

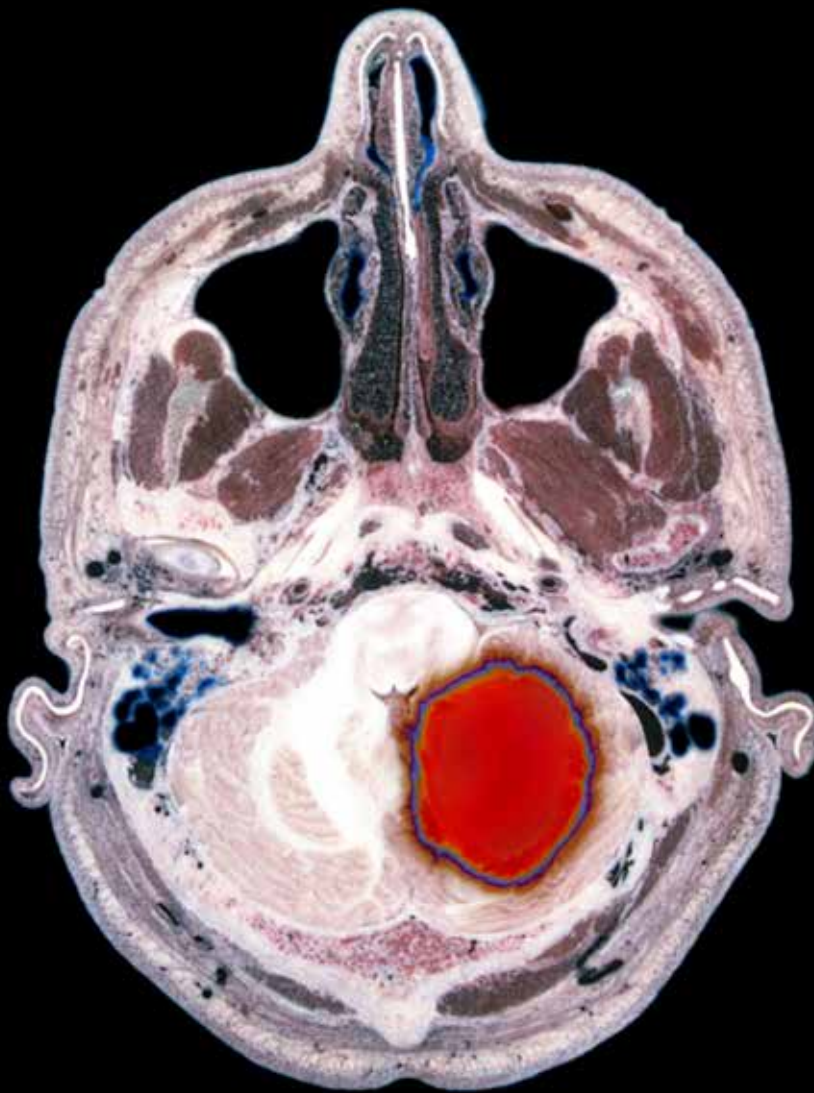
**Dick Hofstee**  
neuroloog,  
St Jansdal, Harderwijk

**Fieke Lavèn**  
adviseur kwaliteit en  
organisatieontwikkeling,  
St Jansdal, Harderwijk

**Frits van der Velde**  
zorgmanager acute zorg,  
St Jansdal, Harderwijk

UITSTEKENDE RESULTATEN MOGELIJK DOOR SAMENWERKING EN KWALITEITSMONITORING

# Centralisatie CVA-zorg niet nodig



GETTY IMAGES

Zorgverzekeraars Nederland pleit voor centralisatie van CVA-zorg. Onterecht, betogen deskundigen in ziekenhuis St Jansdal. Kwaliteitswinst kan minstens zo goed langs andere wegen worden bereikt.

**C**entralisatie 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.<sup>1</sup> Maar in Nederland zijn de uitkomsten in de acute CVA-zorg de afgelopen jaren al aanzienlijk verbeterd (zie *tabel*). 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.<sup>2</sup> Zonder centralisatie. Maar mét goede samenwerking van de CVA-regio's.

