

# Regionale Transmurale Afspraken

## CVA en TIA

Arts-enZorg

 HagaZiekenhuis



hadoks



HAAGSEVATEN



H+  
MC



Versie: 1.1

Datum: februari 2022

## Inhoudsopgave

<b>1. Regionale Transmurale Afspraken CVA en TIA– regio Haaglanden .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Kernboodschappen .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Diagnostiek in de 1<sup>e</sup> lijn.....</b>	<b>6</b>
3.1. Anamnese .....	6
3.2. Lichamelijk onderzoek .....	6
Zie NHG standaard Beroerte.....	6
<b>4. Verwijzing.....</b>	<b>6</b>
4.1. Volledig herstel van uitvalsverschijnselen: TIA.....	6
4.2. Nog uitvalsverschijnselen, ook indien herstellend .....	6
4.3. Aanvullende informatie over behandeling CVA/TIA (IVT/IAT) .....	6
4.4. Inhoud verwijsbrief via Zorgdomein voor beoordeling neuroloog (tijdens ANW met brief) .....	7
4.5. Informeren patiënt over diagnostiek en behandeling in tweede lijn.....	7
<b>5. Behandeling en diagnostiek in de 2e lijn.....</b>	<b>7</b>
5.1. Herseninfarct/TIA (±80%) .....	7
5.2. Hersenbloeding (±20%).....	9
<b>6. Evaluatie .....</b>	<b>9</b>
6.1. Poliklinische zorg na TIA / beroerte.....	9
6.2. Overdracht van neuroloog naar huisarts.....	10
6.3. Overdracht van CVA verpleegkundige/vasculaire PA/VS naar huisarts .....	10
<b>7. Behandeling 1e lijn.....</b>	<b>10</b>
7.1. Wat te doen bij complicaties/nieuwe klachten/verminderd herstel? .....	11
7.2. Medicamenteuze preventie na een intracerebrale bloeding.....	11
7.3. Rol van de apotheek .....	11
Relevante informatie .....	12
<b>Bijlage 1- afkortingen.....</b>	<b>13</b>
<b>Bijlage 2 – Deelnemers.....</b>	<b>13</b>
<b>Bijlage 3 – verwijsformulier .....</b>	<b>14</b>
<b>Bijlage 4 – Bereikbaarheid 2e lijn .....</b>	<b>15</b>
<b>Bijlage 5 – Verwijsprotocol van de ambulance bij acute neurologische uitval regio West (verdenking beroerte).....</b>	<b>16</b>
Bijlage 6: RACE-score (dit is de het score systeem dat de ambulance gebruikt, hier toegevoegd ter illustratie).....	17

## 1. Regionale Transmurale Afspraken CVA en TIA- regio Haaglanden

De Regionaal Transmurale Afspraken (RTA) beschrijft het zorgproces bij patiënten met (een verdenking op) een TIA of CVA en is gebaseerd op de [NHG standaard beroerte](#), [NHG standaard CVRM](#), [CBO richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding](#) en [Regionaal protocol Inrichting acute beroertezorg regio West](#).

Deze RTA is opgesteld door neurologen, (kader)huisartsen, revalidatiearts, verpleegkundig specialist en beleidsmedewerker uit de regio Haaglanden

De RTA beschrijft de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners met betrekking tot de diagnostiek, de verwijzing naar de tweede lijn en de terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn, hoofdbehandelaarschap, behandeling, controles, voorlichting en informatievoorziening en dossiervoering.

De samenwerking tussen huisarts en neuroloog is aan de hand van afspraken in deze RTA zodanig georganiseerd dat de huisarts en/of neuroloog de patiënt **behandelt**:

- door adequaat op te treden bij acute symptomen waarbij de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats krijgt.
- door optimale zorg te realiseren, met als doel vermindering van morbiditeit (met de daarbij behorende ziekenhuisopnames) en mortaliteit te realiseren.
- door de taken en verantwoordelijken, voortvloeiend uit deze samenwerking, helder te beschrijven

## 2. Kernboodschappen

### Insturen bij een CVA

Bij een **CVA** is het window voor insturen naar het ziekenhuis **verlengd naar 24 uur**. In het ziekenhuis wordt beoordeeld of de patiënt kan behandeld worden met Intraveneuze therapie (IVT) of Intra-arteriële therapie (IAT)

### Insturen bij een TIA (zie samenvattingsschema, tabel 1):

- Overweeg om een patiënt met een TIA en een hoog risico op een nieuw infarct **direct in te sturen naar de SEH**.
- Stuur de patiënt met TIA en een hoog risico ook direct in, als de patiënt niet <24 uur op een TIA poli gezien kan worden (vrijdag, zaterdag, zondag)
- **Indien aangemeld bij ambulance:** ambulanceprofessional overlegt direct met de neuroloog voor besluit insturen naar SEH of TIA poli en koppelt terug aan huisarts als patiënt poliklinisch gezien wordt.

