



MASSALE DEELNAME LHV-PEILING MAAKT
OMVANG PROBLEMATIEK ANW-ZORG ZICHTBAAR

‘Het moet anders met de ANW-diensten!’





Nog nooit reageerden zoveel leden op een LHV-ledenpeiling als bij de peiling over ANW-zorg. Maar liefst 4000 huisartsen vulden de vragenlijst in en lieten duidelijk weten hoezeer de avond-, nacht- en weekenddiensten als knelpunt worden ervaren. Huisartsen lopen tegen hun grenzen aan. Waarom loopt het vast in de ANW-zorg en wat gaat de LHV daaraan doen?

Te druk, te zwaar, te weinig pauzes, te weinig huisartsen die diensten doen en te veel vragen die niet in de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten) thuis horen. Dat zijn de grootste problemen die huisartsen bij de ANW-diensten ervaren, waardoor ze vaak als een berg tegen ANW-diensten opzien. Al vinden ze de diensten op zichzelf juist boeiend en belangrijk, het wordt de huisartsen nu toch te veel.

De reacties op de LHV-peiling over de avond- nacht- en weekendzorg (ANW-zorg) waren onrustbarend in aantal en heftigheid. Voor het LHV-bestuur bevestigde deze uitkomst: hier móet wat gebeuren.

Een projectteam komt nog deze maand met een plan van aanpak met de eerste oplossingsrichtingen. Het projectteam werkt intensief samen met twee bestuursleden: Wendy Borneman, waarnemend huisarts in de regio Twente, en Carin Littooi, praktijkhouder in Driebergen. Zij herkennen de klachten over de ANW-diensten ook uit hun eigen praktijk. Borneman: "Ik vind die diensten naast de dagpraktijk ook zwaar. Je hebt er al een drukke dag opzitten en dan komt er nog een avonddienst of nachtdienst bij. Omdat je die patiënten niet kent, moet je extra alert zijn op ernstige dingen. Dat maakt het zwaar en druk."

Carin Littooi: "Dat is het: het komt erbij. Je doet een avond-, nacht- of weekenddienst, maar het gewone werk gaat door. En in de praktijk overdag wordt het ook

steeds drukker. Ik probeer een groot deel van de nachtdiensten te verkopen, maar dat wordt steeds moeilijker. Jaren geleden heb ik samen met anderen de huisartsenpost in Zeist opgericht. Dat was toen een geweldige oplossing, want in plaats van dat iedere huisarts 24-uursdienst had voor zijn eigen praktijk, werden de nachtdiensten verdeeld. Maar nu zijn de ANW-diensten zo druk geworden dat er opnieuw wat moet gebeuren."

■ Urgentie

Het probleem rond de ANW-zorg heeft de laatste maanden steeds meer urgentie gekregen. Uit de peiling blijkt dat 70 procent van de huisartsen minder diensten zou willen doen, maar dat 88 procent van hen die diensten niet altijd verkocht krijgt. In de afgelopen zomerperiode bereikte het probleem een hoogtepunt: er was een tekort aan waarnemers die diensten konden overnemen. Bij de LHV kwamen hierover veel mailtjes en telefoontjes binnen.

De LHV-bestuurders ervoeren het zelf ook. Littooi: "De waarnemer werd ziek en toen moest ik mijn nachtdienst toch zelf doen en kon ik mijn afspraken de dag erna niet nakomen." Borneman: "Ik kreeg zelfs vanuit de andere kant van het land verzoeken of ik diensten wilde doen. Soms nog voor diezelfde avond of nacht. Maar ik deed al extra diensten omdat een collega ziek was, dus het ging gewoon niet."

Het probleem is volgens de bestuursleden

**MIRIAM SMIT, PRAKTIJKHOUDER
IN PURMEREND**

‘ANW-diensten zijn steeds moeilijker te combineren met de gewone praktijk. Ik ben om 17 uur ’s middags meestal nog niet klaar met mijn eigen patiënten, telefoontjes en post, en dan moet ik al op de huisartsenpost zijn. En als ik in het weekend dienst moet doen, blijft er in mijn eigen praktijk ook werk liggen. Het probleem is daarnaast dat het steeds moeilijker wordt om de ANW-diensten te verkopen. Als praktijkhouders moeten wij heel wat diensten draaien. Het werk zelf is overigens heel plezierig. Wij werken met een regiearts, die zelf geen consulten doet, maar alles in goede banen leidt. Het probleem is de werkdruk. De beste oplossing zou zijn om alle diensten gelijk over alle praktijkhouders, hidha’s en waarnemers in de regio te verdelen, in plaats van alleen over de praktijkhouders. Dan zou het probleem opgelost zijn.’



