



Inhoud

► pagina 4
CarVasZ 2005

► pagina 6
Beroerte: acute zorg en preventie voor verbetering vatbaar

► pagina 10
'Walk Through' Cardiologie & Cardio-thoracale chirurgie

► pagina 14
Vraag en antwoord: een patiënt met harttonen aan de rechterzijde

► pagina 15
Nieuws van de werkgroep Hartrevalidatie

► pagina 16
Het voorbereiden van patiënten op een bedreigende interventie: een literatuurstudie

► pagina 26
**Onderzoek...
...en nu de praktijk**

► pagina 27
**Onderzoek...
...de theorie**

► pagina 28
Vraag en antwoord: een patiënt met harttonen aan de rechterzijde

► pagina 29
Ventricare 20 jaar

► pagina 34
Agenda

Cordiaal

Verenigingsnieuws NVHVV

Jubileumjaar

Als u dit leest, is het nieuwe jaar allang begonnen. Volgens de etiquette mag ik geen nieuwjaarswensen meer aan u over brengen. Toch hoop ik – en met mij het gehele NVHVV-bestuur – dat 2006 een goed en gezond jaar zal worden voor hart en bloedvaten. Dit jaar is voor de NVHVV een bijzonder jaar. Op 30 oktober 2006 bestaat onze beroepsvereniging namelijk 10 jaar. Wij gaan hieraan uiteraard op gepaste wijze aandacht besteden.

CarVasZ was een succes

Op het moment dat ik dit schrijf, het is vlak na Sinterklaas, zit ik nog na te genieten van CarVasZ dat op 18 november 2005 werd gehouden in Congrescentrum De Reehorst te Ede. Mede dankzij de ruim 600 enthousiaste bezoekers, en de vele en boeiende sprekers kijk ik tevreden terug op een succesvolle dag. Er waren ook aandachtspunten en die nemen we mee in onze evaluatie.

Deze dag werd mogelijk gemaakt door de werkgroep Congressen van de NVHVV, in samenwerking met het congresbureau Congress Care. Zij hebben zich bijna een jaar lang ingezet om op 18 november jongstleden alles vlekkeloos te laten verlopen: van een kop koffie voor de sprekers tot een uitgebreide lunch voor de bezoekers; van het programmaboekje tot het certificaat voor deelname; van de contracten met de sponsors tot de grootte van de zalen. Er komt echt veel bij kijken, weet ik nu.

Gelukkig hebben verschillende mensen al te kennen gegeven volgend jaar opnieuw hun bijdrage te willen leveren. Inmiddels zijn we druk bezig met de voorbereiding van het 3e CarVasZ-congres. Dat staat gepland voor november 2006.

Vruchtbare lunchbespreking

Tijdens de lunch op CarVasZ werd de Algemene Leden Vergadering gehouden. Tal van zaken passeerden daar de revue. Naast de bespreking van het jaarplan en de begroting zijn de nieuwe statuten goedgekeurd. Het is nu ook voor bijvoorbeeld cathlab-medewerkers en echolaboranten mogelijk om lid te worden van onze beroepsvereniging. Het vacatiegeldplan is aangenomen en er was een nagekomen attentie voor diegenen, die in 2004 hadden meegewerkt aan het totstandkomen van de beroepsdeelfprofielen. Uiteraard hebben we uitvoerig stil gestaan bij het Krachtig Verenigd-project van de AVVV. Na een bijna unanieme stemming is besloten om in 2006 niet mee te gaan in het fusietraject van de nieuwe vereniging. Er bleken nog te veel onzekerheden en vraagtekens op het gebied van financiën, identiteit en autonomie, op grond waarvan het bestuur en zijn leden nog een terughoudende positie willen innemen. U leest het, er is veel besproken tijdens die lunch.

NVHVV blijft bruisen

De plannen voor 2006 draaien inmiddels

op volle toeren. De werkgroepen hebben hun vergaderdata vastgesteld en de bij- en nascholingsdata (Continuing Nursing Education) voor de diverse werkgroepen zijn gepland. Ook de voorbereiding voor CarVasZ 2006 is alweer gestart. Ons vakblad *Cordiaal* kreeg een nieuwe redactie en redactieraad, zodat voor elk vakgebied steeds een interessant en passend artikel aan u kan worden aangeboden. We zijn in afwachting van de aanvraag voor erkenning van de Cardiac Care-opleiding en binnenkort valt onze ledenenquête bij u op de mat. Verder zullen we het projectvoorstel 'stop met roken' invulling gaan geven en ligt er een professioneel plan klaar om onze vereniging financieel gezond te houden.

