

Jaarverslag 2012 van de neurovasculaire unit van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis

Beste lezer,

Voor u ligt het jaarverslag 2012 van de neurovasculaire unit van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. Een aantal punten worden hierna kort benoemd.

1. De certificering van de Stroke Unit die in 2011 behaald werd volgens de Helsingborg Criteria werd behouden mede door punt 2:
2. Er vond een spectaculaire verbetering van onze trombolysen-cijfers wat grotendeels te danken is aan het voorwerk wat in het najaar 2011 plaatsvond achter de schermen (o.a. vooraankondigen vanuit de ambulance).
3. In 2012 werd een pilot gestart om TIA-patiënten die op vrijdag en zaterdag opgenomen werden datzelfde weekend te ontslaan door in het weekend ook de duplex-halsvaten en z.n. de echo van het hart te laten verrichten (uniek in Nederland).
4. Door de unieke geografische ligging gevormd door eilanden en gescheiden door water zijn er lange afstanden en een diffuus verspreide bevolking. Hierdoor is er door o.a. historie sprake van een versnipperd zorgaanbod. Ondanks dit alles lukt het vrij goed om de CVA-keten Noord en Midden Zeeland in stand te houden en kon er zelfs uitgebreid worden met 2 partners.
5. Dankzij de CVA-ketencoördinator heeft er in het najaar van 2012 ook voor het eerst een uitgebreide ketenbrede bij- c.q. nascholing van medewerkers plaatsgevonden. Deze scholing zal in 2013 opnieuw plaatsvinden.
5. De neurologen hebben verder de huisartsen van Zeeland nageschoold op het Zeeuws Symposium Neurologie dat in april 2012 plaatsvond. Op neurovasculair terrein gaf ondergetekende een presentatie over het onderwerp SDH en SAB en collega prof. dr. Dippel gaf een presentatie over TIA's en CVA's.
6. Doordat er tekort was aan gekwalificeerd personeel is in het ZorgSaam Ziekenhuis te Terneuzen door een zwangerschap is er door bemiddeling van de CVA-ketencoördinator een tijdelijke detachering tot stand gekomen van de CVA-verpleegkundigen van het ADRZ die poliklinische nazorg geven op de poli in Terneuzen. Dit beviel zo goed dat het contract met 1 jaar verlengd is.
7. Vermeldenswaardig is verder dat door een samenloop van omstandigheden het mogelijk was dat in het ADRZ te Goes de neurochirurg (die poli deed) een spoedcraniotomie kon verrichten bij een toerist die een epiduraal hematoom had. Een ambulancerit naar een neurochirurgisch centrum elders had een meer onzekere uitkomst gegeven.

Cijfers

Het verzorgingsgebied voor de acute neurovasculaire zorg omvat 248.000 inwoners. Deze bevolking is verspreid over een groot gebied en bovendien gescheiden door natuurlijke barrières in de vorm van veel water. Behalve 1 snelweg die vanuit Vlissingen Walcheren en Zuid-Beveland doorkruist zijn alle andere hoofdwegen provinciaal en zijn belangrijke verbindingen zelfs enkelbaans (Zeelandbrug). De aanrijtijden kunnen daardoor lang zijn wat van belang is bij trombolyses. Verder trekt de Zeeuwse kust (m.n. Walcheren) tegenwoordig het hele jaar door toeristen. Voor de neurovasculaire aandoeningen vallen m.n. de oudere Duitse toeristen op.

De vergrijzing in Zeeland slaat harder toe dan elders maar opvallend is dat de meesten ouderen relatief gezond een hogere leeftijd bereiken. De gemiddelde leeftijd van de neurovasculaire patiënt lijkt daarom ook wat hoger te liggen dan elders. Dit kan overigens mede komen doordat gepensioneerden die van buiten de provincie hier komen wonen vaker een hogere sociaaleconomische status (en daarmee betere gezondheid) hebben.

Aantallen 2012

Ziektebeeld	Aantallen
TIA's (poliklinisch)	189
TIA's (klinisch)	157
Herseninfarcten (poliklinisch)	192
Herseninfarcten (klinisch)	395
Hersenbloeding (klinisch)	56
SDH (en EDH)	43
SAB	19

Trombolyses 2012

In 2012 werden 401 patiënten met een herseninfarct opgenomen. Bij 42 mensen kon een trombolyse worden uitgevoerd (10,5%). 40 hiervan konden binnen het uur verricht worden (95,2%). Hiermee kwam de gemiddelde door-to-needle time op 42,5 minuut. Verder konden nog 2 patiënten worden getromboliseerd nadat bloeddrukverlaging op de IC werd toegepast waardoor ze alsnog in aanmerking kwamen. Al met al een spectaculaire verbetering t.o.v. 2011 door het verbeteren van de logistiek.

