

Schriftelijke knelpuntenanalyse

De deelnemende partijen* zijn gevraagd om hun mening te geven over:

- Het conceptraamwerk zoals dat al in overleg met de voorzitter is opgesteld;
- De geldigheid van de bestaande modules uit de richtlijn Antitrombotisch beleid;

Daarnaast was er de mogelijkheid om nieuwe thema's aan te dragen alsook om een top-3 van modules aan te geven.

In onderstaande uitwerking zijn de reacties van de partijen opgenomen. In dit tabblad is ook de prioritering aangegeven. Belangrijk om hier mee te nemen is dat de partijen een top-3 hebben kunnen aangeven en dat niet alle partijen op deze vraag hebben gereageerd. De groen gearceerde items zijn door tenminste 1 partij geprioriteerd. Tijdens de werkgroepvergadering is aan de hand van onderstaande input besproken welke 10 knelpunten uitgewerkt zullen gaan worden.

*De volgende partijen zijn benaderd voor de schriftelijke knelpuntenanalyse: Nederlandse Internisten Vereniging, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, Nederlandse Orthopaedische Vereniging, Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen, Nederlandse Vereniging voor Neurologie, Nederlands Huisartsengenootschap, Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose, Nederlandse Vereniging voor Radiologie, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Harteraad, Patientenfederatie, Nederlandse Vereniging voor Urologie, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Vereniging van Revalidatieartsen, Vereniging Klinische Genetica Nederland, Nederlandse Vereniging voor KNO-Heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie, Federatie van Nederlandse Trombosediensten, Stuurgroep ketenzorg antistolling, Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, Kennisinstituut Mondzorg, Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen, Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Nederlandse Vakgroep Physician Assistant (Nederlandse Associatie Physician Assistants), Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Zorginstituut Nederland

Conceptraamwerk - nieuwe thema's		
Thema	Uitgangsvraag	Opmerking stakeholders
Antitrombotisch beleid bij endoscopie*	Wat zijn de te nemen maatregelen met betrekking tot antitrombotische therapie rondom endoscopische ingrepen?	NIV: beleid bij endoscopie is volstrekt helder. Mogelijk zijn er uitdagingen in de uitvoering maar dat is een andere kwestie.
Behandeling longembolie bij hemodynamisch instabiele patiënten**	Wat is de optimale behandeling van patiënten met hemodynamisch instabiele longembolie?	
Behandeling longembolie bij <i>intermediate high risk</i> patiënten*	Wat is de optimale behandeling van patiënten met <i>intermediate high risk</i> longembolie?	
Diagnostiek van diepe veneuze trombose van het been*	Wat is het optimale diagnostisch management van klinisch verdachte diepe veneuze trombose van het been?	
Diagnostiek van diepe veneuze trombose van de arm*	Wat is het optimale diagnostisch management van klinisch verdachte diepe veneuze trombose van de arm?	FNT: incl. eerste lijn
Diagnostiek van oppervlakkige tromboflebitis**	Wat is het optimale diagnostisch management van klinisch verdachte oppervlakkige tromboflebitis?	NVIC: relevantie van deze vraag is beperkt, lage prioriteit
Diagnostiek van longembolie	Wat is het optimale diagnostisch management van klinisch verdachte longembolie?	
(Langdurige) follow-up van diepe veneuze trombose en longembolie **	Hoe zou de follow-up van patiënten met een diepe veneuze trombose of een longembolie er uit moeten zien?	

Aanvullende thema's ingebracht door stakeholders		
Thema	Uitgangsvraag	Opmerking stakeholders
Antitrombotisch beleid na bariatrische chirurgie		
combinatie van antistolling (duale en triple therapie)		KNMP: of valt dit buiten de scope van deze richtlijn?
Tromboseprofylaxe bij patiënten met maligniteit *		
Hoe wordt omgegaan met genetisch onderzoek bij patiënten met een DVT/embolie, wanneer is genetisch onderzoek geïndiceerd? En wordt hier nog onderscheid gemaakt tussen veel voorkomende risicofactoren en uitgebreider genetisch onderzoek naar zeldzamere risicofactoren/monogene oorzaken voor DVT/Longembolie. En welke adviezen worden gegeven aan familieleden met een genetische aanleg, wanneer is familieonderzoek wel noodzakelijk en wanneer niet (bij welke aanleg en in welke situatie)?		
Een knelpunt is de organisatie van zorg rondom patiënten die antistollingsmedicatie gebruiken, om o.a. controleafspraken voor patiënten te waarborgen: Het Zinnige Zorg-Verbetersignalement Diepe veneuze trombose en longembolie (okt 2021, paragraaf 3.1) laat zien dat veel patiënten niet de controleconsulten krijgen zoals deze worden aanbevolen in de LTA 2020. (Dit toont tevens dat een implementatieplan van aanpassingen in een richtlijn zeer belangrijk is.)		
De behandeling van trombosearm		

