belangrijkere positie zou moeten kunnen innemen bij de aanpak van orale anticoagulatietherapie.

Afwezigheid van enige vorm van terugbetaling in België verhindert momenteel de toepassing van dit model dat de zorgkwaliteit betekenisvol kan verbeteren. POC meting is kwaliteitsvriendelijk, gebruiksvriendelijk en kan kostenbesparend zijn.[1,17]

Poliklinische antistollingsbehandeling met coumarinederivaten vindt in Nederland vrijwel uitsluitend plaats via de trombosediensten.[11] De huisarts of specialist stelt de indicatie tot behandeling met orale anticoagulantia en geeft nadien deze zorg uit handen. In België is de taak van opvolging volledig weggeschreven voor de huisarts. Uit de artsenondervraging bleek dat 42 van de 76 deelnemers van mening zijn dat er geen plaats is voor andere hulpverleners, de overigen vinden dat de bloedname ook kan worden uitgevoerd door een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk, aan huis of op een prikpost van het laboratorium. Het beheren van de resultaten en de medicatie gebeurt door de huisarts. Er kan de vraag worden gesteld, wat de mogelijke plaats van de apotheker in dit verhaal kan zijn. De apotheker zou na goede opleiding en ondersteuning perfect POC meting kunnen uitvoeren bij de patiënt en medicatieaanpassingen doen indien nodig. Hij is, indien de patiënten steeds naar dezelfde apotheker gaan, uitermate goed op de hoogte van welke medicatie de patiënt naast zijn vitamine K-antagonist nog inneemt. Hij heeft vaak weet van gebruik van medicatie vrij van voorschrift, waar dit voor de huisarts soms niet het geval is. In dit kader is goede patiënteninformatie en –educatie natuurlijk ook uiterst belangrijk. In Nederland is deze samenwerking met apothekers ook veel beter uitgewerkt.[16]

De communicatie omtrent de INR-resultaten gebeurt in de opleidingspraktijk voornamelijk telefonisch, de arts belt patiënt om hem op de hoogte te stellen van de huidige INR-waarde en de eventuele noodzaak tot aanpassen van de therapie. De resultaten van de artsenondervraging geven aan dat er hoofdzakelijk telefonisch of rechtstreeks, waarbij de patiënt langskomt met een registratiekaart, gecommuniceerd wordt. Slechts in beperkte mate wordt er gebruik gemaakt van de moderne communicatiemogelijkheden door het sturen van een email. Hoewel dit medium steeds toegankelijker geworden is, blijft het voor de iets oudere patiënt een moeilijke manier van communiceren. Bovendien heeft die niet steeds en overal een computer ter beschikking waarop hij e-mails kan lezen. Zou het versturen van de uitslag of een korte boodschap per sms een meerwaarde kunnen bieden aan het huidige beleid? Zo zou bijvoorbeeld het laboratorium automatisch een sms-bericht kunnen verzenden aan de patiënt met de vermelding dat de INR-waarde goed is en er geen wijzigingen noodzakelijk zijn, of in het andere geval, dat het resultaat afwijkend is en dat de patiënt de huisarts moet contacteren. Vandaag de dag is het overgrote deel van de bevolking in het bezit van een gsm. Het is een erg toegankelijk communicatiemiddel en ook voor ouderen lukt het na enige instructie meestal wel om een sms-bericht te lezen. Het betreft een eenvoudige manier van communiceren die zowel voor arts als patiënt voordelen kan bieden.

De resultaten van de patiëntenondervraging tonen dat 14 % een voorkeur heeft voor de klassieke bloedname, 33 % voor de POC methode en 54 % heeft geen voorkeur, maar is niet bereid een meerkost te betalen. Uit de artsenondervraging komt naar voor dat respectievelijk 74 % en 78 % van de ondervraagden argumenten zoals, het onmiddellijk beschikbaar zijn van het resultaat en het gebruiksgemak, naar voor halen. Het voornaamste argument tegen de POC methode is het huidige kostenplaatje. Dit argument vervalt wanneer de overheid zou beslissen om een terugbetalingssysteem in te voeren. 12 % vindt de

metingen onbetrouwbaar. Hieruit kunnen we besluiten dat zowel de patiënt als de collega artsen ruimte zien voor het gebruik van POC meting.

Uit de patiëntenondervraging is gebleken dat het slechts voor twee op drie patiënten duidelijk op de hoogte is wat orale anticoagulatietherapie precies inhoudt en wat het belang van deze therapie en de daarmee gepaard gaande frequente controles is. Slechts één op drie patiënten heeft weet van de noodzaak aan het inlassen van extra INR-controles bij ziekte of inname van extra medicatie naast hun chronische medicatie. Dit benadrukt nogmaals het belang van goede patiëntinformatie- en educatie, zowel bij nieuwe patiënten als patiënten die reeds jaren coumarinederivaten gebruiken, maar blijkbaar onvoldoende inzicht hebben in hun therapie. Daarnaast verdient de opleiding van artsen ook extra aandacht.[5]

Appendix 1: Wat met de nieuwe anticoagulantia? Wordt INR controle overbodig?

