

Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking

Notitie van de werkgroep Behandelaarschap
voortkomend uit Stuurgroep Keten Antistollingsbehandeling

Augustus, 2010



Behandelaarschap = Meesterschap = Vakmanschap + Samenwerking

Notitie van de werkgroep Behandelaarschap

Augustus 2010

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 beroepsorganisatiesⁱ herkennen de kwaliteitsvraagstukken en zijn enthousiast in het traject gestapt zodat we kunnen spreken van een breed gedragen samenwerkingsproject dat geresulteerd 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 is, 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 wellicht een nieuwe 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 impliciete verwachting is dan ook dat een betere conceptualisering en implementatie van het behandelaarschap met betrekking tot de antistolling met VKA tot een verbetering van effectiviteit en veiligheid zal leiden, meetbaar aan minder gerelateerde ziekenhuisopnames.

Het lijkt wenselijk het begrip behandelaarschap in de antistollingsketen nader te specificeren en daarmee 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. Een logisch te verwachten gevolg hiervan zal zijn dat de behandeling met VKA effectiever en veiliger wordt. Dit is tenslotte de doelstelling van zowel de landelijke Stuurgroep als de twee daaruit voort gekomen werkgroepen, die zich richten op scholing en behandelaarschap. De werkgroep behandelaarschapⁱⁱ heeft zich gebogen over de vraag wat behandelaarschap eigenlijk is. Deze notitie is hiervan het resultaat.

Behandelaarschap

In de complexiteit van kennis en specialisaties, anno 2010, is behandelaarschap een gelaagd begrip. Afhankelijk van de gezondheidsthematiek van de patiënt zijn er op diverse fronten meerdere behandelaars bij de patiënt betrokken. Je zou bijvoorbeeld kunnen spreken van een hoofdbehandelaar en nevenbehandelaars maar een verschuiving in de gezondheidsvragen van de patiënt leidt ook bij deze eenvoudige indeling al snel weer tot rolwisseling. Het algemene begrip behandelaarschap is daarmee complex, meervoudig en veranderlijk in de tijd. Het is een kwestie van schuivende panelen en de enige constante factor is de patiënt zelf.

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 in feite de unieke contractuele relatie tussen die ene behandelaar en die unieke patiënt bekrachtigd. Het betreft hier vooral het individuele behandelaarschap. Vanzelfsprekend is dit het 'elementaire deeltje' van het complexe behandelaarschap.

De z.g. CANMEDS-criteria definiëren hierin voor het begrip behandelaar een 7-tal themavelden:

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

Het meervoudige, algemene begrip van behandelaarschap is echter veel meer dan een optelsom van het individuele. In de complexiteit van de hedendaagse zorg vinden we immers een groot aantal interacties en interfaces tussen de diverse behandelaars rond de patiënt en deze kennen weer hun eigen dynamiek en problemen. Zo zijn er zowel overlappingsen als lacunes met fouten, inefficiëntie en onduidelijkheid als gevolg.

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

En laten we de patiënt niet vergeten. Als handelend en denkend individu is deze vooral partner in de keten, als gezondheidsprobleem doel van diezelfde keten. De patiënt heeft, zo gezien, een dubbelrol als subject en object en deze moet zowel door hem of haar zelf, als door de behandelaars, goed begrepen worden. In feite lijkt de patiënt dus bij te dragen aan het algemene begrip van behandelaarschap. Bewustwording en onderricht op dit punt kunnen dan ook een belangrijke bijdrage leveren aan de empowerment van de patiëntenbijdrage aan de keten.

Om te begrijpen wat goed behandelaarschap is kunnen we de vraag stellen waar goed behandelaarschap toe moet leiden. In zijn algemeenheid kunnen we hiertoe de bekende begrippen hanteren: effectiviteit, efficiëntie, patiëntgerichtheid en veiligheid. In het kader van de antistollingsketen lijkt het goed iets meer te specificeren. Bijvoorbeeld door het verminderen van het aantal vermijdbare complicaties en het verschaffen van meer duidelijkheid naar de patiënt als doelen centraal te stellen. De genoemde duidelijkheid moet dan vooral de patiënt als partner in de keten versterken en diens vertrouwen in de gehele keten bevorderen.

