

Behandelaarschap =
Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking

Rollen en verantwoordelijkheden bij de behandeling met Vitamine K-antagonisten

WERKDOCUMENT

Mei 2011



Nederlandsche
Vereniging
voor Internistische
Verpleegkunde



Centraal bureau van medicatiegegevens
Gedeeltes



Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking

Inhoud

1. Inleiding
2. Samenvatting
3. Het begrip behandelaarschap
4. De keten + 8 stellingen
5. Praktische uitwerking van concrete situaties

Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking

1. Inleiding

Ter verbetering van de antistollingsbehandeling met vitamine K-antagonisten (VKA) in Nederland heeft de Federatie van Nederlandse Trombosediensten (FNT) het initiatief genomen tot een landelijk overleg met relevante ketenpartners. Deze andere bij de keten betrokken beroepsorganisaties¹ herkenden de kwaliteitsvraagstukken en zijn enthousiast in het traject gestapt zodat we kunnen spreken van een breed gedragen samenwerkingsproject dat gere-sulteerd heeft in de vorming van de 'Stuurgroep Keten Antistollingsbehandeling'.

Het uitgangspunt voor dit initiatief ligt in het feit dat is gebleken dat een substantieel deel van de vermijdbare ziekenhuisopnamen door verkeerd medicijngebruik voor rekening van de behandeling met VKA komt, al dan niet in combinatie met andere middelen (zie eindrapport onderzoek 'Hospital Admissions Related to Medication' (HARM), november 2006).

Dit onderzoeksgegeven, gecombineerd met de opvatting dat onduidelijkheden en onvolkomenheden ten aanzien van het thema 'behandelaarschap' vaak mede aan de basis staan van dit type kwaliteitsvraagstukken, vraagt om een kritische beschouwing en een nadere uitwerking van dit begrip. Dit eens te meer omdat in voorbereidende sessies door alle samenwerkende partijen, juist in de antistollingsketen, dit ook nadrukkelijk als een ervaringsfeit werd gedeeld. De verwachting is dat een betere definitie en implementatie van het behandel-aarschap met betrekking tot de antistolling met VKA zal leiden tot een verbetering van de effectiviteit en veiligheid.

Het is zinnig het begrip behandelaarschap in de antistollingsketen duidelijk te definiëren en duidelijkheid te creëren over de vraag wie in bepaalde situaties de regie heeft rondom de antistollingsbehandeling. De uitvoering van deze regiefunctie in al zijn facetten betekent dat een antistollingsbehandeling in alle situaties op verantwoorde wijze wordt gecontinueerd omdat er te allen tijde tenminste één instantie (organisatie, persoon) is die deze behandeling bewaakt en coördineert. Het gevolg hiervan zal zijn dat de behandeling met VKA effectiever en veiliger wordt. Dit is immers de doelstelling van zowel de landelijke Stuurgroep als de twee daaruit voortgekomen werkgroepen, die zich richten op scholing en behandelaarschap. De werkgroep Behandelaarschapⁱⁱ heeft zich gebogen over de vraag wat behandelaarschap inhoudt. Deze notitie, geaccordeerd door de Stuurgroep, is hiervan het resultaat.

Voorschoten, mei 2011

Nb: reactie mr. J. Legemaate van de KNMG, april 2010:

"...Ik ben van mening dat in uw rapport op een juridisch verantwoorde wijze invulling wordt gegeven aan het (hoofd)behandelaarschap in de antistollingsketen. Ik herken in de tekst veel van de dilemma's en afwegingen die ook bij het maken van onze Handreiking¹ naar voren komen: situaties en dus ook verantwoordelijkheden kunnen snel wisselen, niet altijd is duidelijk wie de hoofdbehandelaar is etc etc. Ik meen dat die dilemma's in uw tekst op een elegante wijze worden 'opgelost', door op p. 4-5 (note redactie: is 8 geworden) uit te werken wie op welk moment over welke informatie dient te beschikken. Dat lijkt mij een goede manier om risico's op patiëntonveiligheid te verkleinen.".....

¹ Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, 26 januari 2010, KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF.