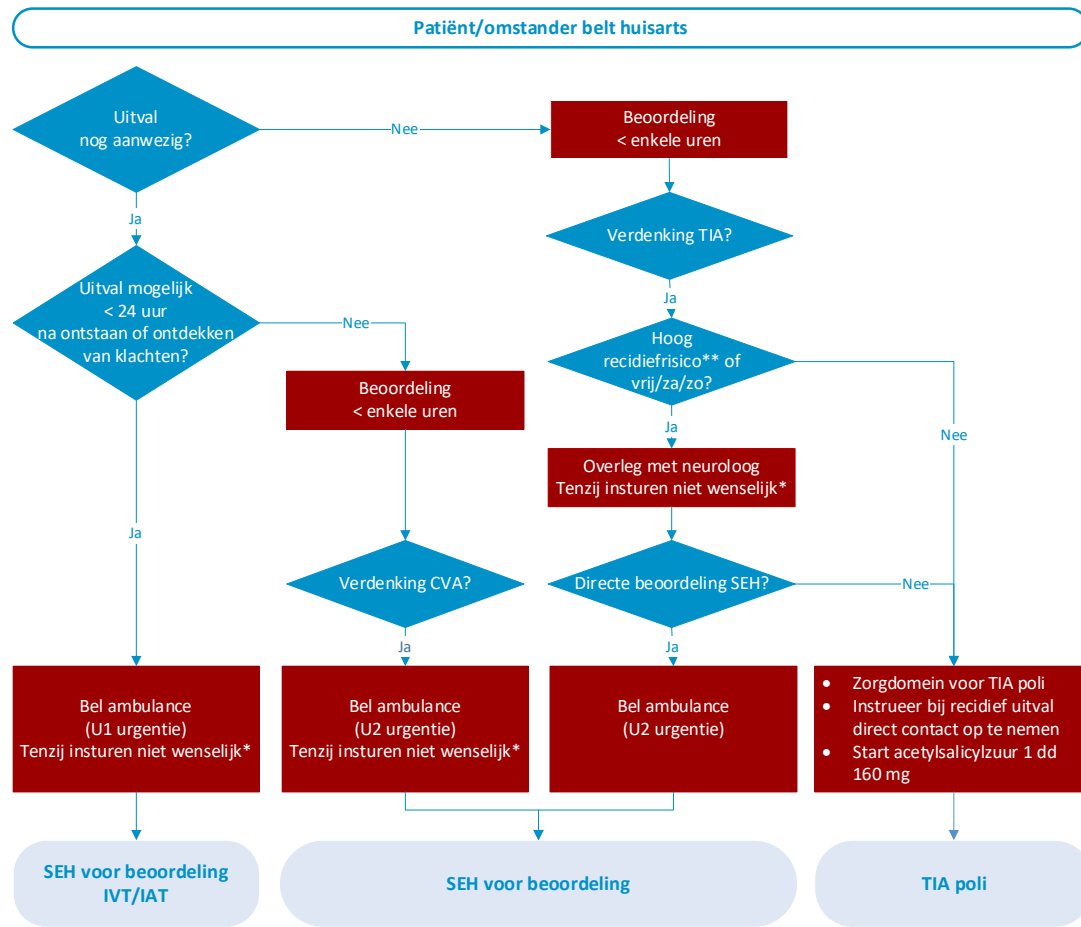
### Bloedverduuners:

Dubbeltherapie trombocytenuitremmers: op indicatie krijgt een deel van de patiënten met een TIA of herseninfarct in de 2<sup>e</sup> lijn **naast clopidogrel gedurende drie weken ook acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium**.

**CVRM zorg:** vindt plaats bij de huisarts na ontslag uit de 2<sup>e</sup> lijn (verpleegafdeling of TIA-poli).  
Includeer alle patiënten met doorgemaakt CVA/TIA in **ketenzorg CVRM secundaire preventie** (zeer hoog risico patiënt)

# RTA CVA/TIA – Regio Haaglanden

Tabel 1: Samenvattingschema: verdenking CVA/TIA



**\* infauste prognose of verzoek patiënt/mantelzorg**

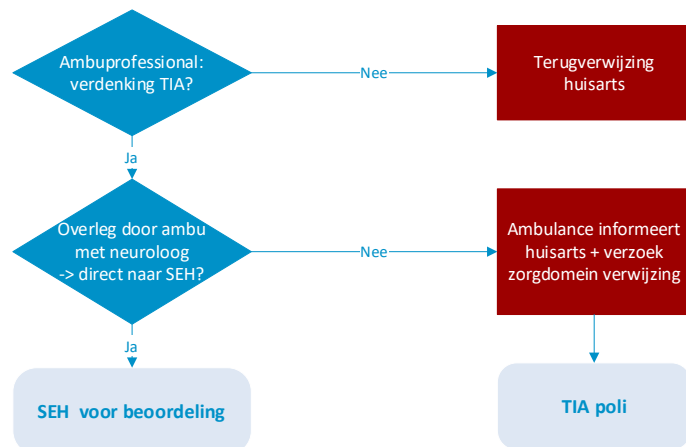
- Inventariseer of er voldoende verzorgingsmogelijkheden zijn om de patiënt thuis te verzorgen
- Beoordeel de slikfunctie voordat de patiënt iets eet of drinkt
- Start, afhankelijk van de prognose van de patiënt secundaire preventie en revalidatie

