

# **Verbetering van de herkenning en triage van een beroerte in de 1e lijn in Noord-Holland en Flevoland Samenvatting rapport**

Werkgroep Triage & herkenning beroerte ROAZ regio's VUmc & AMC  
Augustus 2016

## Datum

2 augustus 2016

## Auteurs/leden werkgroep (op alfabetische volgorde)

- Jorien van Baal (Kaderhuisarts HVZ Almere)
- Hetty Cox (Huisarts Alkmaar & Medisch directeur DOKh)
- Roeland Drijver (Huisarts Purmerend & Voorzitter NTS)
- Pieter van Exter (Medisch manager, Regionale Ambulance Voorziening Amsterdam Amstelland & Zaanstreek Waterland)
- David Koetsier (Kaderhuisarts HVZ Amsterdam )
- Bart van Oostendorp (Kaderhuisarts HVZ Hoorn)
- Martijn Rhebergen (Adviseur Netwerk acute zorg Noordwest)
- Prudence Rumke-Gemmeke (Huisarts Den Helder)
- Sander van Schaik (Neuroloog Amstelland Ziekenhuis)
- Marie-Fleur van der Steeg (Adviseur TraumaNet AMC)
- Judith Tjin-a-Ton (Kaderhuisarts HVZ, Amstelveen)
- Marieke Visser (Neuroloog VUmc, voorzitter ROAZ werkgroep/focusgroep)

## Disclaimer

Dit rapport is zo zorgvuldig mogelijk samengesteld. Alle informatie in het rapport is afkomstig uit externe bronnen. Mochten er desondanks onjuistheden in het rapport staan, dan kunnen het Netwerk acute zorg Noordwest, TraumaNet AMC, of de leden van de werkgroep hiervoor niet aansprakelijk gesteld worden. Aan eventuele onjuistheden of onvolledigheden kunnen geen rechten ontleend worden. De lezer is verantwoordelijk voor keuzes die hij/zij maakt op grond van de informatie in dit rapport, alsmede voor het gebruik van deze informatie.

Aan de informatie uit dit rapport kunnen geen rechten worden ontleend. De informatie en gegevens in dit rapport mogen zonder nadrukkelijke schriftelijke toestemming niet worden vermenigvuldigd of gepubliceerd.

## Inhoudsopgave (volledig rapport)

Hoofdstuk	Pagina
<b>Samenvatting</b>	4
<b>1. Aanleiding</b>	6
Doelstelling	7
<b>2. Werkwijze</b>	8
Algemeen	8
Fase 1 - Het vergroten van inzicht in het probleem	8
Fase 2 & 3 - Het ontwikkelen en verspreiden van een oplossing	10
<b>3. Bevindingen</b>	10
Fase 1 – Het vergroten van inzicht in het probleem	10
• Literatuuronderzoek herkenning en triage beroerte	10
• Inventarisatie proces herkenning en triage beroerte 1 <sup>e</sup> lijn	12
Fase 2 – Het formuleren van een oplossing voor het probleem	18
• Verbetermogelijkheden	18
• Uitwerking mogelijke oplossing/interventie	20
• Herkennings- en triage-instructie beroerte	21
Fase 3 – Het verspreiden en implementeren van de mogelijke oplossing	23
• Handleiding beroerte	23
• Training beroerte	24
• Evaluatie (toekomst)	24
<b>4. Conclusies en aanbevelingen</b>	25
• Probleem	25
• (Mogelijke)oplossing	25
• Evaluatie	26
<b>5. Literatuur</b>	27
<b>6. Bijlagen</b>	30
• Bijlage 1 – Uitvraag huisartsen	30
• Bijlage 2 – Handleiding beroerte doktersassistenten	31

## Samenvatting

### Achtergrond

Uit recent onderzoek blijkt dat ongeveer 70% van de beroerte-patiënten eerst contact zoekt met huisarts of huisartsenpost voordat er behandeling in het ziekenhuis plaatsvindt. Daarbij blijkt er aanzienlijke vertraging op te treden. Het doel van dit regionale project was het verbeteren van de triage en herkenning van een beroerte in de eerste lijn in Noord-Holland en Flevoland waardoor een patiënt met verdenking beroerte sneller behandeld kan worden. Dit rapport geeft een omschrijving van het probleem en van de ontwikkelde interventie.

### Werkwijze

Het project is onderverdeeld in een viertal fasen:

- Fase 1 - Het vergroten van inzicht in het probleem
- Fase 2 - Het formuleren van een mogelijke oplossing/interventie
- Fase 3 – Verspreiden en implementeren van de mogelijke oplossing
- Fase 4 – Evaluatie

De evaluatie zal in een apart project en rapportage worden uitgewerkt. Voor het project is een regionale werkgroep samengesteld met een aantal neurologen en (kader)huisartsen. Voor het onderzoek heeft de werkgroep literatuuronderzoek uitgevoerd, een expertraadpleging gedaan en inventarisatie naar het proces van herkenning en triage in de 1<sup>e</sup> lijn.