2. Samenvatting

Dit rapport beoogt duidelijkheid te creëren over zowel de vormgeving van de continue hoofdrol, de voorwaarden voor de incidentele nevenrol en de integratie van beide rollen tot één groot begrip behandelaarschap.

Deze nota is als volgt samen te vatten:

- Behandelaarschap in de antistollingsketen is een complex begrip met de patiënt als meest continue factor.
- Er worden verschillende eisen gesteld aan het continue (hoofd)behandelaarschap en het incidentele (neven)behandelaarschap. Het eerste wordt vormgegeven door huisarts, apotheek en trombosedienst (de zogenaamde HAT-As). Aan het tweede worden eisen van kennis en ervaring gesteld.
- Alle betrokken behandelaars dienen hun eigen beperkingen te kennen m.b.t. hun specifieke kennis en ervaring. Daarnaast dienen zij een goed overzicht van het patiëntendossier te hebben.
- Communicatie is een belangrijke voorwaarde en alle behandelaars moeten willen en kunnen overleggen dankzij goed geregelde randvoorwaarden.
- Informatie moet centraal beheerd worden en toegankelijk zijn. De trombosedienst is de meest aangewezen instantie om dit in de eerste-lijn te doen. De andere behandelaars dienen de trombosedienst actief te informeren omtrent relevante gebeurtenissen. En vice versa.
- De persoonlijke attitude van de diverse betrokken behandelaars is cruciaal. De keten moet zo georganiseerd zijn dat de ketenattitude nadrukkelijk is gericht op de veiligheid en effectiviteit van de unieke patiënt.

3. Behandelaarschap

In de complexiteit van kennis en specialisaties is behandelaarschap anno 2011 een gelaagd begrip. Afhankelijk van de gezondheidsthematiek van de patiënt zijn er op diverse fronten meerdere behandelaars bij de patiënt betrokken. Men kan spreken van een hoofdbehandelaar en nevenbehandelaars maar een verschuiving in de gezondheidsvragen van de patiënt leidt bij deze eenvoudige indeling al snel tot een rolwisseling. Het algemene begrip behandelaarschap is daarmee complex, meervoudig en veranderlijk in de tijd waarbij de patiënt de enige constante factor is.

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) geeft de pijlers aan voor goed behandelaarschap in termen van *informed consent*, goede verslaglegging en dossiervorming en *state-of-the-art* handelen. Daarmee wordt de unieke relatie tussen de behandelaar en de patiënt bekrachtigd. Het betreft hier vooral het individuele behandelaarschap. Dit vormt de basis van het complexe behandelaarschap.

De zogenaamde CanMEDS-criteria definiëren voor het begrip behandelaar een 7-tal competenties:

1. medisch besluiten en handelen
2. communicatie en empathie
3. samenwerking met professionals en patiënten
4. structuur- en taakorganisatie
5. maatschappelijke attitude en handelen
6. ontwikkeling eigen en breed wetenschappelijke kennis
7. professionele moraal, deugd en gedrag

Behandelaarschap is echter veel meer dan een optelsom van individuele behandelingsituaties. In de complexiteit van de hedendaagse zorg vinden we een groot aantal interacties en *interfaces* tussen de diverse behandelaars rond de patiënt en deze kennen weer hun eigen dynamiek en problemen met zowel overlappingsen als lacunes als gevolg, resulterend in fouten, inefficiëntie en onduidelijkheid.

Er zijn meerdere begrippen waarmee behandelaarschap geassocieerd kan worden. De belangrijkste drie zijn regie, coördinatie en verantwoordelijkheid. Zo is het een vraag of behandelaarschap samenvalt met eindverantwoordelijkheid. En voor wat dan? Is dat wel te organiseren of iemand aan te doen?

Het belangrijkste uitgangspunt is de patiënt. Als handelend en denkend individu is deze bovenal ook partner in de keten, en als gezondheidsprobleem doel van diezelfde keten. De patiënt heeft dus een dubbelrol; als subject en object. Deze dubbelrol moet zowel door hem zelf als door de behandelaars, goed begrepen worden. In feite draagt de patiënt dus bij aan het begrip van behandelaarschap. Bewustwording en onderricht op dit punt leveren dan ook een belangrijke bijdrage aan de *empowerment* van de patiëntenbijdrage aan de keten.