**\*\* afweging risico op herseninfarct (Amarenco et al, NEJM 2016)**

- meerdere TIAs of
- ≥ 6 punten op:
 

> 60 jaar	1	uitval >60 min	2
syst>140 of diast>90	1	uitval 10-59 min	1
halfzijdige zwakte	2	diabetes	1
taalstoornis zonder zwakte	1		

Patiënt/omstander belt direct een ambulance; bij aankomst uitval volledig hersteld



**NB:** Bij een CVA is het window voor insturen naar het ziekenhuis verlengd naar 24 uur, daarmee sluiten we aan bij nieuwe inzichten en behandel mogelijkheden en kijken we voor de hele regio Den Haag, Leiden en omgeving af van de NHG-standaard en de NTS.

## 3. Diagnostiek in de 1<sup>e</sup> lijn

### 3.1. Anamnese

Zie [NHG standaard Beroerte](#)

- bepaal of een beroerte waarschijnlijk is, evt. met FAST test  
NB: denk ook aan beroerte bij per acuut ontstane draaiduizeligheid.
- vervolganamnese: aard van de uitvalsverschijnselen, tijdstip ontstaan, acuut/geleidelijk begin, voortekenen, beloop, eerder zelfde klachten, medicatie, recente bloedingen/operaties, risicofactoren HVZ

### 3.2. Lichamelijk onderzoek

Zie [NHG standaard Beroerte](#)

## 4. Verwijzing

### 4.1. Volledig herstel van uitvalsverschijnselen: TIA

- Indien meerdere TIA's afgelopen uren/dagen of risico score  $\geq 6$  (zie tabel 1) hoog risico op een herseninfarct: **overleg dienstdoende neuroloog voor verwijzing SEH**
- Indien TIA op vrijdag, zaterdag of zondag: **overleg dienstdoende neuroloog** voor verwijzing SEH of zondag evt. voor TIA dagopname op maandag
- Overige patiënten:
  - verwijzing via zorgdomein dezelfde dag voor TIA dagopname < 24 uur
  - start clopidogrel 300 mg of acetylsalicylzuur 160 mg in één gift.

### 4.2. Nog uitvalsverschijnselen, ook indien herstellend

- < 24 uur na ontstaan klachten of onbekend tijdstip van ontstaan (ook indien onbekend hoe lang):
  - ambulance bellen (U1 urgentie). Patiënt wordt in Den Haag naar dichtstbijzijnde ziekenhuis vervoerd (zie bijlage 5: verwijsprotocol ambulance)
  - huisarts/ambulance belt de dienstdoende neuroloog voor aankondiging.

### 4.3. Aanvullende informatie over behandeling CVA/TIA (IVT/IAT)

Iedere patiënt moet met U1 urgentie en als trombolysiekandidaat aangekondigd worden. Op de SEH worden eventuele contra-indicaties bekeken. In zowel het HagaZiekenhuis en HMC, locatie Westeinde zijn er mogelijkheden voor intra-arteriële trombectomie. (zie ook bijlage 5).

- Uitval <  $\pm 12$  uur patiënt komt eventueel in aanmerking voor intraveneuze trombolysie (IVT),
- Uitval < 24 uur patiënt komt eventueel in aanmerking voor intra-arteriële trombectomie (IAT) bij een occlusie in een proximale cerebrale arterie (aangetoond met CTangiografie).
- > 24 uur na ontstaan klachten:
  - ambulance bellen en overleg dienstdoende assistent neurologie voor aankondiging SEH, tenzij verwijzen niet wenselijk i.v.m. infauste prognose of op verzoek van patiënten/mantelzorger.
  - bij twijfel over bovenstaande overleg met dienstdoende neuroloog

### 4.4. Inhoud verwijsbrief via Zorgdomein voor beoordeling neuroloog (tijdens ANW met brief)

De huisarts verwijst via Zorgdomein naar de neuroloog en vermeldt minimaal de volgende gegevens in de verwijsbrief.

- Anamnese
- Lichamelijk onderzoek
- Medicatieoverzicht
- (differentiaal) Diagnose
- Overige informatie die van toepassing kan zijn (mantelzorger, alleenstaand, thuiszorg al betrokken)
- Reanimatiebeleid

### 4.5. Informeren patiënt over diagnostiek en behandeling in tweede lijn

Deze informatie kan huisarts aan patiënt vertellen alvorens patiënt door ambulance meegenomen wordt:

- In Den Haag: patiënt wordt in principe naar het centrum gebracht waar patiënt bekend is of anders wat het dichtste bij is.
- Buiten Den Haag: Bij ernstige uitval (bepaalt de ambulanceprofessional aan de hand van de RACE-score) wordt patiënt direct naar het HagaZiekenhuis of het HMC, locatie Westeinde gereden (daar zijn meer mogelijkheden voor een eventuele acute behandeling (IAT)). Bij minder ernstige uitval wordt patiënt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht.
- In het ziekenhuis zal een team klaar staan die patiënt nakijkt en worden scans gemaakt van het hoofd. Daardoor kunnen ze vaststellen of er sprake is van een herseninfarct of een bloeding of een hele andere diagnose. Vaker is de oorzaak een stolsel in een bloedvat (herseninfarct), dan een bloeding (20% van de beroertes).
- Als patiënt inderdaad een herseninfarct heeft, wordt er in het ziekenhuis bekeken welke behandeling mogelijk is, bijvoorbeeld met een stolsel-oplossend infuus (=IVT) of (in sommige gevallen) kan het stolsel er via de lies (met een catheterisatie = IAT) uitgehaald worden.