Eind 2011 verscheen in de BMJ een artikel dat de resultaten van de Re-Ly studie weergaf.[12] Het opzet was bij een grote groep patiënten een vergelijking te maken tussen dabigatran en warfarine, zowel wat betreft klinische voordelen, efficiëntie als kosten/baten. Het betreft een cohort studie met 50.000 simulatiepatiënten met een gemiddelde $CHADS_2$ score (congestief hartfalen, hypertensie, leeftijd ≥ 75, voorafgaand CVA of TIA) van 2,1. De einddoelen van de studie waren het aantal kwaliteitsvolle toegevoegde jaren en de extra kost per toegevoegd jaar. Men kwam tot het besluit dat bij een goed gecontroleerde INR er geen meerwaarde is van dabigatran ten opzichte van warfarine. Bij een gestabiliseerde INR dient er dus niet overgeschakeld te worden op het nieuwe type anticoagulantia, enkel bij moeilijk te regelen patiënten en bij verhoogd risico op CVA wordt er best overgeschakeld.

Ook de Folia Pharmacotherapeutica van maart 2012 weiden een artikel over de plaats van nieuwe orale anticoagulantia bij voorkamerfibrillatie, de voornaamste indicatie voor het nemen van deze medicatie. In de huidig beschikbare studies werden dabigatran en rivaroxaban vergeleken met warfarine en deze blijken even doeltreffend te zijn in de preventie van trombo-embolie bij niet-valvulaire voorkamerfibrillatie. Voor dabigatran baseerden ze zich ook op de Re-Ly studie, voor rivaroxaban op de Rocket-AF studie.[12-14] Hun risico-batenverhouding lijkt niet superieur aan deze van een vitamine K-antagonist, indien deze laatste gebruikt wordt in aangepaste doses binnen de INR-streefwaarden. In afwachting van bijkomende studies en mede rekening houden met de beperkte gegevens en de hoge kostprijs van deze nieuwe anticoagulantia, blijft een vitamine K-antagonist de eerste keuze bij vele patiënten. Dabigatran en rivaroxaban kunnen alternatieven zijn bij patiënten bij wie een behandeling met een vitamine K-antagonist moeilijk te regelen is. Bij gebrek aan vergelijkende studies tussen dabigatran en rivaroxaban zijn er geen argumenten die toelaten het ene product te verkiezen boven het andere. Deze nieuwe anticoagulantia kunnen leiden tot bepaalde medicamenteuze interacties – hoewel in mindere mate dan de vitamine K-antagonisten – en tot overdosering bij vermindering van de nierfunctie. Dit vraagt verhoogde aandacht bij ouderen.

Beide artikels besluiten dat er geen meerwaarde is van de nieuwe orale anticoagulantia ten opzichte van de vitamine K-antagonisten bij goed geregelde patiënten. INR bepaling door veneuze bloedname of POC meting gaat dus tot het takenpakket van de huisarts blijven behoren, zolang er geen nieuwe ontwikkelingen zijn.

Appendix 2: eigen mening over trombosedienst in België

Naar analogie met de Nederlandse Trombosedienst[11], zou in België een gelijkaardig systeem perfect kunnen worden uitgebouwd. Maar persoonlijk denk ik dat we ons huidige beleid zeker kunnen aanpassen in het voordeel van arts en patiënt, maar ik ben er niet van overtuigd dat het volledig scheiden van dit takenpakket van dat van de huisarts een meerwaarde biedt. Invoering van terugbetaling van de POC methode zou in België reeds een grote stap zijn. Daarnaast is het dan erg belangrijk om goede patiënteneducatie en –informatie op punt te stellen. Dit kan evengoed praktijk per praktijk, al dan niet met de hulp van praktijkassistentie volgens bepaalde nationaal geldende richtlijnen, zodat de huisarts ook feeling houdt met deze problematiek, dan wel dat het moet georganiseerd worden in een nationale trombosedienst.