Om te begrijpen wat goed behandelaarschap is dienen we de vraag stellen waar goed behandelaarschap toe moet leiden.

In zijn algemeenheid hanteren we hiertoe de bekende begrippen: effectiviteit, efficiëntie, patiëntgerichtheid en veiligheid. In het kader van de antistollingsketen is het goed meer te specificeren. Het voorkomen van vermijdbare complicaties en het verschaffen van meer duidelijkheid naar de patiënt staan als doelen centraal. De genoemde duidelijkheid dient dan vooral de patiënt als partner in de keten te versterken en diens vertrouwen in de gehele keten te bevorderen.

Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking

Wanneer we op grond van het bovenstaande, het behandelaarschap meer specifiek willen benoemen dan gaat het om een rol die toeziet op het vermijden van lacunes en overlappingen tussen de rollen en verantwoordelijkheden van de diverse individuele behandelaars.

Dit betekent signaleren, coördineren en soms zelf een lacune vullen. Maar ook soms registreren, knopen doorhakken en *feedback* geven. Als deze rol goed wordt ingevuld dan is het mogelijk de keten beter te laten presteren en daarbij aan de complexe hoogwaardige zorg recht te doen. De behandelaars moeten over deskundigheid kunnen beschikken, verantwoordelijkheid kunnen en willen waarmaken en het legitimaat hebben van de andere partners in de keten. Dan ontstaat er een eindverantwoordelijkheid die gebaseerd is op communicatief handelen, in samenwerking met de patiënt en in opdracht van de gehele keten, welke benoemd is als hoofdbehandelaarschap. Iedere arts die in een concrete situatie een besluit neemt m.b.t. de behandeling met VKA stapt op dat moment in een behandelaarsrol. Daarbij geldt als (geleend) motto:

Behandelaarschap = meesterschap = vakmanschap + samenwerking

Hoofdbehandelaarschap als continue factor in de tijd

De partijen die een rol spelen in de basisgezondheidszorg zijn, naast de patiënt, de huisarts of verpleeghuisarts, de openbare apotheek en de trombosedienst. Zij vormen de logische ruggengraat van het behandelaarschap, de 'HAT-As'. De argumentatie hiervoor is in de eerste plaats de *common sense* dat deze HAT-As al lange tijd in Nederland deze rol op een goede manier vervult. In de tweede plaats is deze HAT-As in de eerste lijn geïntegreerd en vormt daarmee (rondom de huisarts) een continue factor in de tijd. Dit in tegenstelling tot de tweedelijns ketenpartners. De HAT-As dient volledig geïnformeerd te zijn omtrent de antistollingsbehandeling. Dit geldt in het bijzonder over te plegen of gepleegde interventies en optredende problemen. De trombosedienst vervult een belangrijke functie in deze HAT-As als het gaat over de praktische monitoring van de behandeling, de centrale dossiervorming en het speciële medische beleid. Samen met apotheek en huisarts wordt op deze wijze vorm gegeven aan het hoofdbehandelaarschap dat in feite gezien kan worden als het continue behandelaarschap.

Zodra hier een wijziging in komt dient de vorige hoofdbehandelaar direct geïnformeerd te worden over deze wijziging met expliciete overdracht van taken en verantwoordelijkheden.

Nevenbehandelaarschap als incidentele factor in de tijd

Er kunnen zich vele momenten voordoen tijdens de antistollingsbehandeling waarop anderen, nevenbehandelaars, acteren en interveniëren, bijvoorbeeld rondom medische ingrepen en/of ziekenhuisopnamen. Deze acties kunnen met of zonder tussenkomst van de trombosedienst plaatsvinden. Tussenkomst van de trombosedienst kan achterwege blijven indien de nevenbehandelaar over voldoende deskundigheid en patiëntinformatie beschikt. In hoeverre dit zo is kan alleen door de betreffende behandelaar geconcludeerd worden. Deze conclusie zal op een zelfkritische wijze tot stand moeten komen.

Het is daarmee aan iedere nevenbehandelaar om zelf te bepalen of deze voldoende bekwaam is met betrekking tot de gewenste interventie. Niettemin lijkt het zinnig categorale, protocollaire uitspraken te doen over het legitimaat met betrekking tot bepaalde interventies. Niet iedereen hoeft te doen wat hij of zij wellicht in strikt formele zin mag doen.