Trombolyses over de jaren heen

	2012 (ADRZ)	2011 (ADRZ)	2010 (ZW en SOZ)	2009 (ZW en SOZ)
Aantal	44	46	32	23
% van totaal	10,5%	12,5%	10%	6,4%
Binnen 1 uur	95,2 %	50 %	35%	50%
DTN	42,5 min	66 min.		

Vragen en opmerkingen voor 2013 en verder:

1. Het acute traject t.a.v. trombolyses moet in stand blijven en aangescherpt worden (daling van de DTN-tijd). Het percentage trombolyses kan verder omhoog door meer bewustwording van de mogelijkheid door meer voorlichting bij het publiek (mogelijk via de CVA-vereniging Regio Zeeland). De huisartsen kunnen een enkele keer nog wat scherper zijn maar gezien de recente scholing en informatie op onze website (www.neurologie-zeeland.nl) lijkt hier weinig winst meer te behalen. Voor een deel van ons werkgebied geldt echter dat m.n. de door-to-door tijd lang is waardoor een goede uitkomst bij voorbaat lager ligt dan van een gunstiger gelegen centrum elders. Alleen een verder daling van de DTN-tijd kan dit nog wat compenseren.
2. Kan de constructie gehandhaafd blijven zoals nu waarbij we trombolyses verrichten op de IC (wat overigens aantrekkelijk is gezien het feit dat bloeddrukverlaging om alsnog voor trombolyse in aanmerking te komen dan goed begeleid wordt)? Alternatief is dit net als elders op de Stroke Unit te doen maar hiervoor moet er een extra verpleegkundige in de nacht aanwezig zijn (of moeten we met een oproepsysteem gaan werken).
3. Voortzetting van het concept van opnames van TIA's voor snelle diagnostiek (liefst ook in het weekend). Opnames voorkomen voor een klein deel recidiverende TIA's of infarcten door o.a. snelle diagnostiek en therapie. Verder neemt het een hoop angst weg bij de patiënt en familie (en voorkomt daardoor herhaalbezoeken aan huisartsen en HAP's). Ook de opname in het nazorgprogramma via de CVA-verpleegkundigen voorkomt onnodige herconsulten en geeft meer secundaire preventie door goede voorlichting en begeleiding.
4. Helaas lukt het de CVA-keten niet om de nazorg via de CVA-verpleegkundigen tot een jaar na het incident voldoende te borgen door wegvallen van financiële bron. Is het daarom mogelijk de nazorg via de CVA-verpleegkundige in een DOT op te nemen zonder dat een neuroloog de patiënt moet blijven terugzien? De meeste patiënten hebben voldoende aan de verpleegkundige nazorg en er is vaak geen noodzaak tot medische interventie.
5. De CVA-ketencoördinator blijft noodzakelijk gezien de grote hoeveelheid aan schakels die we in Zeeland hebben (waarbij tevens het oude "eilanddenken" soms nog lastig te doorbreken is). De in 2012 ingezette ketenbrede scholing zal worden voortgezet. Ook het landelijk ingezette traject door het CVA-Kennisnetwerk om de z.g. "verborgen gebreken" eerder op te sporen vormt een uitdaging: wie in de keten moet dit oppakken en hoe wordt de screening (SIGEB) gefinancierd? Blijven de verzekeraars die dat nu doen de CVA-ketens überhaupt ondersteunen? Zo ja, wat gaan we verzekeren ontzeggen wiens verzekeraar (b.v. Achmea en VGZ) geen bijdrage levert aan de CVA-keten of laten we hen meeliften op hetgeen de andere verzekeraars financieren.
6. Een ander acuut traject is dat van de acute bloedingen. Het Erasmus MC te Rotterdam kan de toestroom vanuit ons centrum al jaren nauwelijks aan waardoor er vanuit hier een groot deel van deze groep overgeplaatst wordt naar het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA). In mindere mate wordt een beroep gedaan op het UZ Gent of het St. Elizabeth in Tilburg. De korte afstand tot het UZA, het vrijwel altijd bereid zijn tot overname en een adequate behandeling aldaar noopt ons tot een blijvende samenwerking met de neurochirurgie aldaar.
7. Het behouden van de certificering van de Stroke Unit die in 2011 behaald werd volgens de Helsingborg Criteria. Een punt hierin is zo spoedig mogelijke mobilisatie van de CVA-patiënt. In onze visie betekent dit ook starten en m.n. ook voortzetten van fysiotherapie in het weekend. Onderschrijft men dit en hoe financiert men dit?