Als we op grond van het bovenstaande behandelaarschap meer specifiek zouden willen benoemen dan gaat het om een rol welke toeziet op het vermijden van lacunes en overlappingsen tussen de rollen en verantwoordelijkheden van de diverse individuele behandelaars. Dit betekent signaleren, coördineren en soms zelf het gat vullen. Maar ook soms regisseren, knopen doorhakken en feedback geven. Als deze rol goed wordt ingevuld dan moet het mogelijk zijn de keten beter te laten presteren en daarbij aan de complexiteit van hoogwaardige zorg recht te doen. De rolhouder(s) moeten dan 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 (meer gebaseerd op communicatief handelen dan op macht, in samenwerking met de patiënt en in opdracht van de gehele keten) welke we zouden willen benoemen als hoofdbehandelaarschap.

Het invullen van dit hoofdbehandelaarschap in de antistollingsketen is één doel van de zoektocht van de werkgroep. Daarnaast geldt dat iedere arts die in een concrete situatie een besluit neemt m.b.t. de behandeling met VKA op dat moment in een behandelaarsrol stapt. Daarbij zou als (geleende) slogan kunnen gelden: Behandelaarschap = meesterschap = vakmanschap + samenwerking

De keten

Het behandelaarschap op het niveau van de keten is een concept dat niet permanent aan één behandelaar is toe te wijzen. Het is in hoge mate contextueel, dat wil zeggen dat de behandelomgeving van de patiënt op een bepaald moment bepaalt wie welke rol en verantwoordelijkheid heeft.

Behandelaarschap is in zijn algemeenheid daarmee niet alleen te kwalificeren als 'wie', maar vooral als 'hoe'. Het betreft hoofdbehandelaarschap als continuïteit van deskundigheid en nevenbehandelaarschap in een specifieke handelingscontext. Samen vormen zij het totale concept behandelaarschap in de keten waarbij communicatie en deskundigheid een sleutelrol vervullen. Dit rapport beoogt duidelijkheid te creëren over zowel de vormgeving van de hoofdrol, de voorwaarden voor de nevenrol en de integratie van beide rollen tot één groot begrip behandelaarschap. Dit begrip zal een generiek beeld opleveren voor ketenzorg in het algemeen wat in de concrete situatie ingevuld zal worden voor de antistollingsketen.

Stellingen

De werkgroep heeft een achttal centrale stellingen geformuleerd welke als kapstok voor het algemene begrip van behandelaarschap in de antistollingsketen dient.

- I. 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).
- II. Degene die intervenueert in de antistollingsbehandeling moet deskundig zijn en over voldoende informatie over de patiënt beschikken.
- III. Degene die intervenueert in de antistollingsbehandeling moet hiervan op een duidelijke wijze aantekening maken in het patiëntendossier.
- IV. Informatie(uitwisseling), wanneer nodig, is een vitale voorwaarde in elke situatie. De informatie moet voor alle betrokken behandelaars toegankelijk zijn.
- V. 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.
- VI. Wanneer noodzakelijkerwijs medicatie moet worden afgeleverd die vanwege een interactie risicovol is dan dient rechtstreeks overleg met de trombosedienst plaats te vinden.
- VII. Een voorwaarde voor het totale, hier beschreven, behandelaarschap is dat alle actoren volgens dezelfde afspraken en richtlijnen werken.
- VIII. Iedere behandelaar dient zich individueel als 'goed behandelaar' op te stellen.

De noodzakelijke voorwaardenscheppende communicatie kan, in één statement, 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 behandelaren van de patiënt maar tenminste aan de uitvoerders van de antistollingsbehandeling zijnde de trombosediensten die een coördinatiefunctie vervullen in de eerste lijn m.b.t. deze behandeling.

De aanwezige vertegenwoordigers van de relevante beroepsgroepen zien in feite geen reëel alternatief voor de trombosedienst. Daarmee vervalt voor de werkgroep in haar eigen beleving de opdracht om een alternatief scenario uit te werken. De werkgroep kiest voor een verbetering van het bestaande concept met een coördinerende en uitvoerende rol van de trombosediensten.

Hoofdbehandelaarschap als continue factor in de tijd

De partijen die een rol spelen in de basisgezondheidszorg, te weten de patiënt, de Huisarts (verpleeghuisarts), de openbare Apotheek en de Trombosedienst, zijn de logische ruggengraat van het behandelaarschap, de as 'HAT'. De argumentatie voor deze stelling is tweërlei. In de eerste plaats op basis van de common sense dat deze al sinds lange tijd in Nederland deze rol op een goede manier vervult. In de tweede plaats doordat deze in de eerste lijn gepositioneerd is en daarmee (rondom de huisarts) een continue factor in de tijd is, in tegenstelling tot de tweedelijns ketenpartners. De as 'HAT' dient permanent goed geïnformeerd te worden en zijn omtrent de antistollingsbehandeling. Dit geldt in het bijzonder over te plegen of gepleegde interventies en optredende problemen.