‘Verdeel het werk
over alle dokters
in de regio’

**PATRICK KRSTMAN,
PRAKTIJKHOUDER
IN BERGSCHENHOEK
EN KADERHUISARTS
BEWEGINGSAPPARAAT**

‘De werkdruk op de huisartsenpost is hoog en het aantal ANW-diensten stijgt. Ik moet noodgedwongen steeds meer diensten verkopen. Door de toenemende drukte in mijn eigen praktijk wordt het steeds lastiger om al om 17 uur op de huisartsenpost te zijn. Tegelijkertijd wordt het moeilijker én duurder om diensten verkocht te krijgen. Ik zie het als een maatschappelijk probleem waarvoor de zorgverzekeraars primair verantwoordelijk zijn. Zoals het nu gaat, kan ANW-zorg geen onderdeel meer zijn van de reguliere huisartsenzorg. Mijn advies is: ontkoppel de reguliere huisartsenzorg overdag en de acute ANW-zorg. Laat zorgverzekeraars huisartsen contracteren die op vrijwillige basis ANW-zorg willen leveren. En start een publiekscampagne om duidelijk te maken waar de ANW-zorg echt voor bedoeld is.’

‘Zorgverzekeraars
zijn primair
verantwoordelijk’

duidelijk breder dan alleen de ANW-zorg. “De ANW-zorg is het overdrukventiel waardoor de druk op de huisartsenzorg naar buiten barst.” Littooi: “Het aanbod huisartsenzorg is de laatste vijftien jaar enorm uitgebreid doordat huisartsen steeds meer zorg vanuit de tweede lijn hebben overgenomen. Daar komen dan nog externe ontwikkelingen bij die het werk in de praktijk ook drukker en complexer maken, zoals veranderingen in de ggz en de langdurige zorg. Ouderen blijven langer thuis wonen en hebben meer zorg van de huisarts nodig.” Die drukte sijpelt ook door naar de ANW-diensten.

■ **Signalen uit het land**

Om het probleem van de ANW-diensten scherp te krijgen, heeft de LHV niet alleen een enquête gehouden, de bestuursleden trekken het land in om kringbijeenkomsten over de ANW bij te wonen en leden te spreken. Littooi: “We hebben heel veel noodkreten ontvangen van leden die ons aanspraken of mailtjes stuurden. Het is duidelijk dat er veel van huisartsen gevraagd wordt en dat die ANW-diensten om allerlei redenen als zwaar worden ervaren.

CHANTAL HENSENS, PRAKTIJKHOUDER IN WIJCHEN

“De werkdruk in ANW-diensten neemt duidelijk toe. Ik zie meer patiënten met hulpvragen die in de dagzorg thuishoren. Daarnaast worden de hulpvragen complexer en dus tijdrovender door de toenemende vergrijzing en het minder beschikbaar zijn van mantelzorgers en thuiszorg. De gebruikte triageklapper geeft soms hogere urgenties af dan medisch noodzakelijk is, wat druk geeft op wachttijden voor het spreekuur. Volgens mij is betere voorlichting, liefst landelijk georganiseerd, aan patiënten essentieel. Wat kan wachten en waarvoor moet je buiten kantooruren wel naar de dokter? De huisartsenpost is geen verlengstuk van de dagzorg, maar een plek waar je terecht kunt met zorgvragen die niet tot de volgende dag kunnen wachten. Want voor de gewone zorg ben je als patiënt toch het beste af bij je eigen huisarts.”



‘Betere triage en voorlichting aan patiënten’

Daar komt bij dat je als praktijkhouder eindverantwoordelijk bent voor de diensten die je krijgt toebedeeld. Als je niemand vindt om je dienst over te nemen, moet je die zelf doen. Waarnemers hebben die verantwoordelijkheid niet. Daar zit voor praktijkhouders een pijnpunt.”

Borneman: “Er zijn ook veel klachten over het triagesysteem. Er wordt te weinig geselecteerd op echt acute zorgvragen. Het systeem dat hiervoor gebruikt wordt, is volgens velen te defensief.”