#### Deur-tot-naaldtijd

Dat goede resultaten niet van aantallen afhankelijk zijn, laat het onderzoek van Wimmers, onlangs verschenen in Medisch Contact, zien.<sup>3</sup> Het St Jansdal is een voorbeeld van een ziekenhuis dat met een kleiner aantal CVA-patiënten momenteel resultaten behaalt die, als gezegd, vergelijkbaar zijn met Noord-Londen. Het trombolysepercentage is zelfs veel hoger. En omdat trombolyse alleen mogelijk is binnen 4,5 uur na de eerste verschijnselen van een beroerte, staat dat hogere percentage voor kortere toegangstijden tot en snellere doorlooptijden in het ziekenhuis. Bovendien geldt: hoe eerder de behandeling begint, hoe beter het resultaat. Het St Jansdal is, met succes, al jaren bezig de deur-tot-naaldtijd te versnellen (zie *figuur 1*).<sup>4</sup> Sinds 2008

is dit een landelijke IGZ-indicator en is het inzichtelijk dat deze doorlooptijden ook in Nederland jaarlijks behoorlijk verbeteren. Met als resultaat dat het trombolysepercentage ook verder stijgt (zie *figuur 2*).<sup>2</sup>

#### Verbeteracties

De goede resultaten zijn het gevolg van verschillende ontwikkelingen. Bijvoorbeeld landelijke initiatieven, zoals de doorbraakprojecten van het CBO, die helpen om het zorgproces bij CVA te verbeteren, de ontwikkelde richtlijnen van het CBO en de Hartstichting en de publiekscampagnes gericht op het herkennen van een beroerte.<sup>5 6</sup> Ook de ontwikkeling van landelijke benchmarkinformatie door Kennisnetwerk CVA NL was een sterke stimulans. De verbeteringen zijn vervolgens voornamelijk tot stand gekomen door goede samenwerking binnen de CVA-ketens, veranderingen in de logistiek en organisatie van de zorg en de uitwisseling van kennis en best practices tussen de CVA-ketens. Enkele voorbeelden. Een belangrijk middel om de kwaliteit en effectiviteit van verbetermaatregelen inzichtelijk te krijgen is het continu registreren en analyseren van CVA-data.<sup>7</sup> Want zo kan snel op de uitkomsten worden gereageerd. Regio Noordwest-Veluwe registreert al vanaf 2001 structureel data over doorlooptijden en uitkomsten. Via een digitaal regionaal CVA-keteninformatiesysteem zijn alle gegevens en scores in de

## Goede resultaten hangen niet af van aantallen

regio onmiddellijk ketenbreed beschikbaar. De cijfers worden maandelijks binnen de vakgroep neurologie en elk kwartaal binnen de CVA-keten besproken. Naar aanleiding hiervan zijn al vele verbeteracties uitgezet en geëvalueerd. Verder krijgen alle betrokkenen jaarlijkse scholing over het belang van snelheid bij CVA-patiënten, waarbij de streefnormen en resultaten worden besproken. Zodat ook het urgentiebesef is gegroeid. Nu kondigt de ambulance een CVA-patiënt vooraf aan, waarna de SEH- en neurologieverpleegkundige, de neuroloog en SEH-arts alvast worden opgeroepen. De CT-scan wordt zo mogelijk vrijgehouden, zodat de patiënt vanuit de ambulance direct door kan naar de CT en pas daarna naar de SEH gaat. CVA-patiënten krijgen in het triagesysteem op de SEH de hoogste prioriteit.

#### Revalidatie

Na de acute opvang op de stroke-unit moet, voor optimaal herstel, de revalidatie zo snel mogelijk starten. Hiervoor wordt de patiënt overgeplaatst naar huis (met thuiszorg of poliklinische revalida-

#### Resultaten vergeleken

	Noord-Londen (2011)	Nederland (2011)	St Jansdal (2012)
aantallen opgenomen CVA's	ca 1500	-	ca 300
trombolysepercentage	12%	14%	21%
30-daagse mortaliteit	10%	9%	10%
ligduur (gemiddeld)	11,5	7,3	9,7

(bron CVA NL)