Het is van belang dat de nevenbehandelaars snel en volledig kunnen worden geïnformeerd door de HAT-As.

4. De keten + 8 stellingen

Het behandelaarschap op het niveau van de keten is een begrip dat niet permanent aan één behandelaar is toe te wijzen. Het is met name de behandelomgeving van de patiënt die op een gegeven moment bepaalt wie welke rol en verantwoordelijkheid heeft.

Behandelaarschap is in zijn algemeenheid daarmee niet alleen te kwalificeren als 'wie', maar ook als 'hoe'. Het betreft hoofdbehandelaarschap als continuïteit van deskundigheid en nevenbehandelaarschap in een specifieke behandelingscontext. Samen vormen zij het totale begrip behandelaarschap in de keten waarbij communicatie en deskundigheid een sleutelrol hebben.

De volgende centrale stellingen dienen als basis voor het algemene begrip van behandelaarschap in de antistollingsketen.

Stelling 1

Te allen tijde dient duidelijk te zijn welke behandelaar de indicatie(s) van de antistollingsbehandeling beheert, primair (indicatiestelling) of secundair (geldigheid in de loop van de tijd).

Stelling 2

Degene die intervenueert in de antistollingsbehandeling moet deskundig zijn en over voldoende informatie over de patiënt beschikken.

Stelling 3

Degene die intervenueert in de antistollingsbehandeling moet hiervan op een duidelijke wijze aantekening maken in het door hem of haar beheerde patiëntendossier.

Stelling 4

Volledige informatie is een vitale voorwaarde in elke situatie. De informatie moet voor alle betrokken behandelaars toegankelijk zijn.

Stelling 5

Er moet een spil zijn die, als continuüm in de tijd, het overzicht houdt over de antistollingsbehandeling en van daaruit een signalerende en coördinerende rol heeft,

Stelling 6

Indien noodzakelijkerwijs medicatie moet worden afgeleverd die vanwege een interactie risicovol is dan dient rechtstreeks overleg tussen voorschrijver of apotheek en de trombosedienst plaats te vinden.

Stelling 7

Een voorwaarde voor het totale, hier beschreven, behandelaarschap is dat alle betrokken behandelaars volgens dezelfde afspraken en richtlijnen werken (zie bijlage).

Stelling 8

Iedere behandelaar dient zich individueel als 'goed behandelaar' op te stellen.

De noodzakelijke voorwaardenscheppende communicatie kan als volgt worden samengevat:

Het is van belang dat **alle behandelaars** van een patiënt op **ieder behandelmoment geïnformeerd zijn** over de **indicatie** voor de antistollingsbehandeling en dat **iedere interventie** (aanpassing indicatie, ingreep, leefomstandigheden, medicatiewijziging) die van invloed is op deze behandeling **wordt gecommuniceerd** aan de overige behandelaars van de patiënt maar tenminste aan de trombosediensten die een coördinatiefunctie vervullen m.b.t. deze behandeling.

Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking

5. Praktische uitwerking

Hoe kan het begrip behandelaarschap worden vertaald naar de concrete praktijk van de antistollingsketen?

Allereerst moet de continue hoofdbehandelaar te allen tijde kunnen beschikken over de volgende informatie omtrent de antistollingsbehandeling:

- actueel medicatieoverzicht
- iedere verandering in comoborditeit
- indicatie: indicatiesteller (hoofdbehandelaar), indicatiestelling, indicatieduur, (afwijkende) streefwaarde
- trombo-embolierisico
- de antistollingsmedicatie bij start en heraanmelding van de patiënt
- interventies
- contra-indicaties
- voorgeschiedenis
- levensstijlaspecten (met name sociale context)
- de meest recente INR-waarden en doseringen
- interacterende medicatie

Een up-to-date dossier wordt door de trombosedienst, t.b.v. de HAT-As, bijgehouden. De informatie daaruit is beschikbaar voor huisarts en apotheek (en overige behandelaars). De trombosedienst moet op één of andere wijze 7 x 24 uur bereikbaar zijn voor de andere behandelaars.