Uit de LHV-peiling blijkt daarnaast dat er steeds meer patiënten naar de huisartsenpost komen die geen acute zorg nodig hebben. Borneman: “Mensen zien de avond-, weekend- en nacht zorg als een uitbreiding van de gewone huisartsenzorg. Zo gaat het in de 24-uurseconomie. Als patiënten door de week of overdag niet kunnen, gaan ze ’s avonds of in het weekend. Maar de huisartsenposten zijn nooit bedoeld voor medische vragen die best tot de volgende dag of na het weekend kunnen wachten. Daardoor wordt het extra druk en moeten mensen die acute zorg nodig hebben toch nog vaak wachten.”

■ **Wagro-bijeenkomst**

Begin november was er een bijeenkomst voor bestuurders van regionale waarnemersgroepen (wagro's) waar de ANW-zorg centraal stond. Derk Runhaar is bestuurslid van LHV-Wadi, de landelijke belangengroep binnen de LHV voor waarnemers en hidha's, die deze bijeenkomst organiseerde. Een kwart van de 11.000 praktiserende huisartsen is waarnemer. “Uit de verhalen op die bijeenkomst bleek dat ook waarnemers een toenemende drukte tijdens de ANW-diensten ervaren. Het is dus een gemeenschappelijk probleem, zowel van praktijkhouders als van waarnemers.”

Een van de oorzaken is ook volgens de waarnemers het defensieve triagesysteem, waardoor patiënten te snel worden uitgenodigd om naar de huisartsenpost te komen. “Bijvoorbeeld al na één dag oorpijn.” Een andere oorzaak is dat patiënten zich als consumenten gedragen en dus ook reguliere huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden willen hebben. “Daar zijn de huisartsenposten niet voor opgericht.”

Runhaar weet dat praktijkhouders denken dat waarnemers steeds minder diensten

Als je niemand vindt om je dienst over te nemen, moet je die zelf doen. Waarnemers hebben die verantwoordelijkheid niet. Daar zit voor praktijkhouders een pijnpunt

BENCHMARK HUISARTSENPOSTEN 2015

Uit de benchmark van huisartsenposten die jaarlijks wordt uitgevoerd door brancheorganisatie InEen, blijkt dat de zorgvraag tijdens ANW-uren op alle huisartsenposten stijgt én een dringender karakter krijgt. Er zijn in totaal 119 huisartsenposten lid van InEen. Tweederde van de huisartsenpostlocaties is gesitueerd in of bij een ziekenhuis met SEH. Hieronder de belangrijkste uitkomsten voor 2015:

■ **Meer verrichtingen:** de huisartsenposten declareerden in 2015 ruim 4,1 miljoen verrichtingen. Dat is gemiddeld 245 verrichtingen per 1000 inwoners. Een duidelijke stijging in vergelijking met de cijfers uit 2014. Het aantal consulten steeg ten opzichte van 2014 met 4,9 procent, de telefonische consulten met 4,4 procent en de visites met 1,9 procent. De totale kosten voor de beschikbaarheid van acute huisartsenzorg tijdens ANW-uren en voor de verleende zorg bedroegen € 307 miljoen. Gemiddeld komt dit neer op € 18,19 per inwoner. De kosten per verrichting daalden van € 76,07 in 2014 naar € 74,09 in 2015.

■ **Hogere werkdruk:** de huisartsen hebben gezamenlijk 1,53 miljoen uur dienst gedaan op een huisartsenpost. Gemiddeld komt dat neer op 196 uur per normpraktijk. Dat is nagenoeg gelijk aan 2014. Omdat de zorgvraag steeg, betekent dit dat de belasting op de huisartsenposten toenam. De triage gebeurt door gediplomeerde triagisten. In 2015 was er opnieuw een toename van de zorgvragen met een hogere urgentie (U0, U1, U2). Deze urgentieverhoging draagt ook bij aan de toegenomen belasting op de huisartsenpost.

■ **Telefonische bereikbaarheid:** de toenemende zorgvraag legt bovendien ook druk op de telefonische bereikbaarheid. 67 procent van de telefonische oproepen zonder spoed wordt binnen 2 minuten opgenomen, bij 5 procent van de niet-spoedoproepen duurt het langer dan 10 minuten voordat de telefoon wordt opgenomen. In 2014 was dit 74 respectievelijk 2 procent.