Appendix 3: 'ideale' procedure voor opvolging van patiënten onder antico, een vergelijking tussen bevindingen uit de literatuur en bevindingen uit eigen onderzoek

De noodzaak tot behandeling met anticoagulantia wordt bepaald door huisarts of specialist. Zij zijn in eerste instantie verantwoordelijk voor een goede patiëntinformatie- en educatie.[16] Dit is jammer genoeg volgens onze bevindingen een eerste punt waar meer aandacht aan besteed zou moeten worden, want uit de patiëntenbevraging blijkt dat slechts één op drie patiënten voldoende op de hoogte is van de consequenties van de behandeling met anticoagulantia. Na goede informatie en educatie moet worden afgewogen of de patiënt in aanmerking komt voor patiëntzelfcontrole of zelfs patiëntzelfmanagement, want POC testing leidt volgens de literatuur tot minder trombo-embolische accidenten en een lagere mortaliteit.[1] Deze overweging lijkt vooral zinvol voor langdurige behandeling met antico, minder voor de relatief korte periodes onder anticoagulantia na diepe veneuze trombose of longembolen. Vooral omdat goede patiënteducatie toch enige tijd vraagt voor de patiënt in staat zou zijn om aan patiëntzelfcontrole of patiëntzelfmanagement te doen. Patiëntinformatie is ten alle tijden belangrijk. Gebrek aan enige vorm van terugbetaling is in België een belangrijke belemmerende factor voor het gebruik van POC meting, want de meeste artsen en patiënten zijn niet bereid een meerprijs te betalen.

In Nederland zijn er duidelijke richtlijnen omtrent samenwerking tussen de diverse zorgverleners. Voor een optimale begeleiding van de patiënt door de huisarts, apotheker, trombosedienstarts en tandarts is overeenstemming nodig over taakverdeling en kennis van elkaars expertise. Het is ook essentieel dat er een goede bereikbaarheid is van de diverse zorgverleners. Bij ons is er geen duidelijke uitgewerkte Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak.[16] De huisarts staat al dan niet in samenwerking met een verpleegkundige, in voor dit ganse takenpakket. Hier zouden meerdere eerstelijns hulpverleners bij betrokken kunnen worden, zoals bv. de apotheker. De huisarts geeft deze taak echter niet graag uit handen, zo blijkt uit onze bevraging.

Communicatie gebeurt het best direct, zo treden er het minste fouten op. Wanneer de arts in de praktijk aan POC meting doet, kan het resultaat direct aan de patiënt worden meegedeeld en kan een antistollingsregistratiekaart worden ingevuld. Zo heeft de patiënt een duidelijk overzicht over hoe de medicatie moet worden verder genomen en wanneer de volgende INR-controle gepland staat. Wanneer de patiënt zelf niet in staat is zijn medicatie te beheren, heeft hij op deze manier wel een duidelijk document voor de mantelzorgers of hulpverleners.

Deze manier van werken kan zowel in de huisartsenpraktijk als op visite bij de patiënt thuis of in het rusthuis worden gehanteerd. Zolang er geen terugbetaling is, zal de meerderheid van de patiënten opgevolgd blijven aan de hand van een klassieke veneuze bloedname. Om de huisartsen en hun patiënten te ontlasten lijkt een sms-berichtenservice vanuit het laboratorium een zeer handig communicatiemedium. Indien de INR goed staat, moet de patiënt niets ondernemen, mag hij de medicatie continueren zoals voorheen en wordt na vier weken en nieuwe controle ingelast. Bij een afwijkende INR krijgt men de boodschap dat ze de arts moeten contacteren, daar krijgen ze de nodige instructies over verder gebruik en follow-up.

BESLUIT

Er is absoluut ruimte voor verbetering van het huidige beleid. Het feit dat er in België nog geen terugbetaling is voor de POC methode is een belangrijke belemmerende factor, want de meeste patiënten en artsen zijn niet bereid een meerkost te betalen. Er zou ook meer samenwerking moeten zijn tussen de verschillende eerstelijns medewerkers. Dit zou de taak van de huisarts verlichten. Zelf zie ik momenteel geen nood tot oprichten van een Trombosedienst zoals dat bij onze noorderburen het geval is.

Voorlopig blijven de vitamine K-antagonisten het eerste keuze middel, de nieuwe anticoagulantia kennen slechts een plaats bij moeilijke te regelen patiënten die een verhoogd CVA risico hebben.

DANKWOORD

Tot slot van deze uiteenzetting zou ik graag enkele personen willen bedanken.

Allereerst Dr. Johan Willemse voor de steun en hulp tijdens mijn opleiding, daarnaast wil ik ook Prof. Dr. Dirk Avonts speciaal bedanken voor zijn hulp bij het realiseren van mijn Masterproef Huisartsgeneeskunde.

Ook een woord van dank aan alle patiënten, collega huisartsen en het personeel van de HVRT voor hun deelname aan mijn onderzoek.

REFERENTIES

1 Gailly J, Gerkens S, Van Den Bruel A, Devriese S, Obyn C, Cleemput I. Gebruik van point-of care systemen bij patiënten met orale anticoagulatie: een Health Technology Assesment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2009. KCE Reports vol 117A. D/2009/10.273/47.