## Centralisatie doorkruist bestaande verbeterprocessen

plekken kunnen alle patiënten binnen twee weken geopereerd worden.<sup>8</sup> Bij alle verbeteracties die de CVA-keten van regio Noordwest-Veluwe gerealiseerd heeft, is goede samenwerking, zowel binnen het St Jansdal als in de hele keten, essentieel. Wat dat betreft heeft een middelgroot regionaal ziekenhuis als voordeel dat zorgverleners in de CVA-keten makkelijk en snel met elkaar in contact komen.

tie), naar een reactiveringsafdeling van een verpleeghuis of naar een revalidatiecentrum. Afdeling nazorg heeft frequent contact met de neurologen over waar de patiënt het beste naartoe kan. Dit wordt ook wekelijks in een multidisciplinair overleg besproken. Om snelle overplaatsing te waarborgen is het essentieel dat de doorstroming in de CVA-keten nergens stagneert. CVA-keten Noordwest-Veluwe heeft daarom een overeenkomst gesloten met alle deelnemers over opnamegaranties, capaciteiten en streeftijden. Deze afspraken worden in de keten gecontroleerd en getoetst met behulp van de beschikbare data. Bij stagnatie worden oplossingen bedacht. De CVA-coördinator heeft hierbij een leidende rol. Daarnaast heeft de poli neurologie een gespecialiseerde CVA-verpleegkundige die de nazorg van deze patiënten stroomlijnt.

### TIA-patiënten

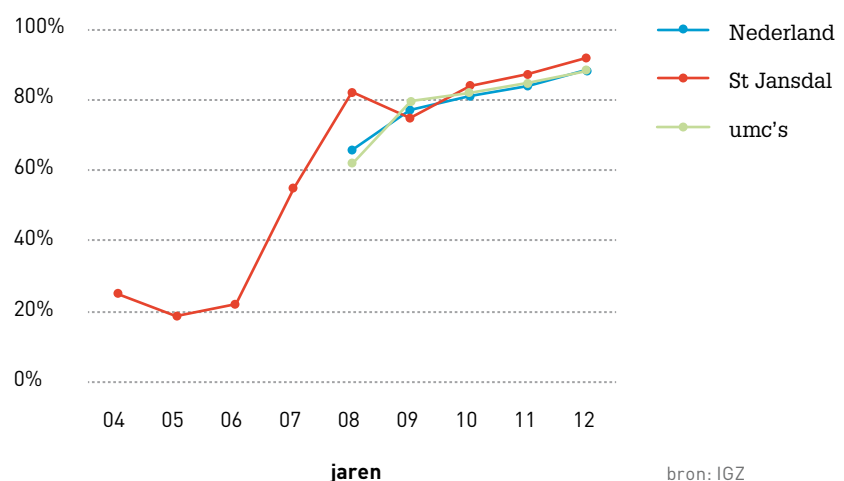
Een andere verbeteractie is ingezet bij TIA-patiënten met een symptomatische carotis stenose. Bij hen is het belangrijk om spoedig te opereren, maximaal binnen twee weken. Voor veel ziekenhui-

zen is dit moeilijk te realiseren, maar in het St Jansdal is het uiteindelijk wel gelukt. Deze TIA-patiënten krijgen namelijk direct de eerste dag na de TIA-diagnostiek een CT-angio en een consult bij de vaatchirurg en de anesthesioloog. Door het reserveren van operatie-

### Motivatie

De door ZN gepresenteerde best practice in Noord-Londen gaat er vanuit dat de geboekte winst is veroorzaakt door de centralisatie van de acute CVA-opvang in één in plaats van vijf ziekenhuizen. Maar misschien zijn de betere resultaten vooral

### 1 Percentage trombolyses binnen 1 uur



# PRAKTIJKPERIKEL

## EEN HEEL ZELFSTANDIG BEHANDELCENTRUM

veroorzaakt door een betere organisatie in het ene ziekenhuis en zou het toepassen van deze organisatie in de andere vier ziekenhuizen eveneens leiden tot vergelijkbare of misschien nog betere resultaten.