ALEXANDER MACLEOD, WAARNEMER IN NAARDEN

“Als net begonnen waarnemer draai ik vooral nachtdiensten. Die vind ik het leukst, omdat 's nachts vooral echte spoedzaken aan de orde zijn. In de avond- en weekenddiensten komen ook patiënten langs die best tot de volgende dag hadden kunnen wachten. Ik vind het leuk om na te denken over mogelijke oplossingen voor de knelpunten van de ANW-zorg. Bijvoorbeeld: verbeter het triagesysteem. Maak het simpeler, bijvoorbeeld met de stoplicht-methode: rood is meteen naar de SEH, geel is naar de HAP of bezoek van een dokter, groen is wachten tot morgen. En stel in de normale praktijk avondsprekuren in, want kennelijk is er behoefte om 's avonds naar de dokter te gaan. En vooral: informeer mensen beter over het doel van de huisartsenpost: alleen voor zorg die niet kan wachten tot de volgende dag.”

vervullen. “Maar als je naar de cijfers kijkt, zie je dat waarnemers een derde deel van de diensten voor hun rekening nemen, terwijl wij een kwart van alle huisartsen vormen.” Waarnemers nemen dus zeker hun verantwoordelijkheid. Uit de enquête blijkt dat ook waarnemers vinden dat diensten doen bij het vak hoort. Runhaar: “Driekwart van de waarnemers wil uiteindelijk praktijkhouder worden. Ook al zien wij ook met welke werkdruk en verantwoordelijkheden praktijkhouders te maken hebben.

Waar het om gaat is dat we toe moeten naar meer tijd voor de patiënt. Zowel in de dagzorg als in de ANW-uren. Dat kan alleen met minder patiënten per fte-huisarts. Terwijl op dit moment veel praktijken groter zijn dan de normpraktijk. Door meer richting die normpraktijk te gaan en ruimte te maken voor nieuwe praktijkhouders creëren we meer tijd voor de patiënt, brengen we de werkdruk in de dagpraktijk omlaag en worden de ANW-diensten over meer praktijkhouders verdeeld.

Als daarnaast ook het defensieve triagesysteem wordt verbeterd en patiënten beter

worden geïnformeerd over het doel van de huisartsenpost, is er volgens Runhaar al veel opgelost. “En geef waarnemers en hidha's vooral ook inspraak op de huisartsenpost. Dat schept loyaliteit. Want het is plezieriger werken in een huisartsenpost waar je mag meepraten, dan in een huisartsenpost waar je als waarnemer geen inspraak hebt.”

■ **Oplossingsrichting**

Uit de LHV-ledenpeiling en de rondgang door het land blijkt dat het ANW-probleem niet op zichzelf staat. Daar is het bestuur zich zeer van bewust. De komende tijd worden de ingevulde vragenlijsten goed bestudeerd om het probleem zo helder mogelijk te krijgen. 1400 huisartsen namen bovendien de moeite om hun ideeën en oplossingen met de LHV te delen. Alle antwoorden worden de komende tijd zorgvuldig geanalyseerd. Het onderwerp ANW-zorg staat op de agenda van de ledenraadbijeenkomst in december en op de agenda's van de kringledenraden in het land.

Borneman: “Waar het uiteindelijk om gaat, is dat we goede randvoorwaarden



‘Er zijn allerlei
oplossingen
mogelijk’

scheppen voor 7x24 uur huisartsenzorg.” Littooi voegt toe: “In het belang van de patiënt en de huisarts zelf. Je moet fit en alert zijn om je werk te kunnen doen en je moet voldoende tijd hebben voor de patiënt. Als dat goed zit, kunnen ANW-diensten weer leuk worden. Acute zorg is toch echt een boeiend onderdeel van de zorg die wij leveren. Als je ’s avonds, ’s nachts of in het weekend werkt en je kunt iets voor patiënten betekenen, kan dat veel energie geven. Als je te weinig tijd aan een patiënt kunt besteden en je loopt constant achter de feiten aan, dan kom je in een negatieve spiraal terecht.”