Om verantwoord te kunnen interveniëren in de antistollingsbehandeling, is de hieronder vermelde patiëntinformatie en kennis essentieel voor een incidentele nevenbehandelaar. Iedere behandelaar is verantwoordelijk voor een volledige overdracht naar de vervolgbehandelaar:

- oorspronkelijke indicatie(s) en het trombo-embolie risico
- informatie van indicatiesteller omtrent de noodzaak voor bridging
- kennis van de bloedingsrisico's rond de eigen ingrepen en het gewenste coupeerbeleid
- kennis over de noodzaak voor en de gevolgen van het gebruik van vitamine K
- kennis van specifieke eigenschappen van antistollingspreparaten (farmacokinetische en -dynamische eigenschappen van acenocoumarol en fenprocoumon)

Het voorgaande heeft consequenties voor het incidentele nevenbehandelaarschap in een aantal, veel voorkomende, concrete situaties. Deze situaties worden nader uitgewerkt.

- a Beleid rond ingrepen (bridging)
- b Instabiliteit van de INR
- c Indicatiestelling en -bewaking inclusief gewenst INR-niveau en behandelduur
- d Hoe te interveniëren bij intercurrente ziektes
- e Hoe te handelen bij zwangerschap
- f Informatieverstrekking aan de patiënt
- g Interacties met andere geneesmiddelen
- h Optredende complicaties

Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking

Ad a. Beleid rond ingrepen (bridging)

Van de behandelaar die het beleid rond een ingreep vaststelt wordt verwacht dat hij deze de richtlijnen kent en weet toe te passen. Naast de genoemde kennis en informatie is inzicht in het gebruik van laag-moleculairgewicht heparines noodzakelijk.

Waar dat niet het geval is kan de arts van de trombosedienst het beleid adviseren c.q. vaststellen. Het is wenselijk deze deskundigheid voor degene die een ingreep wil doen laag-drempelig beschikbaar te maken, bij voorkeur via een ICT-oplossing.

Het is ongewenst het beleid rond ingrepen te laten bepalen door specialisten die hier maar een enkele maal mee te maken hebben.

Ad b. Instabiliteit van de INR

Kennis van de mogelijke (patiënt)factoren die de stabiliteit beïnvloeden is onontbeerlijk. Van de behandelaars wordt verwacht dat zij vanuit deze kennis de patiënt motiveren om nauwkeurig om te gaan met de antistollingsmedicatie en dat zij in hun eigen handelen zich door deze kennis laten leiden.

Voor de trombosediensten is dit dagelijks werk. Zij hebben een kerntaak m.b.t. de patient compliance. Voor overleg over probleempatiënten dient deze kennis bij alle ketenbehandelaars op hoofdlijnen aanwezig te zijn.

Ad c. Indicatiestelling en -bewaking inclusief gewenst INR-niveau en behandelduur

De hiertoe benodigde deskundigheid en kennis betreft ten eerste kennis van de CBO-richtlijn (Veneuze Trombo-embolie en Secundaire Preventie Arteriële Trombose, 2009) en andere relevante richtlijnen. Hiernaast is een totaal patiëntbeeld en volledige dossierkennis noodzakelijk. Dit laatste kan niet zonder goed en structureel overleg. Communicatie is daarbij essentieel. Er bestaat een inspanningsverplichting om met elkaar te communiceren op basis van medische argumenten.

De belangrijkste behandelaars zijn de indicierend arts (vaak een medisch specialist) en de huisarts. Zij dragen de verantwoordelijkheid voor de juiste behandelduur en het instelniveau van de INR. De trombosedienst kan de algemene kaders aanreiken maar besluit niet zelfstandig.

Voor de besluitvorming rondom gecompliceerde behandelsituaties is vaak de HAT-As aangewezen. Hier komen ook de argumenten van diverse betrokken behandelaars samen.

De huisarts heeft daarin een centrale rol maar de trombosedienst zal vaak het initiatief nemen, bijvoorbeeld door periodieke overzichten aan de huisarts ter verificatie aan te bieden. Met name bij besluitvorming in complexe situaties moeten er verschillende factoren worden gewogen. Er is wel wetenschappelijke kennis beschikbaar maar deze richt zich vooral op enkelvoudige medische situaties. Voor de individuele patiënt wordt een goed besluit in complexe situaties gekenmerkt door een synthese van de onderscheiden factoren. Dit vereist moed en meesterschap.