Welke patiënt met trombose komt in aanmerking voor dosisreductie van apixaban of rivaroxaban na 6 maanden?		
Behandeling buikvenetrombose		
Tromboprofylaxe met DOAC's bij ambulante patiënten met een maligniteit. Er zijn resultaten RCT's beschikbaar		
Behandeling van veneuze trombo-embolie (VTE) en preventie van recidief VTE bij voldragen neonaten, zuigelingen en peuters, kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar is nu ook mogelijk met enkele DOAC's (zijn hiervoor recent geregistreerd)*		
Alle relevante COVID modules zouden kunnen worden geïncludeerd + inclusief informatie toevoegen wanneer en hoe te switchen van LMWH naar DOAC's na ontslag uit het ziekenhuis bij aanwezigheid VTE/ preventie recidief VTE bij COVID-patiënten		
porta trombose		
inflammatie-geassocieerde trombose*		
trombose profylaxe op IC (dose en type)*		
Sinustrombose		
Antitrombotisch beleid rondom complexe aortapathologie (dus niet de standaard EVAR's)		
Stentplaatsing bij veneuze pathologie		

Het gebruik van antithrombotica bij leverpatienten: zowel farmacokinetisch, indicaties als qua maatregelen voor correctie (levercirrose patiënten hebben een geheel ander evenwicht tussen pro- en anticoagulatie)'. 		NVMDL: Evt. meenemen in overwegingen bij relevante modules?
Antitrombotische beleid rondom een CABG		
Waarom is in module over antifosfolipiden syndroom en antistolling geen aandacht voor evt. trombocytenaggregatieremmers bij patiënten met een arteriële trombose en antifosfolipidensyndroom? In het verleden was in veel ziekenhuizen het protocol om bij een eerste arteriële trombose bij het antifosfolipidensyndroom te starten met een trombocytenaggregatieremmer en pas bij recidieven dit te veranderen naar een VKA. Zou dit niet nog steeds een optie zijn?		Hanneke: binnengekomen in autorisatiefase vorige update, vanuit de NVN .

"Over rationale combinaties van stollingsmiddelen is in de richtlijn antitrombotisch beleid niets opgenomen. De ESC richtlijnen zijn redelijk up to date en daar zou bijvoorbeeld naar verwezen kunnen worden als het om cardiale indicaties gaat. De vaatchirurgie richtlijnen zijn daarentegen nogal summier en niet up-to-date. Meest recente wat ik kan vinden is dit: Medicatie na bypasschirurgie bij PAV - Richtlijn - Richtlijndatabase<https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perifeer_arterieel_vaatlijden_pav/medicatie_na_bypasschirurgie_bij_pav.html> Waarin eigenlijk combinatie tar/anticoagulans niet beschreven staat; daarentegen zijn er publicaties geweest waarin middelen gecombineerd worden en waarnaar al dan niet terecht verwezen wordt. Dit leidt in de praktijk vaak tot irrationele combinaties of wellicht niet opgenomen rationale combinaties."	Hanneke: nagekomen via de NVZA
--	---------------------------------------

Bestaande modules die update nodig hebben		
Thema	Uitgangsvraag	Opmerking stakeholders
Tromboseprofylaxe bij electieve rugchirurgie		NOV: update nodig
Tromboseprofylaxe niet-chirurgische patiënten		NVZA: GAARNE toevoegen: tromboseprofylaxe bij patiënten met een maligniteit (klinisch en poliklinische patiënten), NVIC: herzien, check voor nieuwe studies, NVVR: tromboseprofylaxe bij veneuze stents