Kortom, te veel om op te noemen.

Ik wil u dan ook zeker adviseren om het jaarplan 2006 (zie www.nvhvv.nl) eens door te lezen. Mogelijk spreken de plannen van een van de werkgroepen u dusdanig aan dat u besluit contact met ons op te nemen. U bent van harte welkom om een keer een werkgroepvergadering bij te wonen, zodat u zelf kunt ervaren dat geïnteresseerde en enthousiaste leden altijd welkom zijn. Uiteraard hopen we dat u uw expertise beschikbaar wilt stellen ten gunste van de beroepsvereniging. Vele handen maken tenslotte licht werk!

Annette Galema-Boers

Voorzitter NVHVV

e-mail: voorzitter@nvhvv.nl

Agenda

CONGRESSEN EN SYMPOSIA

16 maart

Continuing Nursing Education-Heart Failure (CNE-HF)
Hartfalen, nierinsufficiëntie en jicht
Vergadercentrum Hoog Brabant,
Hoog Catharijne, Utrecht
www.nvhvv.nl, Werkgroepen, Hartfalen info

23-24 maart; terugkomdag 12 mei

1-2 juni; terugkomdag 22 september
Cursus 'Psychosociale begeleiding van hart- en vaatpatiënten en hun familie

door verpleegkundigen'
Hartenark, Bilthoven
www.hartstichting.nl/zorgverleners/

5 en 6 april

Cursus 'Aandacht voor draagkracht: omgaan met hartfalen'
Hartenark, Bilthoven
www.hartstichting.nl/zorgverleners/

26-27 april / 27-28 juni

20-21 september / 21-22 november
Training CVA-nazorg

Hartenark, Bilthoven
www.hartstichting.nl/zorgverleners/

5-6 mei

6th Annual Spring Meeting of the ESC
Working Group on Cardiovascular
Nursing: 'New Frontiers in Cardiac Care'
Bergen, Noorwegen
www.escardio.org/bodies/WG/meetings/wg24_meet2006.htm

Cordiaal is een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen en verschijnt 5x per jaar. De NVHV is aangesloten bij de Algemene Vereniging van Verplegenden en Verzorgenden (AVVV).

Een onafhankelijke redactie bepaalt welke artikelen in aanmerking komen voor publicatie. Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactie. De verantwoordelijkheid voor de inhoud blijft bij de auteur.

Redactie:

Wilma Scholte op Reimer (hoofdredacteur a.i.), Erasmus MC, Rotterdam; Ron Bakker, VU Medisch Centrum, Amsterdam; Anne-Margreet van Dishoeck, Erasmus MC, Rotterdam; Petra Frankhuizen, Erasmus MC, Rotterdam; Alexander Laurensen, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven; Marianne Tijssen-Humme, Erasmus MC, Rotterdam; Martje van der Wal, UMCG, Groningen

Redactiesecretariaat:

B. Vijver, Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
tel. 030-6383713; fax 030-6383990
e-mail: cordiaal@bsl.nl, www.bsl.nl

Eindredactie:

Bart van Zenderen

Basisontwerp:

ontwerpbureau Amsterdam

Lay-out:

PH&D / Iette Papilaja

Uitgever:

K. Linden,
Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum

Advertentie-exploitatie

Informatie en tarieven op aanvraag bij de uitgever.
Basistarief 1/1 pagina (zw): € 691,00

NVHV secretariaat en ledenadministratie

Postbus 2087, 3440 DB Woerden,
tel. 0348-446638; www.nvhv.nl
Kosten lidmaatschap € 47,50 (incl. abonnement op Cordiaal)

Abonnementen Cordiaal zonder

NVHV-lidmaatschap

Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum bv
Postbus 246, 3990 GA Houten
tel. 030-6383736; fax 030-6383999
Internet: www.bsl.nl E-mail: cordiaal@bsl.nl

Voor België:

Standaard Uitgeverij/Manteau,
Mechelsesteenweg 203, 2018 Antwerpen.
Tel. +32 3 285 72 02. Fax +32 3 230 12 25.
E-mail: siu@standaarduitgeverij.be,
www.standaarduitgeverij.be

Nieuwe abonnementen

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd, tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Adreswijzigingen: bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice (adres zie boven).

Abonnementsprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratiekosten):
NVHV-leden zie boven.
particulieren (niet-leden) € 43,00
instellingen € 72,00
losse nummers € 9,50
Prijzen worden per kalenderjaar aangepast.
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Bohn Stafleu van Loghum, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 30073597 op 7 februari 2003. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

Auteursrecht

Overname van een artikel is uitsluitend toegestaan met bronvermelding en na schriftelijke toestemming van auteur, redactie en uitgever.

Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Bohn Stafleu van Loghum BV, gedeponeerd ter griffie van de rechtbank te Utrecht onder nummer 281/2003, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.

Foto's omslag Frank Muller

ISSN 0168-3594

 **uitgeverijverbond**
Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

Als u begrijpt wat ik bedoel

“Meten is weten” is een term die ik steeds vaker hoor. En dan het liefst met niet te veel meten heel veel weten. En dat dan uitdrukken in 1 getal. Ik houd wel van kort en krachtig, en als epidemioloog houd ik zeker van getallen. Maar wat wéét ik als ik meet, dat vraag ik me dagelijks af.

Zo presenteerde het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) afgelopen week de nieuwste cijfers over onze beroepsgroep. In 2004 waren we met 152.900 verpleegkundigen (kwalificatieniveaus 4 en 5) en 245.700 verzorgenden, helpenden en assisterenden (kwalificatieniveaus 3, 2, 1). Mooi gemeten, maar wat weten we nu? Een vergelijking met het verleden leert dat het aantal verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland blijft groeien. Maar is deze groei groter dan de algemene groei in onze bevolking? Betekent dit dat er tekorten zijn? Nee, van een tekort zoals enkele jaren geleden, is geen sprake meer. Vacatures kunnen ingevuld worden, zo heeft het LEVV gemeten. Vermoedelijk blijft dit zo op de korte en middellange termijn.

U merkt het al: hier wordt het LEVV voorzigtiger. Voor weten is kennelijk meer nodig dan meten.

De verwachte tekorten op de lange termijn zijn zeker niet nieuw. Dat kunnen we immers voorspellen op basis van demografische cijfers, ofwel de vergrijzing. Maar hoe zit het met de vergrijzing in onze beroepsgroep? Hoeveel verpleegkundigen gaan er dit decennium nog met pensioen? Heeft het LEVV daarmee wel rekening gehouden, toen ze stelden dat we op de middellange termijn geen tekorten hoeven te vrezen? Kennen we onze eigen leeftijdsopbouw eigenlijk wel? Ik weet het niet. Als u het weet, hoor ik het graag.

Heeft u ook in de krant gelezen dat de mortaliteit na een CVA zo varieert tussen ziekenhuizen? Wel van lager dan 5% in het ene ziekenhuis tot meer dan 30% in het andere. Dat geeft behoorlijk wat onrust. Maar wat meet en weet je nou eigenlijk?

Je meet inderdaad mortaliteit, maar meet je hiermee ook kwaliteit? Gezien de onrust denkt men blijkbaar van wel. Wat denkt u? Ik denk dat we eerst moeten kijken wat de variatie in gemiddelde ziekenhuisopnameduur tussen de ziekenhuizen is. Hoe langer de opnameduur van CVA-patiënten, hoe groter de kans is om in het ziekenhuis te overlijden. Toch? En ook zal het ene ziekenhuis misschien ziekere en oudere patiënten behandelen dan het andere. Meer meten dus om te snappen wat we eerder gemeten hebben. Meten is dus zeker niet zomaar weten en bij meten zonder iets te weten, weet je meestal niet wat je meet. Als u begrijpt wat ik bedoel.

Wilma Scholte op Reimer

CarVasZ 2005

Ruim 600 bezoekers hadden we dit jaar tijdens het CarVasZ congres in de Reehorst. Het werd een fantastische dag met goede sprekers die konden spreken voor een enthousiaste groep collega's uit de cardio-vasculaire zorg. Dat het congres zeer gewaardeerd werd, blijkt uit de enquête van deze dag. Als NVHVV zijn we blij te merken dat CarVasZ voldoet aan een behoefte van medewerkers binnen de cardio-vasculaire zorg om hun netwerk te vergroten en kennis te delen. Op deze twee pagina's een impressie van het congres. Kijk ook eens op onze website www.carvasz.nl voor meer foto's en, vanaf juni 2006, informatie over het CarVasZ congres in 2006.

