

# DE TIJD DRINGT

## *Kwaliteit spoedzorg lijdt onder regionale verschillen*

Bij de acute zorg na een hartinfarct of beroerte is goede samenwerking tussen de professionals cruciaal. De zorgketen bestaat echter nog te vaak uit losse schakels. Het ambulancevervoer is vooral gebaat bij meer landelijke uniformiteit in de invulling van de zorg.

R.H. WIMMERS  
S. DE LOOR  
C.L. FRANKE

**H**oe eerder na een acuut myocardinfarct of beroerte de therapie start, hoe beperkter het infarct kan zijn en hoe beter de prognose is. Met ander woorden: *time is muscle* en *time is brain*.

Om adequaat te kunnen reageren is het nodig dat de patiënt zelf of personen in de directe omgeving de signalen van een beroerte of hartinfarct herkennen en de ernst van de situatie inzien. Zij moeten snel medische hulp inroepen, bijvoorbeeld door het alarmnummer 112 te bellen of de huisarts te waarschuwen.

Als patiënt of omgeving adequaat reageert, mag het vervolgens niet zo zijn dat ze in de steek worden gelaten door de professionals. Kan het publiek ervan op aan dat de professionals de zaken op orde hebben? Met andere woorden: hoe functioneert de zorgketen in de acute fase van een myocardinfarct of beroerte?

Om tijdverlies te voorkomen is samenwerking in de acute-zorgketen cruciaal. Het blijkt in de praktijk echter dat de afzonderlijke professionals hun

eigen onderdeel wel goed op orde hebben door middel van richtlijnen en/of protocollen, maar dat bij de overgang tussen disciplines de continuïteit nogal eens verloren gaat. De keten bestaat nog te vaak uit losse schakels.

### AFSPRAKEN

Huisartsen en specialisten ontwikkelen landelijke transmurale afspraken (LTA's) met globale richtlijnen voor de samenwerking. Deze richtlijnen moeten regionaal worden aangevuld met afspraken die van toepassing zijn op de lokale situatie. Eind 2003 heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) samen met een vertegenwoordiging van de ambulancesector en de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie een LTA voor het acuut coronair syndroom gepubliceerd.<sup>1</sup> In 2004 kwam de landelijke transmurale afspraak voor TIA en CVA gereed, die is ontwikkeld door het NHG en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie.<sup>2</sup>

Een partij die goed op de hoogte moet zijn van de regionale invulling is de regionale ambulancevoorziening (RAV). Het ambulancevervoer is ingedeeld in 25 regio's en de Stichting LAMP heeft een landelijk protocol ambulancezorg (LPA) tot stand gebracht.<sup>3</sup>

De Stichting LAMP ontwikkelt standaarden en protocollen op basis

## ***Professional mag patiënt niet in de steek laten***

van de wetenschappelijke inzichten van de betrokken wetenschappelijke beroepsverenigingen met als doel te zorgen voor landelijke uniformiteit en een goede kwaliteit van patiëntenzorg bij het vervoer per ambulance. Regionale aanpassingen zijn niet gewenst. De ambulancesector vindt dat LTA's en LPA niet te veel van elkaar mogen afwijken. Regionale variatie leidt tot verwarring bij