### Conclusies en aanbevelingen

In algemene zin lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat triagisten, assistentes en huisartsen in de meeste gevallen een beroerte-patiënt goed herkennen en verwijzen. Echter blijkt uit een literatuuronderzoek en inventarisatie bij huisartsen dat er mogelijk toch (maximaal) 10-30% van de beroertes gemist wordt. De vertraging in de dagpraktijken lijkt groter dan bij de huisartsenposten. Factoren die mogelijk een rol spelen zijn o.a. patiënt delay (de patiënt wacht tot de eigen huisarts bereikbaar is), een minder klassieke presentatie van klachten (de klassieke FAST wordt eerder herkend, dan bellen de patiënten ook zelf eerder de HAP), andere triage in de dagpraktijken t.o.v. de huisartsenposten (mede omdat de gemiddelde urgentie in de dagpraktijk minder groot is en het vervolgbeleid na de triage zelf verschilt). De toepassing en het uitvragen van de (typische) FAST-symptomen, en het onvoldoende kennen of uitvragen van andere atypische symptomen lijken hierbij ook een rol te spelen. Belangrijkste specifieke verbeterpunten waren:

1. Vooral nog ligt de focus van de herkenning en triage van een beroerte op de FAST. De werkgroep is van mening dat ook (de link met de meer atypische symptomen bekend moeten zijn bij assistenten. Voorstel is om hier de 5 'Suddens' van de American Heart Association als uitgangspunt te gebruiken.
2. Uit onderzoek en inventarisatie blijkt dat het acute of plotselinge ontstaan van symptomen essentieel is voor de herkenning.
3. M.b.t. de FAST zijn er naast uitval van arm, gezicht en spraak vele vormen en plaatsen van uitval en sensibiliteitsveranderingen. Duidelijk uitvragen en voorbeelden bieden is hierbij belangrijk. Bijv. kan niet meer SMS-en of op een lijn/recht lopen.
4. Er bestaat in de NHG-standaard voor niet-FAST symptomen / ingangsklachten geen koppeling met tijdstip ontstaan klachten (<4,5 uur). Deze link moet volgens de werkgroep wel gelegd worden.
5. In de NHG-standaard wordt nog steeds gesproken over 4,5 uur vanaf het tijdstip ontstaan klachten. Mede door de opkomst van de mechanische trombectomie moet dit echter 6 uur zijn. Deze behandeling heeft nog tot 6 uur na start klachten een positief effect.
6. In de NHG-standaard staat er een U3 voor acute verwardheid, visusdaling/dubbel zien en hoofdpijn. Dit vindt de werkgroep erg laag. Het voorstel van de werkgroep is om hier een u2 van te maken of zelfs u1 als binnen <4,5 uur. Deze moeten worden opgenomen in de oplossing, eventueel door combinaties.
7. In de NHG-standaard wordt bij acute visusdaling/dubbelzien niet gerefereerd aan een mogelijke beroerte. Voorstel van de werkgroep is om dit wel te doen. Daarnaast lijkt dit symptoom nog wel eens geïsoleerd voor te komen.
8. Uit de gegevens van de huisartsen blijkt dat een U2-U5 urgentie nog steeds vaak leidt tot een consult of visite. Hier gaat mogelijk veel tijd verloren. Voorstel van de werkgroep is om vaker direct door te verbinden met de huisarts.

9. Tot slot wordt nog door de huisartsen in de werkgroep gemeld dat bij een aanscherping van de triage (vragen/afspraken) ook makkelijker opgenomen moet gaan worden door neurologen/ziekenhuizen. Dat gaat nu soms niet eenvoudig.

Uit de onderzoeken en discussies tijdens werkgroep-bijeenkomsten wordt duidelijk dat de mogelijke oplossing van het probleem bestaat uit een set van kleinere acties, interventies en afspraken. Het idee van de werkgroep was om hierbij eerst te focussen op de doktersassistenten van de dagpraktijken. Zij zijn een belangrijke eerste schakel in het triageproces. De bovenstaande verbetermogelijkheden zijn daarom door de werkgroep verwerkt in een herkennings- en triage-instructie beroerte voor doktersassistenten. Deze instructie is daarna ingepast een bredere handleiding beroerte: van het ontstaan, herkenning, behandeling tot nazorg. Deze handleiding bestaat uit 5 onderdelen/kaartjes:

1. Wat is een beroerte?
2. Wat zijn de risicofactoren voor het krijgen van een beroerte?
3. Hoe herken je een beroerte en welke (triage)actie volgt hierop?
4. Hoe wordt een acute beroerte behandeld in het ziekenhuis?
5. Hoe verloopt de revalidatie en nazorg, o.a. via de huisarts?

De handleiding zal in het najaar (allereerst) worden verstuurd aan alle dagpraktijken in Noord-Holland. Hiervoor wordt de handleiding aangeboden in een bruikbare bureaulapper/agenda (A5 formaat). De lapper kan ter herinnering naast de telefoon van de doktersassistenten worden gezet. Aanvullend aan de handleiding hebben assistenten de mogelijkheid een (verdiepende) training te volgen. De training sluit aan op de handleiding en wordt ontwikkeld en uitgezet door DOKh, een gespecialiseerd trainingsbureau voor de eerste lijn in Noord-Holland. Het gaat om een deel theorie en deel oefening aan de hand van casuïstiek of simulatiepatiënten (herkenning en nazorg). De training sluit af met een stukje implementatie in de praktijk.

Tot slot. De werkgroep denkt dat de onderbouwing van het effect van de handleiding en/of training kan helpen bij de implementatie naar de rest van de regio. Het zal echter vrijwel onhaalbaar zijn om het effect aan te tonen op bijv. pre-hospitale tijden, het trombolysen percentage van ziekenhuizen of mortaliteit (alleen al vanwege de enorme aantallen praktijken die nodig zouden zijn). Het zal dus een uitkomst zijn die dicht bij de interventie ligt, bv: 1. Zijn alle doktersassistenten geschoold?; 2. Hebben zij de triage-criteria bij de hand?; 3. Zijn er in de praktijk samenwerkingsafspraken gemaakt? De werkgroep stelt dat het al heel ambitieus zou zijn als 2017 (via opleidingen) 20% van de assistentes/praktijken hier aan voldoet, en 2018 50%. De evaluatie zal in een vervolgrapport worden uitgewerkt en beschreven.