Bovendien is centralisatie op basis van volume vooral zinvol bij zeer specialistische behandelingen (bijvoorbeeld epilepsiechirurgie bij kinderen of deep brain stimulation bij Parkinson patiënten). De acute opvang van CVA-patiënten en de daarbij horende trombolysbehandeling is zeker niet zo complex dat daar gespecialiseerde centra voor nodig zijn. Verder is het afgelopen decennium de acute CVA-zorg in Nederland al dusdanig verbeterd, dat er door centralisatie niet zo'n grote kwaliteitswinst te verwachten valt als in Noord-Londen. En de benodigde inspanningen om een kleine winst te behalen zullen, volgens de wet van de afnemende meeropbrengst, steeds groter worden.

Ook is het zo dat de landelijke benchmarkinformatie van Kennisnetwerk CVA NL-regio's extra motiveert tot verbeteringen, doordat de verschillen zichtbaar worden. Elke regio zal op basis van best practice elders, zijn organisatie telkens aanpassen om te voldoen aan de landelijke standaard.

Een patiënte met psoriasis dringt aan op verwijzing naar een ZBC dat is opgericht door dermatologen uit een van de regionale ziekenhuizen. Zij komt vervolgens bij me terug met een paar kopietjes uit een dermatologisch leerboek. De dermatoloog heeft een middel voorgeschreven dat ik in het Farmacotherapeutisch Kompas niet terugvind en op een met de hand beschreven receptpapiertje staat het verzoek aan mij om de benodigde monitoring van een aantal laboratoriumparameters te doen. Uit de kopietjes blijkt dat dit eerst wekelijks moet en langzaam kan worden afgebouwd naar een lagere frequentie. Er staat niet vermeld welke waarden acceptabel zijn en wat er moet worden gedaan als ze afwijkend zijn. Na een aantal pogingen lukt het me de dermatoloog te bereiken. Hij geeft aan dat de vergoeding voor psoriasisbehandeling in de dbc erg beperkt is, waardoor de behandeling voor het centrum te duur wordt. Tja. Dat de vergoeding volgens de dbc bestaat uit een gemiddelde voor dure en goedkope patiënten, telt blijkbaar alleen in een ziekenhuis en niet in een ZBC.

Heeft u ook een perikel?  
Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

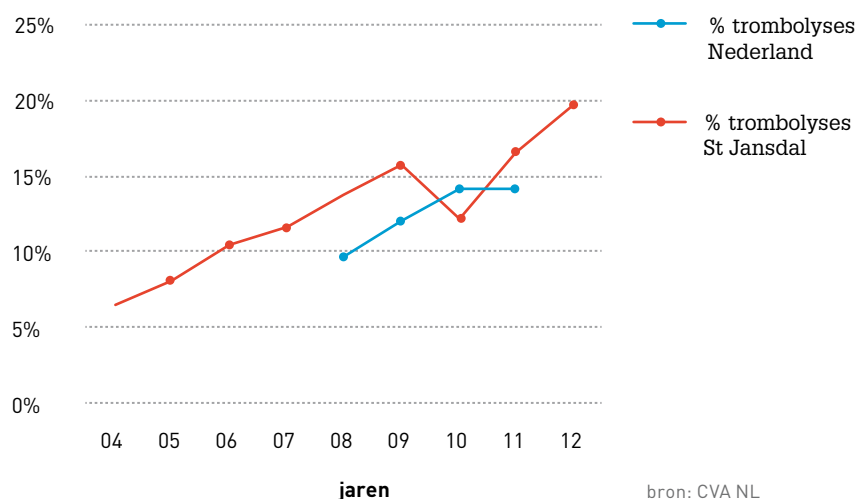
den. Gedwongen centralisatie, waarbij niet gekeken wordt naar uitkomsten maar enkel naar volume, ondermijnt deze motivatie.

Het verlies van acute opvang van CVA-patiënten zal ook gevolgen hebben voor de revalidatie en chronische fase.

Want het verbeteren van de acute fase is een soort katalysator geweest voor verbeteringen in de revalidatie- en chronische fase.

Centralisatie zal dus zeker niet tot grote vooruitgang leiden. Eerder zal ze bestaande verbeterprocessen doorkruisen. ■

## 2 Percentage trombolyses bij infarcten



**contact**  
[sm.laven@stjansdal.nl](mailto:sm.laven@stjansdal.nl)  
[cc: redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld.

**web**  
De voetnoten en meer artikelen over de concentratie van zorg vindt u bij dit artikel via [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).