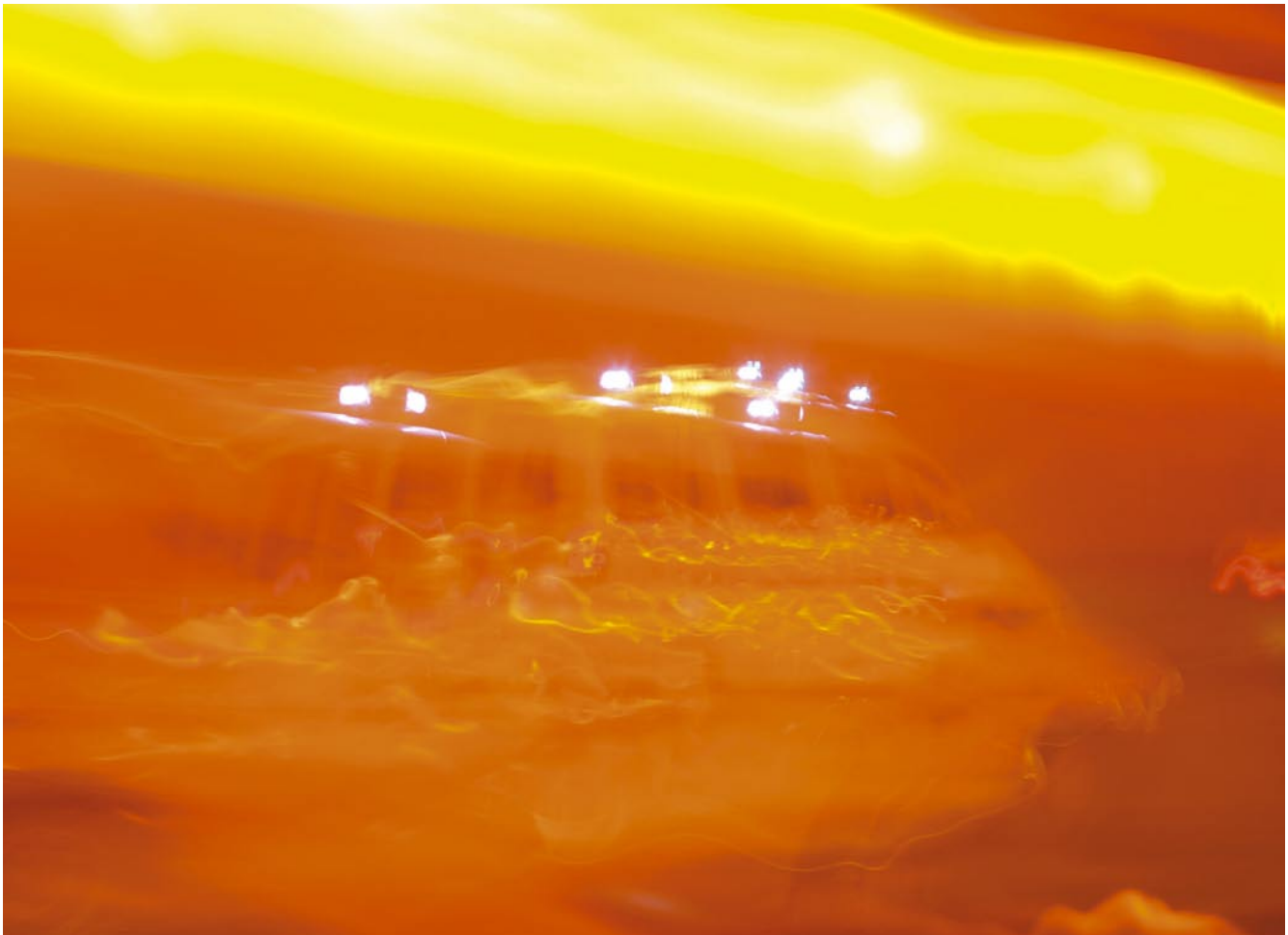
het ambulancepersoneel. Dit probleem kan worden versterkt als een ambulance patiënten vervoert buiten de eigen regio, waar andere afspraken gelden. De ambulancesector pleit dus voor eenduidigheid omdat anders de kwaliteit van zorg in het geding komt.

### VARIATIE

Eind 2004 is een inventariserend onderzoek uitgevoerd naar de afspraken over vervoer, diagnostiek en behandeling van patiënten die worden verdacht van een acuut myocardinfarct of een beroerte. Aan de Medisch Managers Ambulancevoorziening (MMA) van alle 25 regio's werd verzocht een vragenlijst in te vullen. De MMA is binnen een regio voor ambulancevervoer verantwoordelijk voor de medisch-inhoudelijke aspecten. De respons op de vragenlijst was 100 procent.