De werkgroep hecht aan de bestaande plaats van de trombosedienst in deze as 'HAT' 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 er wijziging komt in het hoofdbehandelaarschap dan dient de vorige hoofdbehandelaar altijd geïnformeerd te worden over die wijziging met expliciete overdracht van taken en verantwoordelijkheden.

Nevenbehandelaarschap als incidentele factor in de tijd

Er kunnen zich vele momenten voordoen waarop anderen 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 betrokken individuele behandelaars over voldoende deskundigheid en patiëntinformatie beschikken. In hoeverre dit zo is kan alleen door de desbetreffende nevenbehandelaar geconcludeerd worden. Deze conclusie zal, anders dan in de huidige praktijk, op een zelfkritische wijze getrokken moeten worden.

Het is daarmee aan iedere behandelaar zelf om 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 deze nevenbehandelaars, in feite bijdragend aan het incidentele behandelaarschap, een eenvoudige en snelle toegang hebben tot de deskundigheid en het dossier van de hoofdbehandelaar, in casu de trombosedienst namens de as 'HAT'. Deze zal het merendeel van de gestelde vragen kunnen beantwoorden en indien gewenst de weg weten naar aanpalende specialismen.

Praktische uitwerking

Het tot nu toe conceptueel beschreven behandelaarschap in de antistollingsketen behoeft een vertaling naar de concrete praktijk. De werkgroep heeft hiertoe een drietal vragen verder uitgewerkt:

- A. De eerste vraag luidt over welke informatie de continue hoofdbehandelaar te allen tijde moet kunnen beschikken omtrent de antistollingsbehandeling? De werkgroep is van mening dat het om de volgende informatie gaat:
 - actueel medicatieoverzicht
 - iedere verandering in comorbidity
 - indicatie: indicatiesteller (hoofdbehandelaar), indicatiestelling, indicatieduur, (afwijkende) streefwaarde
 - trombo-embolie risico

- preparaat 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 kan door de trombosedienst, t.b.v. de as 'HAT', bijgehouden worden en permanent inzichtelijk zijn voor huisarts en apotheek. Deze trombosedienst moet dan op één of andere wijze 7x24 uur bereikbaar zijn voor de andere behandelaars.

- B. De tweede vraag luidt over welke patiëntinformatie en deskundigheid een incidentele nevenbehandelaar in algemene zin dient te beschikken om verantwoord te kunnen interveniëren in de antistollingsbehandeling. Met de toevoeging dat iedere behandelaar verantwoordelijk is voor een volledige overdracht naar de vervolghandelaar wordt de volgende informatie en kennis essentieel geacht:
- 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 coupeergedrag
 - 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)
- C. De derde vraag luidt welke de consequenties van het voorgaande zijn voor het incidentele behandelaarschap in een aantal, veel voorkomende, concrete situaties zoals:
- beleid rond ingrepen (bridging)
 - instabiliteit van de INR
 - indicatiestelling en -bewaking inclusief gewenst INR-niveau en behandelduur
 - hoe te interveniëren bij ziektes (gestoorde lever- en nierfuncties)
 - hoe te handelen bij zwangerschap
 - informatieverstrekking aan de patiënt
 - interacties met andere geneesmiddelen
 - optredende complicaties

Beleid rond ingrepen

De hierbij benodigde kennis is hetgeen beschreven onder 'B'. Van de behandelaar die het beleid rond een ingreep vaststelt mag verwacht worden dat 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 ligt voor de hand deze deskundigheid ook voor degene die de ingreep wil doen laagdrempelig beschikbaar te maken, bij voorkeur via een ICT-oplossing.

Het ligt niet voor de hand het beleid rond ingrepen te laten bepalen door specialisten die hier maar een enkele maal mee te maken hebben.

Instabiliteit van de INR

Kennis van de mogelijke (patiënt)factoren welke de stabiliteit beïnvloeden zijn voorwaarde. Van de behandelaars mag worden verwacht dat zij vanuit deze kennis de patiënt kunnen motiveren tot een nauwkeurig omgaan met de antistollingsmedicatie en dat zij in hun eigen handelen zich mede 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 echter bij alle ketenbehandelaars op hoofdlijnen aanwezig te zijn.