■ Out of the box

Het moet anders, maar de uitgangspunten zijn voor de LHV wel helder: de huisartsenzorg is generalistisch, persoonsgericht en continu en omvat daarom 7x 24-uurszorg. Alle huisartsen hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om die zorg te leveren. Daarbij moeten de randvoorwaarden in orde zijn. Ook moet er goed worden samengewerkt met ketenpartners in de spoedzorg. De huisarts kan het niet in zijn eentje.

CAROLINE SPENCER, WAARNEMER
REGIO NOORD-HOLLAND EN
KADERHUISARTS I.O. HUISARTS EN
SPOEDZORG

“Mijn zorg is dat de spoedzorg in de ANW los raakt van de huisartsenzorg. In mijn beleving wordt de huisartsenpost steeds meer als zelfstandig instituut gezien waarbij huisartsen zich steeds minder betrokken voelen. Als de huisarts geen ANW-zorg meer levert, raakt de zorg gefragmentariseerd tussen diverse aanbieders van spoedzorg. Eerst tijdens de ANW en uiteindelijk ook overdag, is mijn ervaring in Groot-Brittannië. Dat komt de kwaliteit van de zorg niet ten goede. Alle reden dus om de betrokkenheid van huisartsen bij de huisartsenpost te vergroten. Ik hoop dat kaderhuisartsen ‘Huisarts en Spoedzorg’ een rol kunnen spelen bij het verbinden van de huisartsen op de werkvloer met het management van de huisartsenpost en de beleidsmakers in de zorg.”



‘Blijf vooral betrokken
bij de huisartsenpost’



‘ANW-diensten draaien is overleven’

SIMONE JANSSEN, HIDHA IN MIJDRECHT

“ANW-diensten draaien is overleven. Vijf, zes patiënten per uur die je niet kent, en dan geen pauzes. Als er ook nog een ggz-patient of crisispatiënt tussendoor komt, loopt de hele planning spaak. Het is moeilijk om gefocust te blijven. Je bent bang dat je zaken over het hoofd ziet. De druk is hoog doordat de hulpvragen van thuiswonende ouderen toeneemt, maar ook doordat het triagesysteem te defensief is. Iemand die een dag oorpijn heeft gehad, mag bij wijze van spreken ook op het spreekuur komen. Als het gaat om oplossingen denk ik: verbeter het triagesysteem, plan pauzes in, geef patiënten telefonisch advies in plaats van ze te laten komen en informeer mensen beter over het doel van de huisartsenpost. Wat is spoedzorg en wat kan wel wachten tot de volgende dag? Meer artsen en assistenten inzetten lijkt mij geen oplossing, want dat genereert alleen maar meer vraag.”

UITKOMSTEN LHV-LEDENPEILING ANW-ZORG 2016

- De LHV-leidenpeiling ANW-zorg werd in oktober gehouden. Van de 9000 benaderde praktiserende huisartsen deden er bijna 4000 mee.
- Drie op de vier huisartsen ervaart de werkdruk als een probleem. De werkdruk wordt vooral als hoog ervaren tijdens consultdiensten in de avond (51 procent) en in het weekend overdag hoog tot zeer hoog (92 procent). Ook de werkdruk tijdens visitediensten in het weekend overdag wordt als hoog ervaren (57 procent).
- De kwaliteit van de ANW-zorg wordt als (zeer) goed beoordeeld, maar over de organisatie is men minder tevreden. Een op de vijf de huisartsen is (zeer) ontevreden over het werken op de HAP;
- Nachtdiensten zijn het minst populair. Zeven op de tien huisartsen verkopen minstens 75 procent van hun nachtdiensten. Nachtdiensten worden ook niet graag gedaan door waarnemers; eenderde van de waarnemers doet geen nachtdiensten.
- Zeven op de tien praktijkhouders willen minder diensten doen, maar 88 procent van hen krijgt de diensten niet altijd verkocht. Acht op de tien waarnemers zijn tevreden over het aantal diensten dat zij doen en willen niet meer doen.
- Het aantal consulten per uur is te hoog volgens 69 procent van de huisartsen. Het aantal pauzes beoordeelt 73 procent als te weinig.

Borneman: “Dat geldt ook voor het werken aan een oplossing. Daarin werken wij nauw samen met partners als InEen en VP-Huisartsen, die net als de LHV het probleem hoog op de agenda hebben staan. Met hen gaan we aan mogelijke oplossingsrichtingen werken. En we zullen zeker ook medestand zoeken bij ketenpartners in de acute zorg, zoals de ambulancezorg, SEH, ziekenhuispartners, thuiszorg/wijkverpleging, zorgverzekeraars en patiëntenvereniging.” Littooi: “Voor echte oplossingen moeten we *out of the box* denken. Er is niet één oplossing, we hebben kleine en grote, landelijke en regionale oplossingen nodig en we moeten ongetwijfeld ook keuzes maken. Daar gaan we de komende maanden scenario’s voor opzetten, waarover we vervolgens een aantal bijeenkomsten in het land houden.” Borneman: “Uiteindelijk gaat het om de vraag: hoe leveren we optimaal zorg aan onze patiënten en hoe doen we dat op een manier waarbij het werk voor onszelf leuk en veilig is en we het vol kunnen houden.”



kindergasthuis

Een tijdelijk thuis vlakbij het ziekenhuis

Een comfortabele en veilige plek voor zieke kinderen en hun ouders.

Kosteloos verblijf in een nieuwe bungalow in bosrijke omgeving op Dekkerswald/Nijmegen.

Nabij Radboud UMC, Sint Maartenskliniek, Seijkskliniek en Canisius Wilhelmina.

Eigen regie van gezin staat voorop. Vrijwilligers ondersteunen, coaching door professional.

06 13262556 - info@deboegnijmegen.nl
www.deboegnijmegen.nl

seres

Accountants &
Belastingadviseurs

Samen beter voor de ondernemende huisarts

De onafhankelijke adviseur voor huisartsen

Als huisarts bent u ondernemer in de zorg. In welke situatie u ook zit, u moet regelmatig beslissingen nemen die financiële gevolgen hebben. Een betrouwbare partner kunt u daar wel bij gebruiken. De adviseurs van Seres zijn experts op hun fiscale, juridische of financiële vakgebied en kunnen u adviseren en begeleiden bij de start van uw praktijk, bij de uitdagingen en vragen waar u als praktijkhouder tegen aan loopt en bij de overdracht van uw praktijk.

Wilt u meer weten over onze dienstverlening en expertise, neemt u dan contact op met een van onze adviseurs via 0317 41 91 35, of mail naar info@seres.nl.

www.seres.nl

Verkorte productinformatie Eliquis 2,5 en 5 mg filmomhulde tabletten

Samenstelling: elke filmomhulde tablet bevat 2,5 mg of 5 mg apixaban. **Farmacotherapeutische categorie:** Antitrombotica, direct factor Xa inhibitors ATC-code: B01AF02. **Indicaties 2,5 mg:** Preventie van veneuze trombo-embolie (VTE) bij volwassen patiënten die een electieve heup- of knievervangingsoperatie hebben ondergaan. **Indicaties 2,5 en 5 mg:** Preventie van beroerte en systemische embolie bij volwassen patiënten met niet-valvulair atriumfibrilleren (nvAF), met een of meer risicofactoren, zoals een eerdere beroerte of transiënte ischemische aanval (TIA); leeftijd ≥ 75 jaar; hypertensie; diabetes mellitus; symptomatisch hartfalen (NYHA klasse \geq II). Behandeling van diepveneuze trombose (DVT) en pulmonaire embolie (PE) en preventie van herhaalde DVT en PE bij volwassenen (zie rubriek 4.4 voor hemodynamisch instabiele PE patiënten). **Dosering en toediening** *Preventie van VTE (VTEp): electieve heup- of knievervangingsoperatie:* De aanbevolen dosis apixaban is tweemaal daags 2,5 mg, oraal in te nemen. De aanvangsdosis dient 12 tot 24 uur na de operatie te worden ingenomen. Artsen kunnen de mogelijke voordelen van eerdere antistolling voor VTE profylaxe en het postoperatieve bloedingsrisico in overweging nemen bij het besluit inzake toediening binnen dit tijdsinterval. De aanbevolen duur van de behandeling is 32 tot 38 dagen bij heupvervangings- en 10 tot 14 dagen bij knievervangings. *Preventie van beroerte en systemische embolie bij volwassen patiënten met niet-valvulair atriumfibrilleren (nvAF):* De aanbevolen dosis van apixaban is tweemaal daags 5 mg oraal. Bij patiënten met nvAF en minstens twee van de volgende eigenschappen: leeftijd ≥ 80 jaar, lichaamsgewicht ≤ 60 kg, of serumcreatinine $\geq 1,5$ mg/dl (133 micromol/l) is de aanbevolen dosis van apixaban tweemaal daags 2,5 mg oraal. *Behandeling van DVT, behandeling van PE en preventie van herhaalde DVT en PE (VTEt):* De aanbevolen dosis van apixaban voor de behandeling van acute DVT en behandeling van PE is tweemaal daags 10 mg oraal genomen gedurende de eerste 7 dagen, gevolgd door tweemaal daags 5 mg oraal genomen. Zoals volgens de beschikbare medische richtlijnen dient een korte behandelduur (minstens 3 maanden) gebaseerd te zijn op transiënte risicofactoren (bijvoorbeeld operatie, trauma, immobilisatie). De aanbevolen dosis van apixaban voor de preventie van herhaalde DVT en PE is tweemaal daags 2,5 mg oraal genomen. Als preventie van herhaalde DVT is getindeerd, dient met tweemaal daags 2,5 mg te worden gestart na het afronden van de 6 maanden behandeling met apixaban 5 mg tweemaal daags of met een andere anticoagulans, zoals hieronder weergegeven: - Behandeling van DVT of PE: doseringsschema 10 mg tweemaal daags gedurende de eerste 7 dagen (maximale dagelijkse dosering 20 mg) gevolgd door 5 mg tweemaal daags; - Preventie van herhaalde DVT en/of PE na afronden van 6 maanden behandeling van DVT of PE: doseringsschema 2,5 mg tweemaal daags (maximale dagelijkse dosering 5 mg). De duur van de totale behandeling dient per individu te worden bepaald na zorgvuldig afwegen van het behandelvoordeel tegen het risico op bloedingen. **Contra-indicaties:** overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor een van de hulpstoffen. Klinisch significante actieve bloedingen. Leverziekte die gepaard gaat met coagulopathie en een klinisch relevant bloedingsrisico. Laesie of aandoening met een verhoogd risico op ernstige bloedingen zoals huidige of recente gastro-intestinale ulceratie, aanwezigheid van maligne neoplasmata met een hoog risico op bloedingen, recent letsel aan hersenen of ruggenmerg, recente operatie aan hersenen, ruggenmerg of ogen, recente intracraniale bloeding, aanwezigheid van of verdenking van oesofageale varices, arterioveneuze malformaties, vasculaire aneurysma's of ernstige vasculaire afwijkingen in de hersenen of in het ruggenmerg. Gelijktijdige behandeling met andere antistollingsmiddelen (ongefractioneerde heparine, laag molecuulair gewicht heparine, heparinderivaten, orale antistollingsmiddelen), behalve in het specifieke geval van veranderen van anticoagulans of indien ongefractioneerde heparine bij een centraal veneuze of arteriële katheter. Patiënten met zeldzame erfelijke problemen met galactose-intolerantie, Lapp-lactasedeficiëntie of glucose-galactosemalabsorptie dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. **Waarschuwingen en voorzorgsmaatregelen:** Eliquis-patiënten dienen nauwlettend te worden gecontroleerd op tekenen van bloedingen. Het wordt aangeraden het middel met voorzichtigheid te gebruiken bij aandoeningen met een verhoogd risico op bloeding. Toediening dient te worden stopgezet als ernstige bloeding