## 5. Behandeling en diagnostiek in de 2e lijn

### 5.1. Herseninfarct/TIA (±80%)

#### 5.1.1. Acute behandeling:

- IVT: < ±12 uur. Regulier <4,5 uur en indien later/wake-up dan afhankelijk van MRI of CT-perfusie (laat de infarctkern en de penumbra [“het nog te redden weefsel”] zien)
- IAT: indien er een occlusie in een proximale cerebrale arterie aangetoond is met CT-angiografie. Indien 6-24 uur na ontstaan klachten/laatste keer goed gezien, dan beslissing wel/geen IAT ook afhankelijk van de CT-perfusie die de infarctkern en de penumbra (“het nog te redden weefsel”) laat zien.
- Starten bloedverdunners, zie hieronder bij 5.1.2.
- Bij jonge patiënten kan een groot herseninfarct zoveel ruimte in gaan nemen dat een patiënt inklemt (maligne media-infarct). Bij achteruitgang < 48 uur wordt daarbij soms een hemicraniectomie verricht.

### 5.1.2. Algemene informatie t.a.v. bloedverdunners:

- Indien indicatie trombocytenuitremmers
- De neuroloog maakt de keuze voor duale therapie (clopidogrel en acetylsalicylzuur) voor de eerste drie weken dan wel de keuze voor monotherapie (clopidogrel). Indien de neuroloog heeft gekozen voor de eerste 3 weken duale therapie, **let op extra controle of patiënt verder gaat in monotherapie**. Vermeld op het recept dat het om duale therapie gaat voor 3 weken en welk middel na die 3 weken door gebruikt moet worden. De apotheek kan hier op waken.
- Vervolgens:

1 <sup>e</sup> keus	Clopidogrel 1 dd 75 mg	
2 <sup>e</sup> keus	Acetylsalicylzuur (ASA) en dipyridamol retard 2 dd 200 mg	Indien bijwerkingen van clopidogrel, of bekende poor/intermediate metabolizer (CYP2C19) of indien recidief onder clopidogrel
3 <sup>e</sup> keus	Acetylsalicylzuur (ASA) als monotherapie	
NB bij (verdenking) cerebrale amyloïd angiopathie (CAA) kan hiervan afgeweken worden: geen medicatie of alleen ASA.		
Duur: in principe levenslang, tenzij: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ dissectie: dan (na eventuele controle CTA) eventueel stoppen na 3-6 maanden (afweging per individu door neuroloog)</li><li>▪ jonge patiënt of twijfel diagnose. Eventueel na aantal jaar bij geen nieuw cardiovasculair event te stoppen (staat dan apart vermeld in brief)</li></ul>		

- Indien indicatie voor orale anticoagulantia (OAC)
- Op indicatie: overzetten Vitamine K-antagonist (VKA) naar Direct orale anticoagulantia (DOAC) indien geen contra-indicaties. Let op bij het voorschrijven op de juiste dosering.
- Later (her)starten OAC (duur tot starten afhankelijk van o.a. grote herseninfarct, variërend van meteen starten tot na 2 weken). Ter overbrugging worden meestal trombocytenuitremmers gegeven die na starten OAC weer gestopt worden. Vermeld dit duidelijk op het recept naar de apotheek.
- Indien er een stent is geplaatst in de arteria carotis interna (tijdens de IAT of later), dan zal het beleid t.a.v. de bloedverdunners afwijken. Dit staat apart vermeld in de brief naar de huisarts.

### 5.1.3. Onderzoeken naar onderliggende oorzaken

- Klassieke cardiovasculaire risicofactoren, inclusief carotisstenose
- dissectie a. carotis of a. vertebralis
- cardiale emboliebron, zoals ritmestoornissen, endocarditis
- andere zeldzamere oorzaken



## 5.2. Hersenbloeding ( $\pm 20\%$ )

### 5.2.1. Acute behandeling:

- Couperen bij gebruik van OAC
- Indien < 6 uur na ontstaan en hoge tensie, dan meestal intraveneuze antihypertensiva bijvoorbeeld door middel van een labetalolpomp.
- Neurochirurgie: Bij oppervlakkig gelegen bloedingen en EMV-daling eventueel operatie voor hematoomevacuatie. Bij hydrocefalus eventueel drain.
- Minimale invasieve chirurgie in het acute stadium wordt momenteel alleen nog in onderzoeksverband gedaan en niet in regio Den Haag.

