



## UvA-DARE (Digital Academic Repository)

### Gestructureerde zorg voor patienten met een beroerte: "stroke units" en "transmurale stroke services"

Limburg, M.; Kapelle, L.J.

#### Publication date

1997

#### Published in

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

[Link to publication](#)

#### Citation for published version (APA):

Limburg, M., & Kapelle, L. J. (1997). Gestructureerde zorg voor patienten met een beroerte: "stroke units" en "transmurale stroke services". *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 566-567.

#### General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

#### Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

## Gestructureerde zorg voor patiënten met een beroerte: 'stroke units' en 'transmurale stroke services'

M.LIMBURG EN L.J.KAPPELLE

Beroerten (herseninfecties en hersenbloedingen) vormen de derde doodsoorzaak in Nederland en zijn de belangrijkste oorzaak van invaliditeit op oudere leeftijd. De prevalentie bij mannen boven de 55 jaar is 3,5% en bij vrouwen 1,9%.<sup>1</sup> De langdurige zorgafhankelijkheid van veel patiënten blijkt uit de aanzienlijke jaarlijkse kosten van ruim 2 miljard gulden, die vooral een gevolg zijn van de chronische verpleeghuiszorg voor deze patiënten.<sup>2</sup> Ongeveer tweederde van de patiënten met een beroerte wordt in het ziekenhuis opgenomen;<sup>3</sup> per jaar zijn dit ongeveer 30.000 patiënten.<sup>4</sup> De gemiddelde opnameduur in het ziekenhuis is 21 tot 27 dagen. Ruim eenderde van deze opnamedagen is medisch niet noodzakelijk; patiënten wachten dan op een plaats in een geschiktere omgeving.<sup>5</sup>

De laatste jaren dringt het besef door dat er veel in deze zorg verbeterd kan en moet worden. De Nederlandse Hartstichting heeft 2 rapporten over deze problematiek doen verschijnen.<sup>6,7</sup> Er zijn onder meer problemen met de acute opvang van patiënten; verder is de continuïteit van de zorg onvoldoende en dienen zorg en begeleiding beter aan te sluiten op de behoeften van patiënt en naaste familieleden.

Gelukkig wordt er voortdurend vooruitgang geboekt bij de behandeling van patiënten met deze invaliderende aandoening. De neuroradiologie biedt steeds meer mogelijkheden voor diagnostiek en interventie. Klinisch wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat sommige patiënten baat hebben bij zeer vroege behandeling met trombolysen of met laagmoleculaire heparine.<sup>8</sup> Er wordt veel onderzoek gedaan naar neuroprotectieve stoffen en er zijn nieuwe behandelingsopties na intracerebrale en subarachnoïdale bloedingen. Het onderzoek van de afgelopen jaren heeft geleid tot een betere secundaire preventie na 'transient ischaemic attacks' (TIA's; beroerten met uitval die korter dan 24 h duren) met geneesmiddelen of operatieve ingrepen aan de halslagaders.

Belangrijke ontwikkelingen zijn gaande op het gebied van zorgorganisatie. Onweerlegbaar is aangetoond dat sterfte en handicap na een beroerte gunstig beïnvloed kunnen worden door patiënten te behandelen op een

---

Zie ook het artikel op bl. 568.

---

zogenaamde 'stroke unit'.<sup>9</sup> In de jaren zeventig werd in navolging van de succesvolle 'coronary care units' reeds gepoogd de zorg voor een patiënt met een beroerte te concentreren op een speciaal toegeruste afdeling. Het verwachte voordeel hiervan bleef echter uit, voornamelijk door gebrek aan behandelingen voor het herseninfect. Toch verschenen er in de jaren tachtig steeds meer onderzoeken waarin het nut van gespecialiseerde zorg bleek, ook al was dat vaak beperkt.