2 Garcia-Alamino JM, Ward AM, Alonso-Coello P, Perera R, Bankhead C, Fitzmaurice D, Heneghan CJ. Self-monitoring and self-management of oral anticoagulation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 4.Art.No.: CD003839. DOI: 10.1002/14651858.CD003839.pub2.

3 Gialamas A, Yelland LN, Ryan P, Willson K, Laurence CO, Bubner TK, Tideman P, Beilby JJ. Does point-of-care testing lead to the same or better adherence to medication? A randomized controlled trial: the PoCT in General Practice Trial. Med J Austr. 191(9):487-91, 2009 Nov 2.

4 Salvador CH, Ruiz-Sanchez A, Gonzalez de Mingo MA, Carmona Rodriguez M, Carrasco MP, Sagredo PG, Fragua JA, Caballero-Martinez F, Garcia-Lopez F, Marquez-Montes JN, Monteagudo JL. Evaluation of a telemedicine-based service for the follow-up and monitoring of patients treated with oral anticoagulant therapy. IEEE Trans Inf Technol Biomed. 12(6):696-706, 2008 Nov.

5 Claes N, Buntinx F, Vijgen J, Arnout J, Vermylen J, Fieuws S, Van Loon H. The Belgian Improvement Study on Oral Anticoagulation Therapy: a randomized clinical trial. Eur Heart J. 26(20):2159-65, 2005 Oct.

6 Claes N, Moeremans K, Buntinx F, Arnout J, Vermylen J, Van loon H, Annemans L. Estimating the cost-effectiveness of quality-improving interventions in oral anticoagulation management within general practice. Value Health. 9(6):369-76, 2006 Nov-Dec.

7 Sunderji R, Gin K, Shalansky K, Carter C, Chambers K, Davies C, Schwartz L, Fung A. A randomized trial of patient self-managed versus physician-managed oral anticoagulation. Can J Cardiol. 20(11):1117-23, 2004 Sep.

8 Jackson SL, Bereznicki LR, Peterson GM, Marsden KA, Jupe DM, Vial JH, Rasiah RL, Misan G, Williams SM. Accuracy and clinical usefulness of the near-patient testing CoaguChek S international normalized ratio monitor in rural medical practice. Aust J Rural Health. 12(4):137-42, 2004 Aug.

9 Dantas GC, Thompson BV, Manson JA, Tracy CS, Upshur RE. Patients' perspectives on taking warfarin: qualitative study in family practice. BMC Fam Pract. 5:15, 2004 Jul 21.

10 Michels J, Demulder A, Dirven K, Goossens M, Janssen A, Jochmans K, Mermans D. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Orale anticoagulatietherapie door de huisarts. Huisarts Nu. Februari 2010; 39(1).

11 www.trombosestichting.nl: laatst geraadpleegd op 6 april 2012

12 Joshua Pink, Steven Lane, Munir Pirmohamed, Dyfrig A Hughes. Dabigatran etexilate versus warfarin in management of non-valvular atrial fibrillation in UK context: quantitative benefit-harm and economic analyses. BMJ 2011;343:d6333 doi: 10.1136/bmj.d6333.

13 Manesh R. Patel, M.D., Kenneth W. Mahaffey, M.D., Jyotsna Garg, M.S., Guohua Pan, Ph.D., Daniel E. Singer, M.D., Werner Hacke, M.D., Ph.D., Günter Breithardt, M.D., Jonathan L. Halperin, M.D., Graeme J. Hankey, M.D., Jonathan P. Piccini, M.D., Richard C. Becker, M.D., Christopher C. Nessel, M.D., John F. Paolini, M.D.,

Ph.D., Scott D. Berkowitz, M.D., Keith A.A. Fox, M.B., Ch.B., Robert M. Califf, M.D., and the ROCKET AF Steering Committee for the ROCKET AF Investigators. Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation. N Engl J Med 2011; 365:883-891.

14 Wat is de plaats van de nieuwe orale anticoagulantia bij voorkamerfibrillatie? Folia Pharmacotherapeutica 39, maart 2012.

15 www.intego.be: laatst geraadpleegd op 5 februari 2012

16 Horikx A, Labots-Vogelsang SM, Delemarre J, van Diermen DE, Eizenga WH, van Holten-Verzantvoort ATM, Prins AJR, Schul LA, Verheij-Bakker AM, de Vries-Bots AMB, van Balen JAM, Lelie-van der Zande ACAM. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Antistolling. Huisarts & Wetenschap. Februari 2011.

17 Verhamme P, Claes N. Opinie: Point-of-care-meting van de INR: missen we een kans voor een beter anticoagulatiebeleid? Patient Care. September-oktober 2007.