De variatie tussen de regio's wat betreft het toepassen van het landelijk protocol is groot: bij een myocardinfarct wordt in 9 regio's volledig gewerkt volgens het protocol, bij een beroerte is dat het geval in 13 regio's. De MMA's noemen regionale aanpassingen als belangrijkste reden om af te wijken van het landelijk protocol. Twee regio's werken zelfs niet volgens een aangepast protocol. Aan de hand van relevante indicatoren kan worden bepaald of het niet-volledig volgen van het landelijk protocol gevolgen heeft voor de zorg. Of er gevolgen zijn, is echter niet onderzocht.

Afspraken over vervoer, diagnostiek en behandeling bij een (mogelijk) myocardinfarct zijn gemaakt in 24 van de 25 regio's; in 20 regio's zijn deze afspraken vastgelegd in een regionaal protocol. Bij een beroerte is dit minder het geval: in 21 regio's zijn afspraken gemaakt en in 2 regio's zijn deze in voorbereiding. In 12 regio's zijn afspraken vastgelegd in een regionaal protocol. Het ontbreken van afspraken of het niet-vastleggen van afspraken in een protocol biedt de mogelijkheid tot individuele interpretatie, hetgeen weer leidt tot een toename van regionale variatie.



*In de meeste regio's zijn afspraken over vervoer, diagnostiek en behandeling gemaakt, maar het transmurale karakter daarvan is discutabel omdat in sommige regio's niet alle partijen bij het maken van de afspraak zijn betrokken.*

Of de gemaakte afspraken in de praktijk ook altijd adequaat worden nageleefd, is niet onderzocht.

#### GEMISTE KANS

Het is belangrijk te beseffen dat afspraken alleen zin hebben als alle belangrijke partijen in de spoedzorgketen erbij betrokken zijn. Het blijkt dat in alle regio's waar afspraken zijn gemaakt, naast de cardiologen en neurologen nagenoeg alle MMA's daarbij betrokken zijn. Opzienbarend is dat in diverse regio's de huisartsen en de Spoedeisende Hulp van een ziekenhuis niet van de partij waren. Wellicht vinden sommige regionale opstellers van afspraken dat de huisarts kan worden overgeslagen op het moment dat spoedhulp noodzakelijk is. Dit druist echter in tegen de landelijke transmurale afspraken die de specialisten en huisartsen hebben opgesteld. Ook het niet-betrekken van de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis is een gemiste kans. Het streven is immers om te voorkomen dat de spoedzorg wordt vertraagd door niet op elkaar aansluitende schakels.

Geconcludeerd kan dus worden dat binnen het merendeel van de regio's wel afspraken zijn gemaakt, maar dat het transmurale karakter daarvan in sommige regio's discutabel is omdat belangrijke partijen ontbreken. Dit heeft tot gevolg dat de spoedzorg nu nog steeds stagneert bij de partij die niet bij de afspraken is betrokken.

#### CONSENSUS

Regionale verschillen bestaan er ook in de diagnostiek en behandeling van een myocardinfarct. In 19 van de 25 regio's vindt prehospital triage plaats, meestal door de ambulanceverpleegkundige. In de overige regio's is de cardioloog van het ziekenhuis waar de patiënt naar toe gaat verantwoordelijk voor de triage. De criteria om reperfusie therapie (PTCA of trombolyse) te starten bij een myocardinfarct zijn niet in elke regio gelijk. De landelijke transmurale afspraak voor acute coronaire syndromen geeft aan dat bij een groot myocardinfarct met een ST-deviatie van meer dan 15 mm primaire PTCA de voorkeur heeft, bij een klein myocardinfarct met een ST-deviatie

van 6-15mm pre-hospitale trombolyse, en dat bij een ST-deviatie van minder dan 6mm geen reperfusie therapie moet plaatsvinden.<sup>1</sup>

Het blijkt dat in iets minder dan de helft van de regio's de reperfusie therapie start in overeenstemming met de landelijke afspraak. Er zijn regio's waarbij een afwijking van 2 mm al reden is voor reperfusie, terwijl vijf regio's pas beginnen bij een deviatie van 7 mm of meer. Kijken we naar de drempelwaarden die worden gehanteerd voor prehospital trombolyse en primaire PTCA, dan zijn ook hier regionale verschillen.