Ad d. Hoe te interveniëren bij intercurrente ziektes

Hierbij is de algemeen klinische kennis van de behandelaar relevant. Meer specifiek gaat het om die co-morbiditeit die invloed heeft op de instelling op VKA, bijv. gestoorde lever- of nierfunctie). Het is dan ook belangrijk dat de overige behandelaars deze informatie actief ter beschikking stellen aan de doserend arts, meestal van de trombosedienst.

Ad e. Hoe te handelen bij zwangerschap

Huisartsen geven in het geval van gebruik van antistollingsmedicatie preconceptueel advies. Hetzelfde geldt voor de trombosedienst die tevens de huisarts aanvullend adviseert. Indien een patiënt vanwege zwangerschap naar de 2^e lijn wordt verwezen wordt tegelijkertijd de verantwoordelijkheid rondom de antistolling overgedragen. In overleg kan de omzetting op laag-moleculairgewicht heparines al door de trombosedienst geïnitieerd worden.

Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking

Ad f Informatieverstrekking aan de patiënt

Het is van belang dat de informatie aan de patiënt juist, volledig en eenduidig is. De informatie van diverse behandelaars moet op elkaar aansluiten en niet tegenstrijdig zijn. Communicatiemateriaal dient op een centrale informatiebron te zijn afgestemd. Trombosediensten kunnen via de website van hun koepelorganisatie (de FNT) deze informatie beschikbaar stellen.

Ad g Interacties met andere geneesmiddelen

Kennis van de interacties tussen VKA en de door hem/haar voorgeschreven geneesmiddelen is voor iedere behandelaar relevant. De belangrijkste bron is de Standaard Afhandeling Cumarine-interacties (FNT website). De communicatie tussen voorschrijver, apotheek en trombosedienst moet goed georganiseerd zijn waarbij de relevantie van de interacties erkend wordt. De apotheek heeft in dit proces een centrale signalerende rol. Voorschrijvers dienen de door de apotheek gegeven signalen serieus te nemen en zullen hun voorschriften zover mogelijk aanpassen.

Ad h Optredende complicaties

Onder complicaties worden bloedingen en trombo-embolie recidieven verstaan. Deze moeten herkend en vastgelegd worden. Het verband met de kwaliteit van de voorafgaande instelling op VKA moet goed begrepen worden. Voor het te volgen beleid is het van belang een goed inzicht te hebben in de dynamiek van stollingsfactoren en de farmacokinetiek en -dynamiek van de VKA en van vitamine-K. Voorkomen moet worden dat er door ondeskundig handelen een verstoring van de VKA-behandeling optreedt waarbij de patiënt een te hoog trombo-embolie- en/of bloedingsrisico loopt.

i

Samenstelling Stuurgroep Keten Antistollingsbehandeling

De Hart & Vaatgroep

FNT, Federatie van Nederlandse Trombosediensten

IVM, Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

KNMP, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

NHG, Het Nederlands Huisartsen Genootschap

NIV, Nederlandsche Internisten Vereeniging

NMT, Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde

NVA, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie

NVK, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

NVVC, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

NVVH, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

NVZA, Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers

Projectgroep Medicatieoverdracht

VERENSO, Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde / sociaal gerieters

ii

Samenstelling werkgroep Behandelaarschap:

Drs. R.P. van 't Land, FNT, voorzitter werkgroep behandelaarschap

Dr. A.T.M. van Holten-Verzantvoort, FNT

Drs. A. Horikx, KNMP

Drs. L. Boomsma, NHG

Drs. H.J. Blom, NIV

Dr. P. de Smit, NVVH

Drs. M. van Leen, VERENSO

Lijst van gebruikte afkortingen

CanMEDS Canadian Medical Education Directions for Specialists

FNT: Federatie Nederlandse Trombosediensten

HARM: Hospital Admissions Related to Medication

HAT: Huisarts, Apotheek, Trombosedienst

VKA: Vitamine K-antagonisten

WGBO: Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst