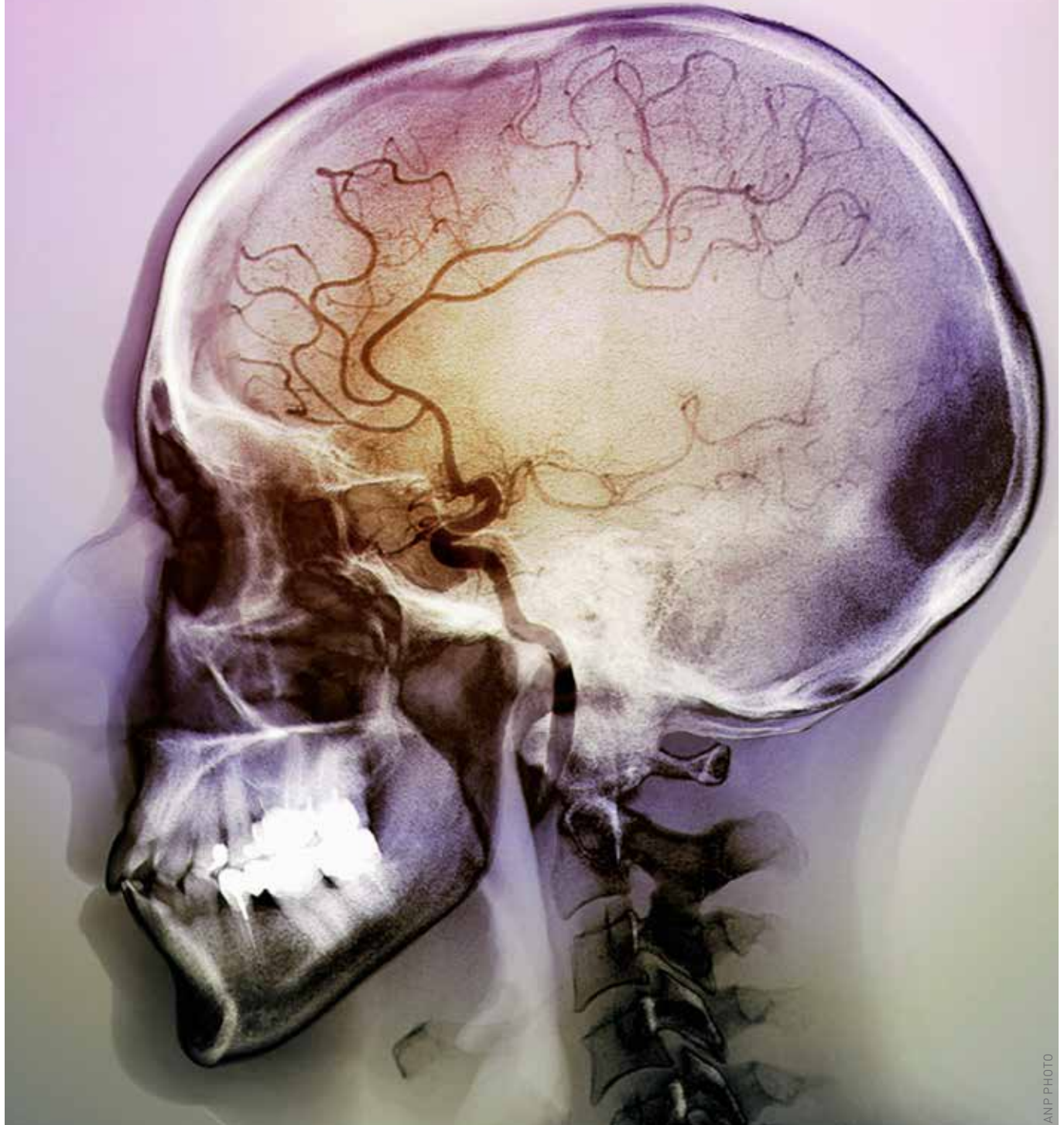


**drs. Gerrit Onderwater**  
semiarts

**dr. Els de Schryver**  
neuroloog  
beiden Rijnland Ziekenhuis,  
Leiderdorp

# Concentratie CVA-zorg negeert risico op vergissing



ANP PHOTO

De wens van ZN om de behandeling van CVA in de acute fase te beperken tot enkele centra, houdt er geen rekening mee dat het juist in die fase moeilijk kan zijn om een CVA te onderscheiden van bijvoorbeeld een epileptisch insult, migraine of metabole aandoening.

**W**ij hebben gedurende een aaneengesloten periode van veertien weken, vanaf november 2012, patiënten geregistreerd met een verdenking op een CVA die op de SEH van het Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp kwamen of die al in het ziekenhuis verbleven. In die periode werden 98 patiënten op de SEH gezien, die verdacht werden van een ischemisch of bloedig CVA. In 33 (33,7%) gevallen ging het om een mogelijke trombosekandidaat.

Bij deze 98 als CVA aangekondigde patiënten bleek het in 53,1 procent van de gevallen om een daadwerkelijk ischemisch CVA te gaan, voor de trombolysaankondigingen was dit 51,5 procent. Onderscheid tussen een ischemisch CVA, bloedig CVA of een TIA is op het eerste gezicht niet te maken (zie *figuur*). Het onderscheid tussen een CVA en andere pathologie (maligniteiten, epilepsie, perifeer vestibulair syndroom) blijkt echter in de praktijk eveneens vaak moeilijk (zie *tabel*).

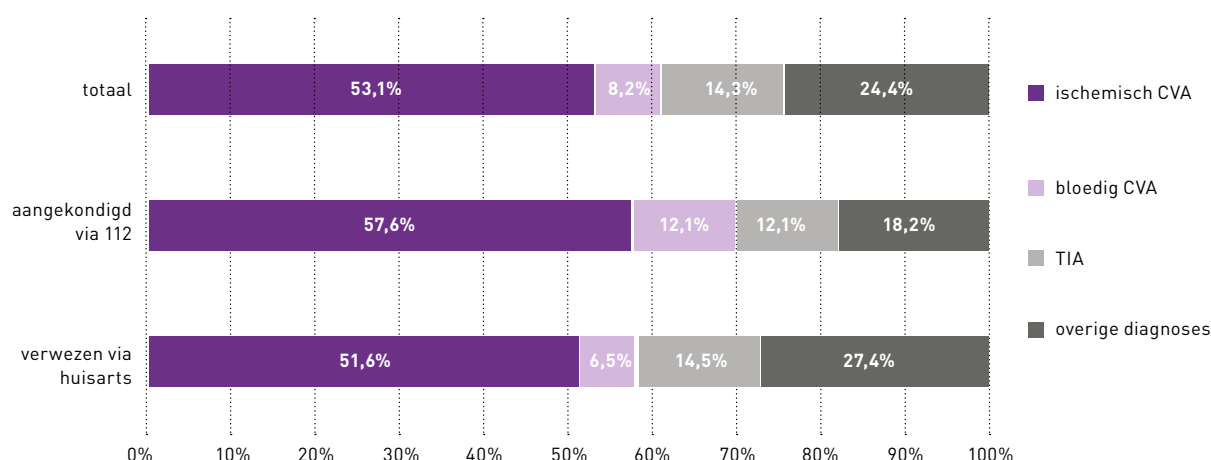
#### Extra kosten

Als, zoals de beleidsbepalers willen, het aantal centra waarin het acute CVA kan worden behandeld, wordt ingeperkt, zullen deze centra te maken krijgen met een substantieel aantal patiënten met een geheel andere diagnose, waarvoor vanzelfsprekend geen trombolytische behandeling noodzakelijk is. De omgekeerde situatie kan ook optreden. Tijdens de studieperiode werden de neurologen vijftien maal geconsulteerd voor patiënten die niet primair als 'CVA' door de eerste lijn waren ingestuurd of al in het ziekenhuis lagen met de vraag of er toch sprake was van een CVA. In

Elk jaar krijgen 47.000 mensen in Nederland een CVA

negen gevallen (60,0%) ging het inderdaad om een ischemisch CVA. Het lijkt dan ook aannemelijk dat zich binnen elk ziekenhuis situaties kunnen voordoen waarbij er een indicatie is voor intraveneuze trombolysa. Als de faciliteiten en/of expertise hiervoor niet meer aanwezig zijn, zal dat zorgen voor een groeiende patiëntenstroom naar de tertiaire (topklinische) stroke-centra en voor een aanzienlijke vertraging van de behandeling. Een ander gevolg is een toegenomen belasting van de voorzieningen in het tertiaire stroke-center. Deze zal de capaciteit moeten vergroten of er moeten meer overplaatsingen naar andere ziekenhuizen plaatsvinden na de acute fase, wat belastend is voor de patiënt en ook nog extra vervoerskosten en 'dubbele dbc'-kosten met zich zal meebrengen.

#### Verdacht van CVA en de feitelijke diagnose, uitgesplitst naar verwijzer



Percentages patiënten met een CVA, TIA, of andere diagnose van alle patiënten die op de SEH binnenkwamen met een verdenking op een CVA uitgesplitst naar verschillende verwijzers.

CVA = cerebrovasculair accident, TIA = transient ischemic attack

## Uiteindelijk gestelde diagnoses in aantallen en percentages

	Patiënten met verdenking CVA n=98	Patiënten aangekondigd als trombolysiekandidaat n=33
ischemisch CVA	52 (53,1%)	17 (51,5%)
TIA	14 (14,3%)	6 (18,2%)
bloedig CVA	8 (8,2%)	6 (18,2%)
perifeer vestibulair syndroom	4 (4,1%)	1 (3,0%)
ruimte innemend proces (RIP)	3 (3,1%)	1 (3,0%)
functioneel	3 (3,1%)	1 (3,0%)
epilepsie	3 (3,1%)	–
algehele malaise	2 (2,0%)	1 (3,0%)
infectieuze oorzaak	2 (2,0%)	–
hyperventilatie	2 (2,0%)	–
epileptisch insult bij een RIP	1 (1,0%)	–
hersenvloeding bij hersenmetastases	1 (1,0%)	–
verdenking multiple sclerose	1 (1,0%)	–
intoxicatie	1 (1,0%)	–
migraine	1 (1,0%)	–

Legenda: CVA = cerebrovasculair accident, RIP = ruimte innemend proces, TIA = transient ischemic attack

## CONCENTRATIE CVA-ZORG: JA OF NEE?

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) pleit voor centralisatie van CVA-zorg in een beperkt aantal centra met een volumecriterium voor kwaliteit van 350 patiënten per jaar. Tegengeluiden waren in Medisch Contact al te lezen in augustus (MC 35) en oktober (MC 42) en worden hier kort samengevat. Deze week komt een derde criticaster aan het woord.

De drie visies zijn door de redactie voor commentaar voorgelegd aan ZN.

### Kwaliteitszorg CVA: volume is slechte raadgever

Door neuroloog Martien Limburg e.a.  
(MC 35/2013: 1734)

Het advies van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om een volumecriterium voor kwaliteit bij een beroerte te hanteren, is slecht gefundeerd, zeggen Limburg e.a. Vast staat wel dat intraveneuze trombolysie leidt tot een belangrijke vermindering van mortaliteit en morbiditeit bij patiënten met een herseninfarct en dat dit zo snel mogelijk moet worden gestart, in elk geval binnen 4,5 uur na de eerste verschijnselen van het infarct.

Als volume geassocieerd is met betere uitkomsten, dan zouden grotere volumes geassocieerd kunnen zijn met snelle behandeling – oftewel korte deur-tot-naalddtijd (DNT) – en hogere percentages getrombolyseerde patiënten.

De auteurs onderzochten daarom de relatie tussen het aantal CVA-patiënten per centrum, het trombolysepercentage en de DNT. Er bleek geen statistisch significant verband gevonden tussen het aantal behandelde patiënten met een beroerte en het trombolysepercentage, noch met de gemiddelde DNT per centrum. Met andere woorden, zeggen

de auteurs: patiëntvolume speelt een ondergeschikte rol in de analyse van zorgkwaliteit bij CVA-patiënten.

### Centralisatie CVA-zorg niet nodig

Door kwaliteitsadviseur Fieke Lavèn e.a.  
(MC 42/2013: 2168)

Centralisatie van de acute CVA-zorg heeft in Noord-Londen geleid tot duidelijke verbeteringen van de resultaten. Daarom pleit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor navolging hiervan in ons land. Maar in Nederland zijn de uitkomsten in de acute CVA-zorg de afgelopen jaren al aanzienlijk verbeterd. De cijfers laten zien dat de landelijke, Nederlandse resultaten niet erg verschillen van Noord-Londen. Het trombolysepercentage is iets hoger en de ligduur is korter dan in Noord-Londen. Uit een vergelijking met de regio Noordwest-Veluwe blijkt het St Jansdal het zelfs beter te doen. Zónder centralisatie. Maar mét goede

## PRAAT- EN LUISTERGELD

De anamnese is ons belangrijkste diagnostische instrument: tot 75 procent van alle diagnoses kunnen we op alleen de anamnese stellen. Ook bij behandeling is praten belangrijk: als we het hoe en waarom van een behandelvoorstel niet bespreken, en onvoldoende aandacht besteden aan zorgen en wensen van patiënten over hun ziekte en behandeling, dan wordt ons advies niet gevolgd. In mijn eigen vak ben ik de hele dag aan het praten, en let ik niet alleen op wát ik zeg, maar ook op hóe.

Vanwege het grote belang van praten en luisteren is het bijzonder dat onze vergoedingssystematiek zo hangt op activiteiten en verrichtingen. Hoewel individuele artsen het altijd zullen ontkennen, liegen de zorgcijfers niet: gemiddeld doen artsen meer verrichtingen als dat meer geld oplevert. Het is een van de perverse prikkels waardoor de zorgkosten stijgen.

Het is daarom een goede zaak dat de minister nu voorgesteld heeft om een tarief in te voeren voor 'intensief begeleiden' bij het levenseinde. Eindelijk erkenning voor het belang van intensieve begeleiding. De hoop is dat hiermee overbodige (door)behandeling kan worden voorkómen. Dat verklaart wellicht waarom in de brief aan de Kamer de intensieve begeleiding gelijkgesteld wordt aan 'niet behandelen'. Dat is natuurlijk kul. Intensieve begeleiding is de kern van de behandeling, niet alleen aan het levenseinde bij kwetsbare ouderen, maar in de gehele geneeskunde. Aan ons de schone taak om de minister duidelijk te maken dat zulk 'praat- en luistergeld' daarom thuishoort in de vergoedingssystematiek van elke DOT. Dat draagt bij aan besparing van zorgkosten.

Paul Brand

**Hoog volume**

De wens tot centralisatie om de kwaliteit van zorg te verhogen komt voort uit het feit dat dit voor complexe ingrepen is aangetoond.<sup>1-4</sup> In het geval van CVA-zorg gaat het echter om niet-inplanbare 'bulk-zorg' met een hoog volume. Jaarlijks krijgen 47.000 mensen in Nederland een CVA en door het steeds sneller en alerter zijn van patiënten, familie en hulpverleners zullen meer patiënten in aanmerking komen voor acute CVA-zorg.<sup>5</sup> Als we onze cijfers extrapoleren, zouden in potentie ongeveer 77.000 patiënten zich jaarlijks op een SEH melden met een CVA-verdenking. Het gaat hierbij dus niet om laag-volume zorg met een complexe ingreep, maar om hoogvolume zorg, waarvan in de praktijk is gebleken dat intraveneuze trombolysen ook – zonder de effectiviteit te verkleinen of de risico's te vergroten –

door minder ervaren zorgverleners dan wel kleinere ziekenhuizen kan worden toegepast.<sup>6-8</sup>

De onderzoeken waarop ZN zich baseert om tot deze volumenorm te komen zijn achterhaald: door protocollair te werken en, in tegenstelling tot in Londen, CVA's alleen door neurologen te laten behandelen, hebben we landelijk reeds een mortaliteitspercentage bereikt dat vergelijkbaar is met Londen.<sup>9 10</sup> ■

**contact**

g.l.j.onderwater@outlook.com  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

**web**

Een langere versie van dit artikel, eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de voetnoten vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

samenwerking van de CVA-regio's. Het St Jansdal is, met succes, al jaren bezig de deur-tot-naalddtijd te versnellen. Met als resultaat dat het trombolysesepercentage ook verder stijgt. De verbeteringen zijn door diverse ontwikkelingen gestimuleerd – zoals recente richtlijnen en publiekscampagnes – en kwamen vervolgens vooral tot stand door goede samenwerking binnen de CVA-ketens. Centralisatie heeft hier in elk geval niets mee te maken.

**ZN: Zorgverzekeraars gaan voor kwaliteit**

Zorgverzekeraars vinden het noodzakelijk dat hun verzekerden bij complexe spoedzorg snel in een gespecialiseerd ziekenhuis terechtkomen voor de beste behandeling door een ervaren team. Dit verhoogt de kans op overleven en verlaagt het risico op complicaties. Daarom gaan zorgverzekeraars samen met ziekenhuizen de complexe spoedeisende zorg, zoals CVA, meer concentreren.

In de Kwaliteitsvisie van ZN staan voor een aantal complexe zorgstromen, waaronder CVA, kwaliteitsindicatoren opgenomen. Idealiter is de gerealiseerde uitkomst van zorg het leidende criterium. In het geval van CVA-zorg gaat het dan onder andere om het percentage overleving en de kwaliteit van leven. Het feit dat (inter)nationaal onderzoek aantoonde dat hoogvolume-centra beter scoren, dat de reistijden in Nederland – met name in stedelijk gebied – zeer beperkt zijn en dat door concentratie schaars medisch personeel efficiënter kan worden ingezet, pleit voor concentratie van spoedeisende CVA-zorg. Dat ook andere factoren een rol spelen (alertheid patiënt en omgeving, goede triage en samenwerking tussen ziekenhuizen in regio's), spreekt voor zich. Zorgverzekeraars zullen daarom per regio in dialoog met ziekenhuizen toewerken naar de optimale situatie. In het gezamenlijk belang van onze verzekerden en onze patiënten.