Tromboseprofylaxe bij chirurgische patiënten		NVIC: herzien, check voor nieuwe studies, NVVR: tromboseprofylaxe bij complexe aortapathologie (de "niet simpele" EVAR's)
Tromboseprofylaxe bij een acute beroerte		NVIC: herzien, check voor nieuwe studies
Risico veneuze trombo-embolie bij pilgebruik		VIG: "Schrijf het levonorgestrel spiraal (Mirena) voor indien hormonale anticonceptie wordt gewenst die het risico op VTE met zekerheid niet verhoogt." hieraan kan de andere levonorgestrel spiraal worden toegevoegd (https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/l/levonorgestrel__iud_)
Behandeling maligniteit geassocieerde trombose*		NVZA: nog geldig, preventie toevoegen. Zie opmerking boven) VIG: herzien, verwerken CARAVAGGIO study in deze module. Er zijn nieuwe gegevens beschikbaar gekomen over het gebruik van DOAC's bij volwassenen + Behandeling van veneuze trombo-embolie (VTE) en preventie van recidief VTE bij voldragen neonaten, zuigelingen en peuters, kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar is nu ook mogelijk met enkele DOAC's (zijn hiervoor recent geregistreerd). Hieronder valt ook behandeling van maligniteit geassocieerde trombose. KNMP: Herzien, updaten. DOAC nu wel bij maligniteiten, Menno: Herzien - dit gezien Caravaggio studie die is gepubliceerd na vorige editie van de module

Initiële behandeling Veneuze Trombo-Embolie		VIG: herzien, Andexanet is beschikbaar als antidotum, dit kan in de module verwerkt worden Behandeling van veneuze trombo-embolie (VTE) en preventie van recidief VTE bij voldragen neonaten, zuigelingen en peuters, kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar is nu ook mogelijk met enkele DOAC's (zijn hiervoor recent geregistreerd) + "Behandel patiënten met een diep veneuze trombose of longembolie met een onderliggende maligniteit met LMWH." --> Graag DOAC's hieraan toevoegen; zie module behandeling van maligniteit geassocieerde trombose Deel over VTE en maligniteit moet worden geupdate. KNMP: Herzien, updaten. Wel bij rivaroxaban/apixaban een antidotum; DOAC nu wel bij maligniteiten NVIC: herzien, check voor nieuwe studies
Thuisbehandeling longembolie		VIG: Herzien, er zijn nieuwe gegevens beschikbaar om toe te voegen zoals de resultaten van de HoT-PE studie KNMP: Herzien, VKA/ DOACs nog niet meegenomen, Menno: Herzien - dit gezien HOME-PE publicatie et cetera
Thuisbehandeling bij diep veneuze trombose		VIG: Herzien, behandeling van veneuze trombo-embolie (VTE) en preventie van recidief VTE bij voldragen neonaten, zuigelingen en peuters, kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar is nu ook mogelijk met enkele DOAC's (zijn hiervoor recent geregistreerd) KNMP: Herzien, literatuur updaten
Behandeling katheter gerelateerde trombose		VIG: Behandeling van veneuze trombo-embolie (VTE) en preventie van recidief VTE bij voldragen neonaten, zuigelingen en peuters, kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar is nu ook mogelijk met enkele

		DOAC's (zijn hiervoor recent geregistreerd). Hieronder valt ook behandeling katheter gerelateerde trombose, NVIC : check voor nieuwe studies
DOACs bij kunstkleppen		NVT : herzien
<3 mnd mitraliskleplantatie/reconstructie		VIG : herzien, studie data bekend met NOAC's zoals de ENAVLE en de RIVER studies. Advies EHRA richtlijn overnemen.
<3 mnd biologische aortaklep implantatie		VIG : Herzien, studie data bekend met NOAC's zoals de ENAVLE, ENVISAGE, ATLANTIS en de RIVER studies. Advies EHRA richtlijn overnemen.
Lange termijn behandeling bij hartklepprothesen		VIG : Herzien, overweeg het toevoegen van DOAC's bij patiënten met biologische hartklepprothese met tevens een indicatie voor DOAC-gebruik Nieuwe dat bij AF patiënten met bioklep (RIVER. ENAVLE, ENVISAGE, ATLANTIS)
Aortaklepverving of sluiting mitraalklep		VIG : herzien, nieuwe data gepubliceerd uit grote RCT's. ENVISAGE TAVI studie bij AF patiënten die een TAVI hebben ondergaan.
Bloeding/ingreep bij parenterale antistolling		NVIC : herzien, check voor nieuwe studies
Herstarten antistollingstherapie na bloeding		NVIC : herzien, check voor nieuwe studies, NVT : herzien
Effect acenocoumarol en fenprocoumon		NVKC : herzien
Effect LMWH, pentasaccharide of heparinoïde		NVIC : herzien, check voor nieuwe studies , meer duidelijkheid m.b.t. anti Xa monitoring is gewenst NVKC : herzien