Naast deze variatie in criteria is er ook variatie in de gebruikte contra-indicaties. Slechts zeven regio's houden zich volledig aan de contra-indicaties zoals beschreven in het landelijk protocol.<sup>3</sup>

Ervan uitgaande dat ambulanceverpleegkundigen handelen op advies van een cardioloog, rijst het vermoeden dat er ook geen consensus bestaat binnen de beroepsgroep cardiologie. Dat idee wordt versterkt door de variatie in regionale invulling van reperfusie therapie. In vier regio's wordt alleen >>

## SAMENVATTING

- Om tijdverlies na een hartinfarct of beroerte te voorkomen is een goed functionerende spoedzorgketen cruciaal.
- Er zijn weliswaar samenwerkingsafspraken, maar die verschillen per regio en soms zijn niet alle partijen betrokken geweest bij de opstelling ervan.
- De regionale ambulancevoorziening dient goed op de hoogte zijn van de invulling van de spoedzorg en is het meest gebaat bij landelijke uniformiteit.
- Een belangrijk knelpunt is het gebrek aan consensus onder cardiologen over het toepassen van reperfusiotherapie.
- Bij het vervoer van personen met een beroerte leidt gebrek aan kennis, zowel bij hulpverleners als het publiek, vaak tot vertraging.

<< prehospital trombolysie toegepast en in vijf regio's alleen PTCA. In de helft van de regio's vindt op basis van klinische criteria prehospital trombolysie of een PTCA plaats. Het is aannemelijk dat verschil in consensus binnen de beroepsgroep de variatie in de spoedzorg vergroot. Ook de MMA's ervaren het gemis aan consensus binnen de beroepsgroep als een probleem.

Andere knelpunten zijn: de beperkte beschikbaarheid/capaciteit van PTCA, de beperkte beschikbaarheid van de ambulance, het maken van afspraken met interventiecentra buiten de regio voor het ambulancevervoer, de financiering van het tromboliticum en het werken met verschillende protocollen binnen één regio.

### GEBREK AAN KENNIS

Bij een beroerte is sprake van meer consensus. Een (vermoedelijke) beroerte is tot tweeënhalf uur na het ontstaan voor alle regio's een indicatie voor een A1-rit. Alle regio's hebben de mogelijkheid

om een patiënt met een herseninfarct te trombolysen. Specifieke afspraken over de tijd waarbinnen een patiënt na het ontstaan van de klachten uiterlijk in het ziekenhuis moet arriveren, bestaan in 18 regio's. In 15 regio's screent de ambulanceverpleegkundige of de patiënt in aanmerking komt voor trombolysie; na aankomst bij de patiënt wordt dus bepaald of een A1-rit naar het ziekenhuis noodzakelijk is.

In iedere regio is weliswaar trombolysie mogelijk, maar is het niet altijd duidelijk op welke momenten die kan plaatsvinden. Het komt voor dat het toepassen van trombolysie afhankelijk is van de dienstdoende neuroloog. Uit een eerdere inventarisatie blijkt dat in sommige ziekenhuizen alleen tijdens kantooruren trombolysiebehandeling mogelijk is.<sup>4</sup> Het gevolg daarvan is dat een ambulance soms een patiënt naar het verkeerde ziekenhuis brengt of in de avonden een grote afstand moet overbruggen of voor niets met spoed rijdt omdat de dienstdoende neuroloog geen trombolysie toepast.