Indicatiestelling en indicatiebewaking

De hiertoe benodigde deskundigheid en kennis betreft ten eerste kennis van de CBO-richtlijn en andere relevante richtlijnen. Hiernaast is een totaal patiëntbeeld en volledige dossierkennis (antistollings-gerelateerde context) noodzakelijk. Dit laatste kan niet zonder goed en structureel overleg. Communicatie is daarmee een belangrijke component. Er is sprake van een inspanningsverplichting om met elkaar te communiceren. Deze communicatie dient wel op basis van medische argumenten te verlopen.

Belangrijkste behandelaars zijn hier 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 multifactoriële behandelingsituaties is vaak de as 'HAT' het aangewezen platform. 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 deze besluitvorming in complexe situaties moeten er verschillende factoren gewogen worden. 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.

Interventie bij intercurrente ziekte

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

Zwangerschap en antistolling

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

Informatieverstrekking aan patiënten

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 afgestemd te zijn. Trombosediensten zouden middels de / een website van hun koepelorganisatie deze informatie kunnen beheren en beschikbaar stellen.

Interacties

Kennis van de interacties tussen VKA en de door hem / haar voorgeschreven geneesmiddelen is voor iedere behandelaar relevant. Belangrijke bron is de Standaard Afhandeling Cumarine-interacties (FNT website). De communicatie tussen voorschrijver, apotheek en trombose-dienst moet goed georganiseerd zijn en vooral de erkenning van de relevantie van de

interacties is essentieel. De apotheek heeft in dit proces een centrale signalerende rol. Voor-
schrijvers dienen de door de apotheek gegeven signalen serieus te nemen en bereid te zijn
hun voorschriften, indien mogelijk, aan te passen.

Optredende complicaties

Onder complicaties worden bloedingen en trombo-embolie recidieven verstaan. Deze moe-
ten als zodanig herkend worden en vastgelegd. Het verband met de kwaliteit van de vooraf-
gaande 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 farmacokine-
tiek en -dynamiek van de VKA en van vitamine-K. Voorkomen moet worden dat er door on-
deskundig handelen een onnodige verstoring van de VKA-behandeling optreedt waarbij de
patiënt een te hoog trombo-embolie- en/of bloedingsrisico loopt.

Samenvatting

Deze nota laat zich op hoofdlijnen als volgt samenvatten:

1. Behandelaarschap in de antistollingsketen is een complex begrip met de patiënt als meest
continue factor.
2. Er worden verschillende eisen gesteld aan het continue (hoofd)behandelaarschap en het in-
cidente (neven)behandelaarschap. Het eerste wordt vormgegeven door huisarts, apotheek
en trombosedienst. Aan het tweede worden eisen van kennis en ervaring gesteld.
3. Alle betrokken behandelaars dienen hun eigen beperkingen te kennen m.b.t. enerzijds de
specifieke kennis en ervaring en anderzijds een goed overzicht van het patiëntendossier.
4. Communicatie is een belangrijke voorwaarde en alle behandelaars moeten willen overleggen
t.b.v. de individuele patiënt en kunnen overleggen door goed gereguleerde randvoorwaarden.
5. Informatie moet centraal beheerd worden en toegankelijk zijn. Er vanuit gaande dat de
trombosedienst de meest aangewezen instantie is om dit namens de eerste-lijn te doen,
dienen de andere behandelaars deze actief te informeren omtrent relevante gebeurtenissen.
En vice versa.
6. 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 die ene unieke patiënt.

Samenstelling Stuurgroep Keten Antistollingsbehandeling

KNMP, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
NVVC, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
NVA, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NIV, Nederlandsche Internisten Vereeniging
NHG, Het Nederlands Huisartsen Genootschap
NMT, Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde
NVK, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVVH, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVZA, Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers
VERENSO, Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde / sociaal gerieters
De Hart & Vaatgroep
Projectgroep Medicatieoverdracht
IVM, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
FNT, Federatie van Nederlandse Trombosediensten

Samenstelling werkgroep Behandelaarschap:

Drs. A. Horikx, KNMP
Drs. H.J. Blom, NIV
Drs. L. Boomsma, NHG
Drs. M. van Leen, VERENSO
Dr. P. de Smit, NVVH
Dr. A.T.M. van Holten-Verzantvoort, FNT
Drs. R.P. van 't Land, FNT, voorzitter werkgroep behandelaarschap

Lijst van gebruikte afkortingen

VKA: Vitamine K antagonisten
FNT: Federatie van Nederlandse Trombosediensten
HARM: Hospital Admissions Related to Medication
WGBO: Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
HAT: Huisarts, Apotheek, Trombosedienst