Effect ongefractioneerde heparine		NVIC: herzien, check voor nieuwe studies , meer duidelijkheid m.b.t. anti Xa monitoring is gewenst NVKC: herzien
Effect fondaparinux		NVKC: herzien
Effect bivalirudine		NVKC: herzien
Effect argatroban		NVKC: herzien, NVIC: herzien, check voor nieuwe studies
Effect dabigatran		NVKC: herzien
Effect rivaroxaban		NVKC: herzien, VIG: herzien, tabel 3 kan worden aangevuld met gegevens voor het indicatiegebied "Behandeling van veneuze trombo-embolie (VTE) en preventie van recidief VTE bij voldragen neonaten, zuigelingen en peuters, kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar" zoals vermeld in de SmPC-tekst rivaroxaban
Effect apixaban		NVKC: herzien
Effect edoxaban		NVKC: herzien, VIG: herzien, gekalibreerde Fxa test voor edoxaban beschikbaar en vrij verkrijgbaar. Plasma levels van edoxaban bekend en kunnen worden toegevoegd (zie tabel 11 EHRA Practical Guide)
Effect COX-1-remmers (COX-1)		NVKC: herzien
Effect P2Y12-remmers (clopidogrel, prasugrel en ticagrelor)		NVKC: herzien

Daarnaast hebben partijen diverse algemene feedbackpunten meegegeven. Deze zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Feedback	Partij
de knelpunten waarvan wij als klinisch genetici vinden die nog niet (voldoende) geadresseerd worden (tabblad nieuwe modules) zijn nu deels verweven in een aantal modules (bijvoorbeeld wanneer wel/geen antistolling in het kraambled). Echter is voor zeker niet alle patiënten en familieleden helder wanneer genetisch onderzoek wel/niet zinvol is. Als klinisch genetici ontvangen wij regelmatig vragen/verwijzingen met deze vraag. Het is moeilijk om deze vragen te beantwoorden met behulp van de huidige richtlijn en het zou helpen wanneer hier in de modules (of wellicht een aparte submodule) expliciet aandacht aan wordt besteed.	VKGN
In het kader van het Zinnige Zorg project 'Veneuze trombo-embolien' van het Zorginstituut is een kwalitatief onderzoek gedaan o.a. naar patientenvoorlichting. Hieruit is naar voren gekomen dat zowel artsen als patiënten van mening zijn dat de consultkaart Antistollingsmedicatie verbeterd zou kunnen worden. Er wordt aangegeven dat de informatie deels verouderd is en dat de consultkaart visueel aantrekkelijker gemaakt kan worden. Zie paragraaf 3.4.2 van bijgevoegd rapport.	ZINL
De RAB heeft een mooi volledig hoofdstuk Periprocedureel Beleid met subhoofdstukken voor TAR, DOAC en VKA. Bij VKA is het overbruggingsbeleid goed uitgelegd. Voor DOAC en TAR is gedetailleerd weergegeven op welke dag weer met de antistolling mag worden begonnen (afhankelijk van bloedings- en tromboserisico). Voor VKA staat dat er niet. Er wordt impliciet naar de Kunst verwezen, maar daar is de informatie niet zo gedetailleerd voor wat betreft bloedingsrisico. De FNT zal deze informatie aanvullend opnemen.	Federatie Nederlandse Trombosediensten
Hartelijk dank voor de uitnodiging. Bijgaand de input van Harteraad. Wij stellen voor om pas aan te geven bij welke modules wij betrokken willen zijn, wanneer besloten is om welke 10 modules het zal gaan. Wel hebben wij onder het tabblad algemene opmerkingen generieke zaken beschreven waarvan wij het belangrijk achten dat hier aandacht aan wordt besteed bij de prioritering en uitwerking van de modules.	Harteraad
Bied patiënten begrijpelijke, laagdrempelige informatie. Mondeling door de specialist, maar ook informatie ter voorbereiding op een afspraak en om op een later moment op terug te vallen. Bijvoorbeeld door middel van filmpjes en/of folders.	Harteraad
Samen beslissen rond medicatiekeuzes. Bied informatie bestaande uit wat mensen wel/niet mogen m.b.t. het dagelijks leven, waarom bepaalde medicatie gebruikt moet worden, wanneer medicatie ingenomen	Harteraad

