

## De standaard 'CVA' van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de huisartsgeneeskunde

G.E.H.M. Rutten

Zie ook de artikelen op bl. 2834 en 2850.

Het is veelzeggend dat de NHG-standaard 'CVA' de 8re is in de rij van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor huisartsen die het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft uitgevaardigd.<sup>1, 2</sup> Tot voor kort bestonden geen effectieve behandelingen voor patiënten met een CVA, zodat het eenvoudigweg niet goed mogelijk was om richtlijnen te maken die de wetenschappelijke toets der kritiek zouden kunnen doorstaan. Toch daalde in Nederland de voor de leeftijd gecorrigeerde sterfte aan een CVA tussen 1980 en 2000 duidelijk, terwijl het aantal voor de leeftijd gecorrigeerde ziekenhuisopnamen voor een CVA stabiel bleef.<sup>3</sup> De bij de standaard gepresenteerde incidentiecijfers die afkomstig zijn uit de huisartsenpraktijk suggereren tussen 1998 en 2004 een forse daling van het aantal CVA's. Een daling in de incidenties van CVA's in combinatie met een stabiel aantal ziekenhuisopnamen leidt tot de conclusie dat mensen na een CVA vaker in het ziekenhuis werden opgenomen. De opkomst van de stroke-unit en de mogelijkheid om trombolytische therapie toe te passen in de acute fase na een CVA hebben het therapeutisch arsenaal verruimd, en met name deze ontwikkeling heeft geleid tot het opstellen van de standaard. Het verbaast dan ook niet dat de eerste twee van de vijf kernboodschappen van deze NHG-standaard te maken hebben met de stroke-unit en de trombolytische therapie.

### STROKE-UNIT

De eerste kernboodschap zegt dat patiënten met een CVA op korte termijn moeten worden verwezen naar een stroke-unit in een ziekenhuis, tenzij de uitvalsverschijnselen gering zijn of spontaan al sterk verbeteren. Dat is een heldere richtlijn, die de samenstellers van de standaard goed konden onderbouwen en die voor sommige huisartsen alsnog een wijziging in het tot nu toe gevoerde beleid impliceert. Het tamelijk dwingende karakter van deze boodschap wordt in de eigenlijke standaardtekst echter behoorlijk genuanceerd. De huisarts dient bij een CVA met massale uitvalsverschijnselen op zijn minst te overwegen de patiënt thuis te houden, hij of zij dient rekening te houden met comorbi-

diteit, met de wens van de patiënt en met de mogelijkheden van de omgeving. Zijn wij met deze formulering weer terug bij de situatie van vóór de stroke-units? De standaard blinkt hier niet uit in helderheid. Weliswaar herkent iedere huisarts zich in een zorgvuldige afweging zoals hierboven vermeld, maar het voorgestane beleid lijkt het best vervat in de kernboodschap. Zoals gezegd, is dit waarschijnlijk al op grote schaal de gangbare praktijk. Als er toch implementatieproblemen zijn, dan zullen die voornamelijk veroorzaakt worden door het nog ontbreken van stroke-units in enkele ziekenhuizen.

### TROMBOLYSE

De tweede kernboodschap heeft een veel minder imperatief karakter: 'Patiënten met een CVA kunnen in aanmerking komen voor trombolysen als daar binnen drie uur na het ontstaan van de uitvalsverschijnselen mee begonnen kan worden.' Uiteraard geldt dit alleen voor het niet-bloedige CVA, ongeveer 80% van de gevallen. De grondigheid van wetenschappelijke argumentatie waarmee het NHG terecht faam heeft verworven, staat krachtiger bewoordingen inderdaad niet toe. Wie namelijk de wetenschappelijke verantwoording voor deze kernboodschap goed leest, raakt moeilijk overtuigd van de voordelen van trombolysen na een CVA. De samenstellers van de standaard schrijven nota bene zelf dat de discussie over het nut van snelle trombolysen in belangrijke mate bepaald wordt door analyses die pas in tweede instantie werden uitgevoerd en waarbij bleek dat de kleine groepen patiënten die binnen 3 uur alteplase kregen daarvan voordeel ondervonden. De definitieve waarde van deze bevinding kan alleen door middel van nieuw prospectief onderzoek worden vastgesteld. Men geeft vervolgens het advies om snelle trombolysen 'hoewel nog enigszins experimenteel' het voordeel van de twijfel te geven. Ik vraag mij dan af, welke huisarts of neuroloog tegen deze achtergrond bereid is deze therapie in gang te zetten, gelet op de wettelijke plicht patiënten te informeren naar de recentste stand van de wetenschap. Voornaamste argument voor de aanbeveling blijkt de overtuiging van de Nederlandse neurologen dat snelle trombolysen zijn nut bewezen heeft. Dit is in het standaardbeleid een trendbreuk. Er zijn de afgelopen jaren meerdere gevallen geweest van NHG-richtlijnen die als conservatief werden bestempeld en waarvan het restrictieve karakter achteraf terecht bleek. 'In dubio abstinence' geldt

Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 85.500, 3508 GA Utrecht.

Hr.prof.dr.G.E.H.M. Rutten, huisarts.

hier a fortiori: de 'bijwerking' van trombolyse is de bepaald niet zelden optredende intracranieële bloeding.

Een ander neveneffect van de noodzaak trombolyse te overwegen, is de tijdsdruk die ontstaat na het optreden van een CVA. Huisartsen kunnen niet altijd snel ter plekke zijn, wordt vervolgens gedacht. Deze redenering kan er op termijn toe leiden dat de inschakeling van de huisarts bij spoedeisende medische situaties in de thuissituatie niet meer vanzelfsprekend wordt geacht. Hiertegen is veel bezwaar gemaakt. Desondanks laat de standaard enige ruimte voor het vaststellen van een CVA door middel van het telefonisch afnemen van de 'face-arm-speech-time' (FAST)-test. Van deze test 'neemt men aan' (sic) dat het een goed hulpmiddel is om in samenspraak met de patiënt, zijn familie of omstanders een CVA te herkennen. Hoe moeilijk de plaatsbepaling van de FAST-test is geweest, wordt voldoende duidelijk gemaakt. Het is te hopen dat de komende jaren zorgvuldig opgezet onderzoek in Nederland kan worden uitgevoerd om de talrijke onduidelijkheden rond de FAST-test op te lossen.

#### SECUNDAIRE PREVENTIE

De derde kernboodschap van de standaard heeft betrekking op de behandeling van alle aanwezige cardiovasculaire risicofactoren in het geval de patiënt niet verwezen wordt. Volgens de standaard is de huisarts in dat geval verantwoordelijk voor de secundaire preventie, in de veronderstelling dat bij patiënten die wel naar de tweede lijn zijn verwezen de specialist een risico-inventarisatie maakt en eventueel de behandeling zal inzetten. De tegelijkertijd gepubliceerde landelijke transmurale afspraak 'TIA/CVA' spreekt bij secundaire preventie alleen over de huisarts.<sup>4</sup> Deze transmurale afspraak duidt erop dat de standaard ook explicieter had kunnen zijn: bij alle patiënten die een CVA hebben doorgemaakt, is de huisarts eindverantwoordelijk voor adequate secundaire preventie. Dat vraagt actief beleid van de huisarts en daar had de standaard toe kunnen uitnodigen. Nu blijft het voor patiënten die een CVA hebben doorgemaakt soms onduidelijk dat zij vanwege hun cardiovasculaire risico levenslang gecontroleerd en zo nodig ook behandeld moeten worden. Dat de standaard slechts in enkele zinnen ingaat op de medicamenteuze aspecten van secundaire preventie, is begrijpelijk, maar jammer. De afgelopen jaren is vast komen te staan dat de kans op een recidief-CVA verder verlaagd kan worden wanneer men naast de al eerder bekende medicatie (statine, antitrombotica en bloeddrukmedicatie) ook een ACE-remmer aan de behandeling toevoegt.<sup>5</sup> Daar leest de huisarts nu niets over.

