

inspanningen met betrekking tot hart- en vaatziekten – die zich tot nu toe vooral concentreren op patiënten vanaf middelbare leeftijd – uitbreiden naar tieners en jongeren.

Mirjam de Kleijn

## Transmurale zorg bij CVA

Huijsman R, Klazinga NS, Scholte op Reimer WJM. *Beroerte, beroering en borging in de keten. Resultaten van de Edisse-studie van drie regionale experimenten met stroke service. Edisse: Evaluation Dutch Integrated Stroke Service Experiments. Utrecht: Pascal, 2001; 68 pagina's, € 13,60, ISBN 90-5763-032-X. Te bestellen bij: ZonMw (Tonny Broekhuis), Postbus 93245, 2509 AE Den Haag, e-mail: broekhuis@zonmw.nl*

Jaarlijks worden in Nederland 27.000 mensen door een CVA getroffen. Bij de zorg voor CVA-patiënten is een groot aantal hulpverleners van verschillende disciplines betrokken, waardoor deze zorg vaak onvoldoende coördinatie en afstemming toont. ZonMw selecteerde drie regionale transmurale CVA-zorgexperimenten (Delft, Nijmegen en Haarlem) om na te gaan of 'zorgketens' leiden tot kwalitatief betere zorg. Als controlegroep werden drie spiegelregio's gekozen die tezamen een gemiddeld beeld geven van de CVA-zorg in Nederland (Hilversum, Amsterdam-West en Leiderdorp).

Omdat een internationaal geaccepteerde definitie van *stroke service* ontbreekt, hebben allereerst vijf multidisciplinaire expertpanels twee soorten criteria geformuleerd, namelijk die waaraan een *stroke service* minimaal moet voldoen en die welke wenselijk zijn. Voor elke regio is vervolgens nagegaan in hoeverre deze aan de criteria voldoet. Over de validiteit en de betrouwbaarheid van deze scoring lijken mij de boeken nog niet gesloten. Geen van de regio's voldeed aan alle criteria. Delft scoorde het hoogste; daar werd alleen aan het criterium 'opnamegarantie' niet voldaan. De meeste onvoldoendes in de spiegelregio's betroffen de criteria 'na- en thuiszorg'.

Door een retrospectieve audit werden aan de hand van 101 CVA-patiënten uit

de zes regio's eventuele zorgtekorten opgespoord en gewaardeerd als zorgtekort zonder nadelige invloed op de patiënt, met mogelijk negatieve invloed en met waarschijnlijk negatieve invloed op de patiënt. Hoe de selectie van deze patiënten plaatsvond, wordt niet aangegeven. Er werden gemiddeld 60 tekorten per casus gevonden! Met Delft als gunstige uitzondering werden echter geen verschillen in zorgkwaliteit gevonden tussen de zes regio's.

Bij de vergelijking van de regio's op de punten opnameduur en verkeerde beddagen, routing, gezondheidsuitkomsten en kosten werden in de experimentregio's 411 patiënten ingesloten en in de spiegelregio's 187. Of deze insluiting alle opgenomen CVA-patiënten gedurende de onderzoeksperiode geldt, werd mij niet duidelijk. De gemiddelde opnameduur blijkt alleen in Delft aanzienlijk korter te zijn dan in de overige regio's. Weliswaar is ook de mortaliteit tijdens de ziekenhuisopname in Delft het laagste, maar na zes maanden verschillen de regio's niet in het sterftecijfer. De gemiddelde kosten per patiënt van de experimentele regio's liggen hoger dan die van de spiegelregio's. Echter ook hier liggen de kosten van Delft beduidend lager dan die der andere. Dat komt vooral door de minder verkeerde beddagen in Delft. Ook de kwaliteit van leven was in Delft significant beter dan in de spiegelregio's; in Haarlem was die significant slechter en in Nijmegen vergelijkbaar met de spiegelregio's.

De patiënten waren overal tevreden over de zorgverlening. De hulpverleners bleken positief te oordelen over de *stroke service*. Als punten voor verbetering worden de nazorg en de thuiszorg genoemd. Conclusie: de Delftse aanpak is kosteneffectief. Wil men deze resultaten op juiste waarde kunnen schatten, dan is meer informatie over de onderzoeksopzet nodig dan dit rapport biedt. Kijkt men nog eens na op welke punten Delft verschilt van de andere experimenten, dan zijn dit de criteria protocollen in het ziekenhuis, informatie-overdracht vanuit het ziekenhuis, transmuraal/multidisciplinair

dossier en transmuraal overleg. Nu, afgezien van trombolysen, een causale therapie voor het herseninfarct niet voorhanden is, hebben de beschreven zorgmaatregelen des te groter belang voor de patiënt.

Deze aanbevelingen tot slot zijn goed doordacht en bieden initiatiefnemers van transmurale zorgketens een leidraad bij het maken van plannen. Als huisarts blijft men met een wat verloren gevoel achter. De huisarts komt in de beschreven transmurale zorgketens nauwelijks voor. Wat is nu de rol van de huisarts in de nazorg voor CVA-patiënten? Gelukkig schijnt er een NHG-Standaard Beroerte in voorbereiding te zijn.

Jan Schuling

## Spirometrie voor huisartsen

Maurits Demeds, Jean Claude Yernault. *COPD en Astma: van kliniek tot de spirometrie. Leuven/Apeldoorn: Garant, 2001; 71 pagina's, € 10,43. ISBN 90-441-1141-8.*

Dit boek is een goed initiatief: er is namelijk maar weinig literatuur die specifiek spirometrie voor de huisarts belicht en dat is spijtig gezien het toenemend gebruik. De aanwezige literatuur richt zich op de longarts, waarbij het gehele scala van longfunctietesten wordt behandeld. Voor de huisarts zit de uitdaging erin om met beperkte middelen (anamnese, lichamelijk onderzoek, X-thorax en spirometrie) het maximale aan diagnostiek eruit te halen, maar tegelijk de beperkingen en valkuilen te leren kennen. In de literatuur voor de huisarts komt dit aspect onvoldoende aan bod.

Positief van het boek is dat het in anderhalf tot twee uur is uit te lezen. Er zijn echter ook belangrijke minpunten. De auteurs zijn longartsen; het woord 'huisarts' komt maar viermaal in het hele boek voor. De NHG-Standaarden en de Landelijke Transmurale Afspraken worden in het gehele boek niet genoemd. Ook het gedachtegoed van het nuttige