### 5.2.2. Algemene informatie t.a.v. bloedverduuners:

- Indien reeds gebruik van trombocytenaggregatieremmers: neuroloog bepaalt wanneer te herstarten, dit staat vermeld in de brief naar de huisarts.
- Indien reeds gebruik van OAC:
  - o Couperen en stoppen (met stoprecept naar de apotheek)
  - o Herstarten individuele afweging. Bij atriumfibrilleren (AF) meestal na >6-8 weken. Bij kunsthartklep meestal < 1 week. Bij verdenking cerebrale amyloïd angiopathie relatieve contra-indicatie.
  - o Voorkeur bij atriumfibrilleren voor een DOAC i.p.v. een VKA.

### 5.2.3. Onderzoek naar onderliggende oorzaak

- Hypertensief: bekende hypertensie of linkerventrikel hypertrofie (LVH) op ECG en typische lokatie bloeding op CT (basale kernen of intratorieel).
- Vaatmalformatie: CTA of later stadium MRA/angio
- Cerebrale amyloïd angiopathie (familiaal of sporadisch): familieanamnese of genetisch onderzoek indien verdenking Katwijkse ziekte, anders typische lokatie op CT en MRI-hersenen voor microbloedingen, corticale superficiale siderose (hemosiderine subpiaal)
- Tumor: MRI-hersenen tijdens opname en/of na resorptie hematoom na 6-12 weken
- Andere zeldzamere oorzaken

## 6. Evaluatie

### 6.1. Poliklinische zorg na TIA / beroerte

Patiënt krijgt bij het ontslaggesprek op de afdeling, TIA dagopname of de SEH-contactgegevens van de CVA-verpleegkundige/verpleegkundig specialist (VS)/physician assistant (PA) mee zodat patiënt met vragen bij hen terecht kan. Na 3 maanden wordt de patiënt nog een keer gebeld om te informeren naar restverschijnselen.

#### Soort afspraken:

- Patiënten die naar huis gaan worden op de polikliniek neurologie teruggezien na 6 weken. Indien het niet mogelijk is om naar het ziekenhuis te komen, kan een huisbezoek worden ingepland. Alternatief is een telefonische afspraak. Beeldbellen is in ontwikkeling.

- Alle patiënten met een beroerte (niet met een TIA) worden na drie maanden gebeld (voor modified Rankin scale = mRS)
- Overige afspraken op de polikliniek neurologie op indicatie.
- Patiënten die vanuit het ziekenhuis naar een revalidatiecentrum (bijvoorbeeld Basalt) of verpleeghuis gaan krijgen de controle aldaar.

### 6.2. Overdracht van neuroloog naar huisarts

- De neuroloog schrijft een kort verslag naar de huisarts na een SEH bezoek dezelfde of volgende dag
- De neuroloog informeert de huisarts bij een TIA-dagopname of andere opname op de dag van ontslag over:
  - diagnose (TIA, herseninfarct, hersenbloeding, anders)
  - behandeling
  - ontslagmedicatie met daarbij de termijn van de indicatie voor de bloedverduunners (levenslang of tijdelijk, zie “behandeling 2<sup>e</sup> lijn”). Recept met instructie naar de apotheek.
  - verblijfplaats van patiënt na ontslag indien niet naar huis gegaan en geeft hierbij aan of dit tijdelijk of definitief verblijf zal worden
  - vervolgafspraken die patiënt in het ziekenhuis krijgt bij neuroloog of andere specialisten (indicatie vermelden)
  - welke controles van huisarts verwacht worden/ wel niet overdragen worden. Afspraak hierbij is dat **CVRM secundaire preventie (zeer-hoog-risico patiënt)** door huisarts wordt gedaan vanaf ontslag uit het ziekenhuis volgens de richtlijn NHG, tenzij anders vermeld voor een specifiek item van de CVRM of patiënt hiervoor doorverwezen is naar de vasculair internist.

### 6.3. Overdracht van CVA verpleegkundige/vasculaire PA/VS naar huisarts

- Welke controles van huisarts verwacht worden. Afspraak hierbij is dat CVRM door de huisarts wordt gedaan (**reeds** vanaf ontslag afdeling/SEH/TIA poli).
- Bevindingen en restverschijnselen
- Voor welke controles patiënt alsnog doorverwezen is naar de vasculair geneeskundige of andere specialist.
- Wanneer patiënt na 6 weken op poliklinische controle komt, checkt verpleegkundige of patiënt een afspraak heeft gemaakt met de huisarts.

## 7. Behandeling 1e lijn

**De mogelijkheden voor behandeling in de 1e lijn: zie de [NHG standaard CVRM](#).**

- Includeer de patiënt in ketenzorg CVRM secundaire preventie (zeer-hoog risicopatiënt)
- Medicamenteuze preventie na een TIA of herseninfarct  
Bloedverduunning: zie behandeling 2e lijn, behandel, in principe levenslang, met de volgende medicatie:  
Trombocytenaggregatieremmers:
  - clopidogrel 1 dd 75 mg óf
  - acetylsalicylzuur 1 dd 80 mg in combinatie met dipyridamol 2 dd 200 mg (eerste 2 weken 1 dd 200 mg).