#### REVALIDATIE EN NAZORG

De vierde en vijfde kernboodschap omschrijven nauwkeurig de rol van de huisarts bij het opstarten van de revalidatie, de periodieke evaluatie van het herstelproces en de chronische fase. De fasering in een acute periode, een revalidatieperiode en een chronische fase geeft de huisarts houvast. Alle zaken die aandacht vragen, komen herhaalde malen op overzichtelijke wijze aan de orde. In een apart kader wordt gewezen op de noodzaak van coördinatie van de revalidatie indien deze thuis plaatsvindt. In de bijbehorende noot vragen de auteurs zich af of speciaal opgeleide CVA-thuiszorgcoördinatoren deze rol niet beter op zich kunnen nemen dan de huisarts. Een goede balans: het is duidelijk dat de huisarts ervoor moet zorgen dat de revalidatie, indien deze vanuit thuis plaatsvindt, goed gecoördineerd wordt. De huisarts kan dat zelf doen, maar wordt min of meer gewaarschuwd dat daarvoor voldoende tijd, kennis en ervaring noodzakelijk zijn. Hier tekent zich een veranderende rol voor de huisarts af, die wij ook zien bij de soms complexe zorg voor andere categorieën chronische patiënten van wie de huisarts er maar enkelen in de praktijk heeft, bijvoorbeeld patiënten met multiple sclerose of de ziekte van Parkinson of patiënten die een darmstoma hebben. Gespecialiseerde verpleegkundigen werken nauw samen met medisch deskundigen, in dit geval de huisarts. Huisartsen zullen in toenemende mate goed op de hoogte moeten zijn van kennis en kunde van deze vaak hoog gespecialiseerde verpleegkundigen. Hier ligt terrein braak voor opleiding en nascholing.

Voor de chronische fase ziet de standaard een duidelijk omschreven rol weggelegd voor de huisarts. Het lijkt zonder meer een goede zaak om patiënten na een CVA met een zekere regelmaat te zien. De effectiviteit van dit soort consulten is waarschijnlijk groter als de huisarts samenwerkt met een gespecialiseerde revalidatieverpleegkundige.

Het is een goede zaak dat met het verschijnen van deze NHG-standaard de optimale behandeling van het CVA en de rol van de huisarts daarbij systematisch op een rij zijn gezet. De samenstellers ervan hebben zichtbaar geworsteld met de wens van buiten de huisartsgeneeskunde om ontwikkelingen die als positief worden beschouwd niet tegen te houden. Dat verschijnsel doet zich ook bij het opstellen van andere standaarden voor. Of de NHG-standaard 'CVA' in dat licht bezien goed in balans is, zal pas over jaren blijken, als meer onderzoeksresultaten beschikbaar zijn. Evidence-based geneeskunde bedrijven vraagt nu eenmaal om geduld.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 6 oktober 2005

---

## Literatuur

- 1 Verhoeven S, Beusmans GHMI, Bentum STB van, Binsbergen JJ van, Pleumeekers HJCM, Schuling J, et al. NHG-standaard CVA. Huisarts Wet. 2004;47:509-20.
- 2 Wiersma Tj, Pleumeekers HJCM, Beusmans GHMI, Schuling J, Goudswaard AN. Samenvatting van de standaard 'CVA' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneesk. 2005; 149:2850-6.
- 3 Koek HL, Grobbee DE, Bots ML. Trends in cardiovasculaire ziekte en sterfte in Nederland, 1980-2000. Ned Tijdschr Geneesk. 2004;148: 27-32.
- 4 Giesen AGM, Franke CL, Wiersma Tj, Binsbergen JJ van, Boiten J, Flikweert S, et al. Landelijke transmurale afspraak TIA/CVA. Huisarts Wet. 2004;47:521-5.
- 5 Wennberg R, Zimmermann C. The PROGRESS trial three years later: time for a balanced report of effectiveness. BMJ. 2004;329:968-70.

---

## Abstract

**The practice guideline 'CVA' from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of general practice.** – The practice guideline from the Dutch College of General Practitioners regarding the diagnosis, treatment and follow-up of a patient with a cerebrovascular accident recommends the patient's referral to a so-called 'stroke-unit'. Thrombolysis within 3 hours after the onset of a stroke should be reconsidered, although its effectiveness remains disputable. The guideline does not explicitly address the GP's responsibility for secondary prevention. The role of the GP in the process of rehabilitation and follow-up in the years after the CVA is described in detail. In so doing, this phase gets the attention it deserves.  
Ned Tijdschr Geneesk. 2005;149:2831-3