Langhorne et al. toonden in een meta-analyse van 10 onderzoeken aan, dat behandeling op een stroke unit, vergeleken met die op een gewone afdeling, resulteert in een daling van de mortaliteit na een jaar met ongeveer 20%, met aanwijzingen voor een verbeterde functionele toestand.<sup>9</sup> Ook is de kans op een slechte uitkomst (sterfte of geïnstitutionaliseerde zorg) na een jaar ruim 30% kleiner.<sup>10</sup> De kracht van een meta-analyse is dat behandelingseffecten die niet significant verschillen in individuele onderzoeken, bij het samenvoegen van de gegevens wel aangetoond kunnen worden. Een nadeel van de onderhavige analyse is dat niet precies bekend werd welke elementen in de zorg tot deze betere uitkomsten leidden. Ongeveer de helft van de onderzoeken betrof stroke units gericht op het acute stadium, de andere helft was meer op revalidatie gericht. Een gemeenschappelijk element op elke stroke unit was de continuïteit van geïntegreerde zorg, geleverd door een gespecialiseerd multidisciplinair team. Waarschijnlijk zijn de gunstige resultaten het gevolg van een optelsom van kleine, maar belangrijke elementen op het gebied van diagnostiek, behandeling, zorg en begeleiding. In afzonderlijke onderzoeken zal onderzocht moeten worden wat effectieve elementen zijn.

De stroke unit is inmiddels een 'evidence-based' (dat wil zeggen een wetenschappelijk onderbouwde) vorm van zorg die geleidelijk aan in veel organisaties ingevoerd wordt. Een stroke unit lijkt het best gerealiseerd te kunnen worden op een speciaal toegeruste afdeling. Met name kunnen verpleegkundigen op deze manier een grotere rol spelen in het dagelijkse en continue revalidatieproces.<sup>10</sup> Een bijkomend voordeel is dat de groeiende mogelijkheden voor vroege interventie effectiever toegepast kunnen worden. Idealiter bestaat het team uit gespecialiseerde verpleegkundigen, een neuroloog, een revalidatiearts, een fysiotherapeut, een ergo-

---

Dr.M.Limburg, neuroloog, klinisch-wetenschappelijk onderzoeker van de Nederlandse Hartstichting, 1134 7th Street SW, Rochester MN 55902, USA.  
Universiteit Utrecht, vakgroep Neurologie, Utrecht.  
Dr.L.J.Kappelle, neuroloog.  
Correspondentie-adres: dr.M.Limburg.

therapeut, een maatschappelijk werker en een te consulteren neuropsycholoog. Essentieel is voldoende nascholing voor de teamleden en goede communicatie. Binnen de stroke unit moeten er protocollen zijn gericht op directe behandeling (bijvoorbeeld trombolysen), op het voorkomen van complicaties en op integratie van de zorg met die in de thuissituatie en in andere instellingen. Een goede registratie van de patiënten, van de toegepaste behandelingen en van de uitkomst is belangrijk voor de controle van de kwaliteit van zorg.

In november 1995 werd een aantal richtlijnen geformuleerd op een internationale multidisciplinaire consensusbijeenkomst, onder auspiciën van de Wereldgezondheidsorganisatie (de zogenaamde Verklaring van Helsingborg).<sup>11</sup> Onder meer werd als één van de doelen voor het jaar 2005 gesteld dat alle landen: '... een systeem van georganiseerde zorg voor acute beroerten...' moeten hebben. Een werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie heeft inmiddels richtlijnen voor de behandeling van een beroerte opgesteld.<sup>12</sup>

Het is belangrijk de zorg binnen de stroke unit in het ziekenhuis als onderdeel van een continuüm te beschouwen. De zorg voor patiënten met een beroerte moet aangepast worden aan de in de tijd wisselende eisen die afhangen van de medische en de functionele toestand van de patiënt en van de wensen en de mogelijkheden van patiënten en partners. Het structureren van de zorg in een zogenaamde 'transmurale stroke service' heeft als doel de juiste zorg op de juiste plaats te leveren. Het integreren van de zorg kan bevorderd worden door afspraken te maken tussen de verschillende hulpverleners en instellingen. Zo vroeg mogelijk na de beroerte moet het zorg- en revalidatiebeleid uitgestippeld worden. Overigens zal de uitwerking overal verschillen, afhankelijk van de lokale mogelijkheden en voorkeuren. Binnen een transmurale stroke service moeten afspraken tussen huisartsen en neurologen ertoe leiden dat bepaalde patiënten snel worden doorverwezen naar het ziekenhuis, vooral nu daadwerkelijke behandeling in het acute stadium mogelijk is. Vlotte poliklinische analyse ('TIA-service') kan onnodige ziekenhuisopnamen voorkomen. De huisarts speelt een prominente rol in het begeleiden van de zorg op langere termijn. Experimenten met gespecialiseerde verpleegkundigen die continuïteit in de zorg aan deskundigheid paren, moeten bepalen of dit voor de patiënt nuttig is. De deskundigheid van de revalidatiegeneeskunde dient beschikbaar te zijn gedurende het hele zorgtraject, expliciet dus ook buiten de revalidatie-inrichtingen.