Gebrek aan kennis, zowel bij hulpverleners als bij het publiek, blijkt een belangrijke oorzaak van vertraging van het spoedvervoer bij een beroerte. Hierin moet hoognodig verbetering komen. ■

dr. R.H. Wimmers,  
programmamanager beroerte Nederlandse Hartstichting

drs. S. de Loor,  
programmamanager spoed, Nederlandse Hartstichting  
(tot april 2004)

dr. C.L. Franke,  
neuroloog Atrium Medisch Centrum Heerlen en Nederlandse Hartstichting

Correspondentieadres: c.franke@hartstichting.nl

Meer MC-artikelen over de acute zorgketen vindt u via  
[www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek)



### Literatuur

1. Vermeer GJ, De Boer MJ, Bouma M, Bär FWHM, Van Bentum STB, Lamfers EJP, Rutten FH, Kapteijn BAE. Landelijke Transmurale Afspraak Acuut coronair syndroom. *Huisarts & Wetenschap* 2003; 46: 844-7.
2. Giesen AGM, Franke CL, Wiersma Tj, Binsbergen JJ van, Flikweert S, Kruijck RA van der, Luijckx GJR, Pleumeekers HCJM, Verhoeven S, Vriezen JA. Landelijke Transmurale Afspraak TIA/CVA. *Huisarts & Wetenschap* 2004; 47: 521-6.
3. Hartman JAM, Lichtveld RA, Vries GJM de, Wolde WLM ten (red). *Landelijk Protocol Ambulancezorg, LPA6*. Zwolle: Stichting Lamp, september 2003.
4. Hartman JAM, Lichtveld RA, Vries GJM de, Wolde WLM ten. *Toelichting Landelijk Protocol Ambulancezorg, LPA6*. Zwolle: Stichting Lamp, september 2003.
5. Franke C. Kwaliteit van de stroke units in Nederland. *Hart Bulletin* 2005; 36: 100-3

## VELDWERK

### Antidotum



*Ik ben gefascineerd door de kracht en (uit)werking van oneliners. Neem bijvoorbeeld de aansprekende*

*historische oneliner 'Ich bin ein Berliner' die John F Kennedy maakte tijdens zijn bezoek aan Berlijn op het heetst van de Koude Oorlog.*

*Ons aller Johan Cruijff is grootleverancier van de meest curieuze oneliners: 'Je moet schieten, anders kun je niet scoren', en 'Je gaat het pas zien, als je het doorhebt'. Met zijn bekendste: 'Elk voordeel heb zijn nadeel' werd hij wereldberoemd in Nederland.*

*In mijn vakgebied heeft de - nog steeds vaak bezigde - uitdrukking 'Ziek is ziek' vele jaren de discussie over het ziekteverzuim gedomineerd. Deze uitdrukking draagt verschillende boodschappen tegelijk uit: ziek zijn ('disease') wordt gelijkgesteld met zich ziek voelen ('illness') én zich ziek melden ('sickness'). En passant wordt de gedachte uitgedragen dat het een strikte privé-aangelegenheid betreft (want medisch) en dus geen nadere toelichting duldt. Kortom: een sluitend alibi voor alles en nog wat, mét behoud van meestal honderd procent salaris bij afwezigheid.*

*Deze oneliner en de daarbij passende cultuur van 'Ziek is ziek' heeft ervoor gezorgd dat Nederland lange tijd de onbetwiste nummer 1 op de wereldranglijst van verzuim en WAO is geweest. Met zijn variante oneliner 'Nederland is ziek' luidde toenmalig premier Lubbers in 1991 de noodklok, wat tevens het einde van de hegemonie van deze cultuur betekende.*

*Het verzuim is de laatste jaren fors gedaald en zo ook de WAO-intrede. Tevens zijn er enkele goede oneliners als antidotum voor het besmettelijke 'Ziek is ziek'-virus in omloop gekomen. De twee aardigste zijn: 'Het is niet altijd ziek wat zich meldt' en 'Ziekte overkomt je, verzuim is een keuze'. Conclusie: 'Morgen gezond weer op.' ■*

Dolf Algra

de bedrijfsarts