- Cholesterolverlagende medicatie: zie [NHG-Standaard CVRM](#)
- Tensie: zie [NHG-Standaard CVRM](#)
- Na een TIA of herseninfarct als gevolg van atriumfibrilleren of een andere cardiale emboliebron: behandel met een cumarinederivaat of een [DOAC](#)

### 7.1. Wat te doen bij complicaties/nieuwe klachten/verminderd herstel?

- Tot 3 maanden na de TIA/beroerte neemt patiënt bij problemen contact op met de **CVA-verpleegkundige/VS/PA** uit het ziekenhuis die verdere verwijzing kan regelen
- Na 3 maanden neemt patiënt bij problemen contact op met de huisarts die verder verwijzing kan regelen. Gebruik voor **verwijzing** naar fysiotherapie, ergotherapie of logopedie de zorgzoeker op [Neuronetwerk](#).
- Bij recidief uitvalsverschijnselen en complicaties, zoals epileptische insulten: naar **de neuroloog**
- Bij beperkingen in het somatisch, psychologisch of maatschappelijk functioneren: naar **de revalidatiearts** als de 1<sup>e</sup> lijn behandeling niet toereikend is.
- Bij problemen met re-integratie in het arbeidsproces: naar **de bedrijfsarts**
- Bij onduidelijkheid over het bestaan en de aard van cognitieve stoornissen en/of emotionele gedragsstoornissen: naar **de neuropsycholoog**
- Bij een kwetsbare oudere met complexe problematiek: naar **de specialist ouderengeneeskunde**
- Bij taal-, spraak- en/of slikproblemen: naar **de logopedist**
- Bij mobiliteitsproblemen: naar **de fysiotherapeut**
- Bij beperkingen in ADL-verrichtingen en huishoudelijke verrichtingen, noodzaak tot aanpassingen in de thuissituatie en/of moeite met energiemangement: naar **de ergotherapeut**
- Bij chronische gevolgen na een CVA kan structurele begeleiding worden gevonden via [Hersenz](#). Na verwijzing door de huisarts wordt een **behandelprogramma** samengesteld uit de volgende modules: Emoties en gedrag, Beweging, Energie, Denken en doen en Thuis.

### 7.2. Medicamenteuze preventie na een intracerebrale bloeding

- Behandel met antihypertensiva in de acute fase, later ook bij een systolische bloeddruk  $\leq 140$  mmHg (volgens stappenplan, zie NHG-Standaard CVRM).
- Weeg bij een indicatie voor orale anticoagulantia of trombocytenuitremmers zorgvuldig de risico's af in samenspraak met patiënt, neuroloog en/of cardioloog. Zie ook "behandeling 2<sup>e</sup> lijn"

### 7.3. Rol van de apotheek

- De apotheek heeft een duidelijke rol in de voorlichting over het gebruik van de geneesmiddelen en het begeleiden van de patiënten bij gebruik van de geneesmiddelen.
- De apotheek bewaakt de termijn bij duale therapie.
- Bij DOAC-gebruik bewaakt de apotheek de nierfunctiecontrole.
- Contra-indicaties TIA/CVA doorgeven aan de apotheek zodat hier op bewaakt kan worden.

### Relevante informatie

- Thuisarts: [beroerte](#)
- Hartstichting: [beroerte](#)
- Stroomschema medicamenteuze behandeling
- [Harteraad](#)
- [Hersenstichting](#)
- [Hersenz](#)
- [Neuronetwerk](#)

## Bijlage 1- afkortingen

AF	Atriumfibrilleren
ANW	Avond Nacht Weekend
CAA	Cerebrale Amyloïd Angiopathie
CTA	CT Angiografie
CVRM	Cardio Vasculair Risico Management
DOAC	Direct orale anticoagulantia
IAT	Intra Arteriële Therapie
IVT	Intra Veneuze Trombolyse
NHG	Nederlands Huisarts Genootschap
NTS	Nederlands Triage Standaard
OAC	Orale anticoagulantia
PA	Physician assistant
RTA	Regionale Transmurale Afspraak
SEH	Spoed Eisende Hulp
VKA	Vitamine K antagonist
VS	Verpleegkundig specialist

## Bijlage 2 – Deelnemers

Samenstelling werkgroep (in alfabetische volgorde):

1. Dhr. H. Arwert, Revalidatiearts HMC/Basalt
2. Mw. S. van Dijk, huisarts, kaderhuisarts Spoedzorg i.o., Hadoks
3. Dhr. E. van Duin, huisarts, kaderhuisarts HVZ, Hadoks
4. Mw. S. van Gestel-Vlucht, kaderhuisarts io HVZ, Arts en Zorg
5. Dhr. P. Kersemakers, huisarts Arts en Zorg
6. Mw. J. Kist, huisarts
7. Mw. Y. Klaver, huisarts
8. Mw. K. de Laat, neuroloog Hagaziekenhuis
9. Mw. D. Lappenschaar, beleidsadviseur, Hadoks
10. Mw. S. Manschot, neuroloog HMC
11. Mw. M. van der Salm-Ravensbergen, verpleegkundig specialist Hadoks/Haga
12. Mw. I. Stollman, apotheker en projectleider EFDH

## Bijlage 3 – verwijsformulier

De volgende informatie wordt, afhankelijk van wie hoofdbehandelaar is, vanuit ziekenhuis of door de huisarts/POH meegegeven aan de patiënt:

### Combinatieafpraak vaatexpertisecentrum dagopname TIA-analyse

#### Protocol

---

Zorgaanbieder

 HagaZiekenhuis van Den Haag HagaZiekenhuis, Leyweg, Den Haag

Zorgproduct

Combinatieafpraak vaatexpertisecentrum dagopname TIA-analyse

Traject

1. Lab (cholesterol, lipidspectrum)
2. Anamnese en neurologisch onderzoek
3. Herhaalde bloeddrukmetingen
4. ECG, beoordeeld door cardioloog
5. MRI-cerebraal tenzij contra-indicatie dan CT
6. Duplex carotiden
7. Bespreking uitslagen en behandelplan met neuroloog
8. Op indicatie: poliklinisch consult cardioloog/hematoloog

Toegangstijd

1 dag

## Bijlage 4 – Bereikbaarheid 2e lijn

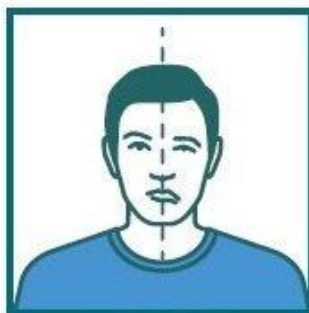
Maandag t/m vrijdag van 8.00 – 17.00 uur

- HagaZiekenhuis  
telefoon: 070 210 23 81 of 06 82010829  
email: [nazorgneurologie@hagaziekenhuis.nl](mailto:nazorgneurologie@hagaziekenhuis.nl)
- HMC
  - Tamara Dofferhoff verpleegkundig specialist vasculaire neurologie  
Tel 088 9794533  
Mail: [t.dofferhoffvermeulen@haaglandenmc.nl](mailto:t.dofferhoffvermeulen@haaglandenmc.nl)
  - Joke de Meris CVA nazorg verpleegkundige  
Tel 088 9792176  
Mail: [j.de.meris@haaglandenmc.nl](mailto:j.de.meris@haaglandenmc.nl)
  - Karin Boutrus CVA nazorg en epilepsie verpleegkundige  
Tel 088 9792174  
Mail : [k.boutrus@haaglandenmc.nl](mailto:k.boutrus@haaglandenmc.nl)
  - Carolien van Dijk CVA nazorg verpleegkundige  
Tel 088 9791526  
Mail: [Carolien.van.dijk@haaglandenmc.nl](mailto:Carolien.van.dijk@haaglandenmc.nl)

In de avond, weekend en feestdagen:

- Huisartsenpost Hadoks (voorheen SMASH) tel: 070 346 96 69  
Houdt u bij de hand: Burgerservicenummer, verzekeringsgegevens, actueel medicijnoverzicht

Bel 112, informatie voor patiënten, tevens geschikt voor laaggeletterden



### F (face)

Gezicht: controleer het gezicht. Let op of de mond scheef staat en een mondhoek naar beneden hangt.



### A (arms)

Armen: kan de persoon beide armen optillen?