moet worden, waarom op een bepaald middel moet worden overgestapt, hoe om te gaan met bijwerkingen en vooral ook welke keuzes patiënten hebben in medicatiekeuze.	
Houd rekening met de individuele wensen en behoeften van patiënten. Bespreek mogelijkheden en beslis samen welke behandeling (of geen behandeling) het beste bij de patiënt past.	Harteraad
Bied patiënten één centraal aanspreekpunt bij vragen. Het is belangrijk voor patiënten om een duidelijk aanspreekpunt te hebben. Dit leidt tot minder verwarring en ongerustheid bij de patiënt en geeft patiënten de benodigde informatie om een goed geïnformeerd besluit te nemen over zijn/haar zorg.	Harteraad
Uit de jaarlijkse Harteraad monitor komt structureel naar voren dat patiënten meer aandacht willen voor psychosociale aspecten. Psychosociale problemen hebben een grote impact op de kwaliteit van leven van patiënten. Door meer aandacht te besteden aan psychosociale problemen en hier betere begeleiding voor te organiseren kan de kwaliteit van leven verbeteren.	Harteraad
Man/vrouw verschillen, maar ook etnische achtergrond en leeftijd (de oudere patiënt bijvoorbeeld) zijn belangrijke thema's die standaard meegenomen moeten worden in onderzoek en/of behandeling. Ook dit thema wordt jaarlijks hoog geprioriteerd door patiënten, zo blijkt uit de Harteraad monitor. Hoe wordt met diversiteit omgegaan binnen de richtlijnmodules en waar kan hierop nog een verbeterslag worden gemaakt?	Harteraad
het is niet duidelijk of arteriële thrombi tot de scope van deze richtlijn behoren	NVIC

P 262 Continueren antistolling na acute veneuze tromboembolie Behandel patiënten met een recidief (idiopathisch of uitgelokte) VTE levenslang met antistollingstherapie. Behandel patiënten met een hoog bloedingsrisico en een recidief VTE ten minste gedurende drie maanden met antistollingstherapie. “Bij een eerste VTE episode lijkt het onderscheid tussen een uitgelokte danwel idiopathische VTE van belang te zijn voor de uiteindelijke gewenste antistollingsduur daar het risico op een recidief verschillend is. Patiënten met een idiopathische VTE hebben een hoger risico op een recidief na beëindiging v/d antistolling ten opzichte van patiënten met een VTE waarbij sprake is van een voorbijgaande risicofactor. Risicofactoren die o.a. in de literatuur worden genoemd: idiopathische proximale DVT, obesitas, mannelijk geslacht, IBD etc. Wordt er momenteel in de praktijk reeds gebruik gemaakt van een risicoscore om de antistollingsduur in te stellen bij patiënten waarbij sprake is van een idiopathische VTE? Fahrni J, Husmann M, Gretener SB, Keo HH. Assessing the risk of recurrent venous thromboembolism a practical approach. Vascular Health and Risk Management 2015: 11 451-459” P 517-518 Meten van effect Aspirine/Clopidogrel Routinematig meten van effecten van TAR's is weinig zinvol. Misschien wel interessant om bij HVZ risicopatiënten in de toekomst te kijken in hoeverre bij het doormaken van een infectie uitgekomen wordt met Acetylsalicylzuur of Clopidogrel.. Zou desnoods tijdelijke intensivering van de antiplaatjestherapie of mogelijk tijdelijke antistollingstherapie het cardiovasculaire risico kunnen verlagen?	KNMP
---	-------------

Hartelijk dank voor uw verzoek en excuses voor onze late reactie. Het NHG zal niet deelnemen aan de knelpuntenanalyse van het cluster Antitrombotisch beleid omdat het ons vanwege het grote aantal clusters waar deelname van het NHG voor gevraagd wordt niet lukt om voor al deze clusters knelpunten te inventariseren. De modules opgenomen in het cluster hebben raakpunten met de volgende richtlijnen van het NHG (zie: https://richtlijnen.nhg.org/): • NHG-Standaard Atriumfibrilleren • NHG-Standaard Diep veneuze trombose Voor huisartsen is het beleid zoals in bovenstaande NHG-Standaarden beschreven leidend. We verwachten dus dat de aanbevelingen van de modules die herzien worden alleen de tweedelij (en dus niet de huisarts betreffen) en aansluiten op het beleid zoals beschreven in bovenstaande NHG-Standaarden. Mochten er knelpunten zijn op het raakvlak van eerste en tweedelij, dan verzoeken we u met ons contact op te nemen, zodat we daar over in gesprek kunnen gaan.	NHG
--	------------