optreedt. Het gelijktijdig gebruik van Eliquis met plaatjesaggregatiëremmers verhoogt het risico op bloedingen. Voorzichtigheid moet worden betracht als patiënten gelijktijdig behandeld worden met NSAID's, waaronder acetylsalicylzuur. De veiligheid en werkzaamheid van Eliquis zijn niet onderzocht bij patiënten met een prothetische hartklep, met of zonder atriumfibrilleren. Het gebruik van Eliquis wordt daarom niet aanbevolen onder deze omstandigheden. Behandeling met Eliquis dient minstens 48 uur gestaakt te worden voorafgaand aan een electieve operatie of invasieve procedures met een matig of hoog bloedingsrisico en 24 uur in het geval van een laag bloedingsrisico. Behandeling met apixaban dient zo snel mogelijk opnieuw te worden gestart na de invasieve procedure of operatieve interventie (zodra de klinische situatie dit toelaat en adequate hemostase bereikt is). Wanneer neuraxiale anesthesie of spinale/epidurale punctie wordt toegepast, lopen patiënten die ter preventie van trombo-embolische complicaties met antitrombotica worden behandeld, het risico op een epiduraal of spinaal hematoom dat kan resulteren in langdurige of permanente paralyse. Eliquis wordt niet aanbevolen als een alternatief voor ongefractioneerde heparines bij patiënten met pulmonaire embolie die hemodynamisch instabiel zijn of die trombolysen of pulmonale embolectomie ondergaan, omdat de veiligheid en werkzaamheid van apixaban niet zijn vastgesteld in deze klinische situaties. De werkzaamheid en veiligheid van apixaban in de behandeling van DVT, behandeling van PE en de preventie van herhaalde DVT en PE (VTEt) bij patiënten met actieve kanker zijn niet vastgesteld. Beperkte klinische gegevens bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 15–29 ml/min) toont aan dat apixabanplasmaconcentraties zijn verhoogd bij deze patiënten en dit kan leiden tot een verhoogd bloedingsrisico. Voor de preventie van VTE bij electieve knie- of heupvervangingsoperatie (VTEp), voor de behandeling van DVT, behandeling van PE en preventie van herhaalde DVT en PE (VTEt), dient apixaban met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 15–29 ml/min) (zie rubriek 4.2 en 5.2). Voor de preventie van beroerte en systemische embolie bij patiënten met NVAF dienen patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 15–29 ml/min) en patiënten met serumcreatinine $\geq 1,5$ mg/dl (133 micromol/l), in combinatie met een leeftijd ≥ 80 jaar of een lichaamsgewicht ≤ 60 kg, ook de lagere dosis apixaban 2,5 mg tweemaal daags te krijgen (zie rubriek 4.2). Omdat er geen klinische ervaring is bij patiënten met een creatinineklaring < 15 ml/min of bij patiënten die dialyse ondergaan, wordt apixaban niet aangeraden bij deze patiënten (zie rubrieken 4.2 en 5.2). Een laag lichaamsgewicht (< 60 kg) kan het risico op bloedingen doen toenemen. Eliquis is gecontra-indiceerd bij patiënten met leverziekte die gepaard gaat met coagulopathie en een klinisch relevant bloedingsrisico. Het middel wordt niet aangeraden bij patiënten met ernstige leverinsufficiëntie. Het dient met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten met lichte of matige leverinsufficiëntie (Child Pugh A of B) en bij patiënten met verhoogde leverenzymen ALAT/ASAT $> 2 \times$ ULN of totaal bilirubine $\geq 1,5 \times$ ULN. Voordat de behandeling met Eliquis wordt gestart, dient een leverfunctietest te worden uitgevoerd. Bij patiënten die gelijktijdig systemische behandeling met sterke indoren van zowel CYP3A4 als P-gp krijgen, zijn de volgende aanbevelingen van toepassing: - voor de preventie van VTE bij electieve heup of knievervangingsoperatie, voor de preventie van beroerte en systemische embolie bij patiënten met NVAF en voor de preventie van herhaalde DVT en PE dient apixaban met voorzichtigheid te worden gebruikt; - voor de behandeling van DVT en PE dient apixaban niet te worden gebruikt omdat de werkzaamheid vermindert kan zijn. Apixaban wordt niet aangeraden tijdens zwangerschap of borstvoeding. **Bijwerkingen:** Vaak voorkomende bijwerkingen waren bloedingen, contusie, epistaxis en hematoom (zie tabel 2 van de SPC voor het bijwerkingenprofiel en frequenties per indicatie). Het gebruik van Eliquis kan gepaard gaan met een verhoogd risico op occulte of met het blote oog zichtbare bloedingen vanuit een weefsel of orgaan, wat kan resulteren in posthemorragische anemie. **Afleverstatus:** U.R. **Vergoeding en prijzen:** Volledig vergoed. **Voor volledige productinformatie, zie geregistreerde Samenvatting van de Productkenmerken (SPC) op www.b-ms.nl. Bristol-Myers Squibb B.V., Orteliuslaan 1000, 3528 BD Utrecht, versie januari 2016 (SPC januari 2016).**

Anmaakdatum: december 2016 Jobcode: EUAPI724. www.eliquis.nl PP-ELI-NLD-0223



Bristol-Myers Squibb



Pfizer

Eliquis
apixaban