### S (speech)

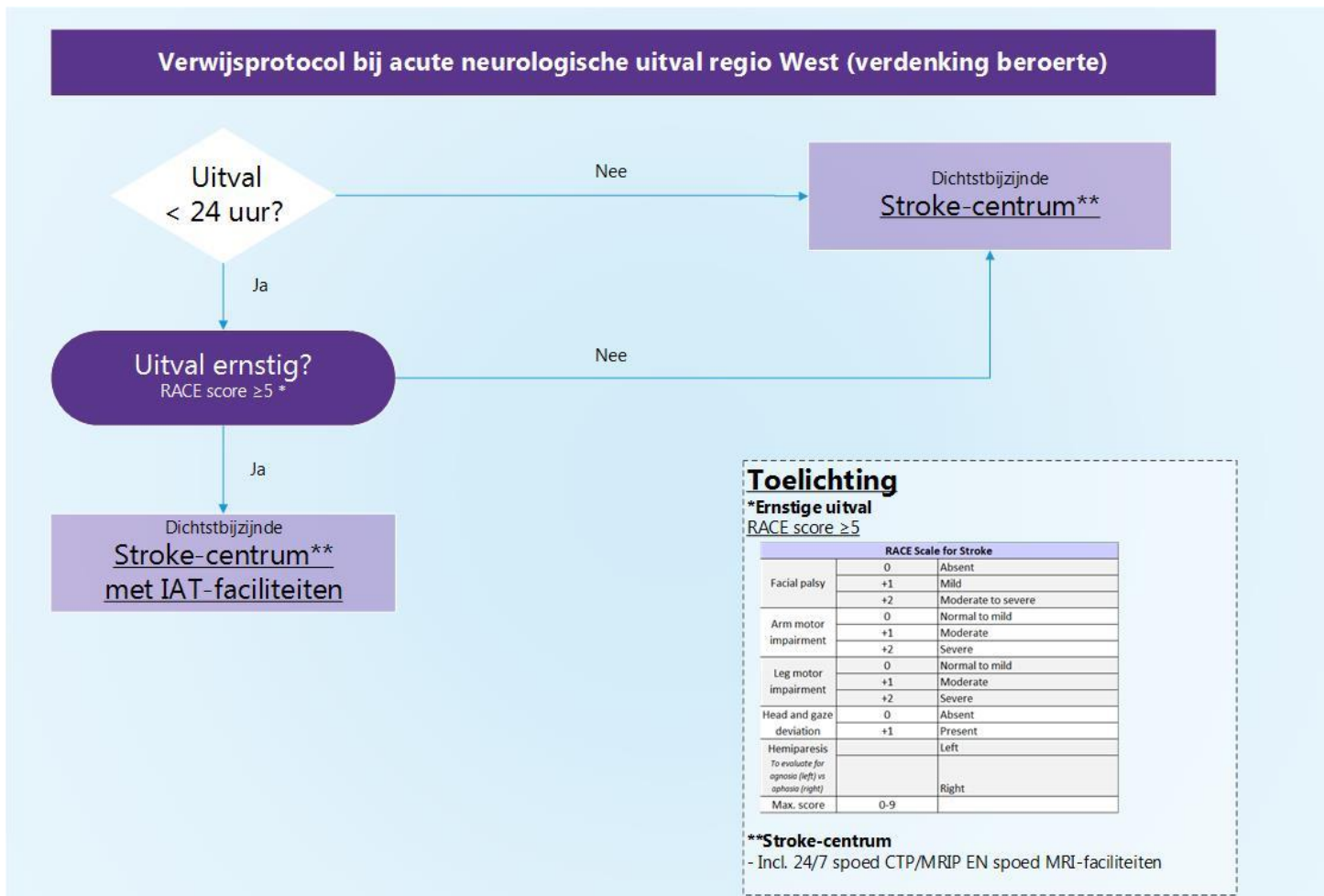
Spraak: is de spraak onsaamenhangend? Begrijpt de persoon u?



### T (time)

Tijd: is belangrijk. Stel vast hoe laat de klachten zijn begonnen. Bel direct 112.

## Bijlage 5 – Verwijsprotocol van de ambulance bij acute neurologische uitval regio West (verdenking beroerte)



<b>Stroke-Centra (24/7 faciliteiten: IVT + spoed CTA, CTP en MRI)</b>	<b>Plaats</b>
<b>1. Alrijne ziekenhuis</b>	Leiderdorp
<b>2. Groene Hart Ziekenhuis</b>	Gouda
<b>3. LangeLand Ziekenhuis</b>	Zoetermeer
<b>4. Reinier de Graaf Gasthuis</b>	Delft
<b>Stroke-centra met IAT faciliteiten (24/7 faciliteiten IVT en IAT + spoed CTA, CTP en MRI)</b>	<b>Plaats</b>
<b>5. Haaglanden Medisch Centrum (HMC+), locatie Westeinde</b>	Den Haag
<b>6. Haga Ziekenhuis</b>	Den Haag
<b>7. LUMC</b>	Leiden



Bijlage 6: RACE-score (dit is de het score systeem dat de ambulance gebruikt, hier toegevoegd ter illustratie)

### RACE+ (Rapid Arterial occlusion Evaluation)

ASSESSMENT	SCORE/DESCRIPTION	
<b>Facial Palsy</b> Ask the patient to smile or show their teeth	0	No palsy (symmetrical movement)
	1	Mild (slightly asymmetric)
	2	Moderate to severe (complete asymmetry)
<b>Arm Motor Function</b> Extend arms to 90 degrees if sitting (45 degrees if supine)	0	Normal to mild: arms upheld >10 seconds
	1	Moderate: one or both arms upheld <10 seconds
	2	Severe: patient unable to raise arm(s) against gravity
<b>Leg Motor Function</b> Extending legs of patient to 30 degrees in supine position	0	Normal to mild: legs upheld >5 seconds
	1	Moderate: legs upheld <5 seconds
	2	Severe: patient unable to raise legs against gravity
<b>Gaze Deviation +</b> Eyes deviated or unable to track to one side	0	Absent: eyes tracked to both sides
	1+	Present: deviation or difficulty tracking noted
<b>Aphasia +</b> Difficulty following commands - "Close your eyes" - "Make a fist" OR difficulty talking (do not count slurring of words) - Name 2 objects: "watch" "pen" - Repeat phrase	0	Normal: no difficulty following commands or talking
	1+	Moderate: some difficulty in following commands and/or talking
	2+	Severe: cannot follow commands AND unable to talk coherently
<b>Agnosia +</b> Inability to recognize arm and/or unaware of impairment.  While showing weak arm, ask - "Who's arm is this?" - "Does your arm feel weak?"	0	Normal: recognizes arm, aware of any impairment
	1+	Moderate: does not recognize arm OR denies impairment
	2+	Severe: does not recognize arm AND denies impairment.

Assessments and scores with a "+" are considered **cortical signs**, that are specific for LVO.  
 The "+" should be appended to the total score (e.g., "5+")