Deze zorgorganisatie biedt meer mogelijkheden voor inbreng van patiëntenverenigingen dan nu aanwezig zijn. Betere behandelingsmogelijkheden en een goede organisatie kunnen tot een toename van de kwaliteit van zorg leiden. Extra aandacht is nodig om na de acute fase de doorstroming naar huis of naar een andere zorginstantie te bevorderen.

De tijd is aangebroken dat hulpverleners, zorgverzekeraars, instellingsdirecties en overheidsdienaren nu de handen ineen slaan om op een efficiënte wijze tot een

verbetering van de kwaliteit van de zorg voor patiënten na een beroerte te komen. De mogelijkheden zijn er.

---

#### ABSTRACT

*Structured care for stroke patients: 'stroke units' and 'transmural stroke services'.* – Following the successful introduction of Coronary Care Units for patients after a myocardial infarction, Stroke Units were designed where the specialized care for patients who had suffered a stroke might be concentrated. A meta-analysis in 1993 indicated that patients indeed benefited from treatment in such a unit. Stroke is the third cause of death in the Netherlands, with a prevalence in people aged 55 and more of 3.5% in men and of 1.9% in women. A Stroke Unit is part of a hospital; a Transmural Stroke Service in which neurologists and general practitioners participate, may deliver the appropriate care in the appropriate setting; patients may quickly be admitted to the hospital, an outpatient clinic can limit unnecessary hospitalization, and the general practitioner supervises chronic home treatment. The possibilities are there, now they have to be implemented.

---

#### LITERATUUR

- 1 Looman SJ, Bots ML, Hofman A, Koudstaal PJ, Grobbee DE. Beroerte bij ouderen: prevalentie en opnamefrequentie; het ERGO-onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:312-6.
- 2 Bergman L, Meulen JHP van der, Limburg M, Habbema JDF. Costs of medical care after first-ever stroke in the Netherlands. *Stroke* 1995;26:1830-6.
- 3 Schuling J, Groenier KH, Meyboom-de Jong B. Thuisbehandeling van patiënten met een cerebrovasculair accident. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:1918-22.
- 4 Reitsma J. Hart- en vaatziekten in Nederland 1995. Cijfers over ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 1995.
- 5 Straten A van, Meulen JHP van der, Bos GAM van den, Limburg M. Length of hospital stay and discharge delays in stroke patients. *Stroke* 1997;28:137-40.
- 6 Meyboom-de Jong B, eindredacteur. Zorg na een beroerte. Rapport Nederlandse Hartstichting. Den Haag, 1995.
- 7 Crevel H van, eindredacteur. Preventie en behandeling van de beroerte. Rapport Nederlandse Hartstichting. Den Haag, 1995.
- 8 Koudstaal PJ, Gijn J van. Trombolysen direct na een herseninfarct: quitte of dubbel? *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;141:2263-5.
- 9 Langhorne P, Williams BO, Gilchrist W, Howie K. Do stroke units save lives? *Lancet* 1993;342:395-8.
- 10 Dennis M, Langhorne P. So stroke units save lives: where do we go from here? *BMJ* 1994;309:1273-7.
- 11 Limburg M. Behandeling van beroerten in Europa: de Verklaring van Helsingborg. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:568-71.
- 12 Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Richtlijnen voor de behandeling van patiënten met een beroerte. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 1996.

Aanvaard op 9 december 1996

---

## Bladvulling

### *Geen oorlam!*

De nieuwste torpedoboot der Amerikaansche Zeemacht is genaamd naar Admiraal FOOTE, den man, die een eind gemaakt heeft aan het verstrekken van grog aan de manschappen dier Marine. Deze maatregel heeft zeer gunstig gewerkt op de gezondheid en werkkraft.

(Berichten Buitenland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1897;41I:1013.)