Ingrid Wolbert

“Praktijkgerichte en leerzame dag” • “Goede en professionele organisatie”

“Leuk, leerzaam en heerlijk met collega's lachen”

Openingssessie

In een uitverkochte schouwburgzaal van de Reehorst in Ede opende Annette Galema-Boers, de voorzitter van de NVHVV, het CarVasZ symposium 2005. In haar welkomstwoord ging Annette in op de groei van de vereniging en van het symposium. Maar zij had ook een duidelijke oproep aan de aanwezigen. Ondanks dat het ledenaantal van de NVHVV nu bijna 900 is, hamerde ze erop dat het belangrijk blijft om als hart- of vaatverpleegkundige lid te zijn van een beroepsvereniging. Zowel individueel – met het lidmaatschap ontvang je Cordiaal en krijg je korting op de eigen symposia – maar ook als groep. Als groep sta je altijd sterker om op te komen voor zorg aan de patiënt, maar ook om de stem van de verpleegkundige mee te laten tellen in de zorg.

Naast dit pleidooi benadrukte Annette de rol van de verpleegkundige bij de bestrijding van risicofactoren die veel hart- en vaatpatiënten ondervinden. De hart- en vaatverpleegkundige heeft de laatste jaren een steeds belangrijker plaats naast de internist of de cardioloog gekregen binnen een verpleegkundig spreekuur.

Dr. F. Visseren ging zeer deskundig, maar uiterst humorvol in op het cluster van vasculaire risicofactoren: het metaboolsyndroom. Dit is de verminderde gevoeligheid voor de fysiologische effecten van insuline (insulineresistentie), waardoor een cluster van metabole stoornissen kan ontstaan: hypertensie, milde hyperglykemie, hypertriglyceridemie en een verlaagd HDL-cholesterol. Met een duidelijke, maar vooral overtuigende presentatie demonstreerde Visseren dat een verhoogd risico op het ontstaan van cardiovasculaire aandoeningen bestaat. Naast oorzaken en diagnostische criteria liet Visseren zien dat de prevalentie van het metaboolsyndroom bij patiënten met klinische manifestaties van coronaire hartziekten ongeveer 45% is. Volgens Visseren is de rol van de verpleegkundige evident: gewichtsreductie, meer lichaamsbeweging en een agressieve aanpak van de risicofactoren zijn aspecten die binnen het verpleegkundig spreekuur aandacht krijgen.



“Complimenten voor de boeiende lezingen van

dr. Visseren en dr. Maas bij de openingssessie”

Mw. dr. A. Maas hield een presentatie met de veelzeggende titel: ‘Women make the differences in Heart Disease.’ Dat de titel in het Engels was, bleek niet voor niets. In Amerika is de actie ‘Go Red For Women’ opgestart door de American Heart Association. En de European Society of Cardiology heeft de campagne ‘Women at Heart’ gelanceerd. Het blijkt dat vrouwen met ischemische hartziekten anno 2005 nog steeds onderbehandeld worden in diagnostiek, medicatie en coronaire interventies.

Vrouwen verschillen van mannen ten aanzien van uitingvormen van ischemische hartziekten. Voor vrouwen geldt onder andere meer hypertensie, meer hartfalen en meer complicaties bij een ontstaan metaboolsyndroom. Ook de klachten van pijn op de borst verschillen tussen mannen en vrouwen, de diagnostiek met ECG, fietsproef en thalliumscan zijn bij vrouwen minder specifiek en vrouwen reageren anders op medicamenteuze behandeling. Kortom het man-vrouwverschil verdient volgens Maas meer aandacht in de dagelijkse praktijk en de cardiovasculaire richtlijnen. Met de genoemde acties geeft Maas aan hoop voor de toekomst te hebben.

Marianne Tijssen-Humme

Sessie 2 Hartrevalidatie en werkhervatting

Tal van zaken kwamen ter sprake: Hoe ziet de arboarts dit? Waar moet je als coördinator nu aan denken? Sinds de poortwachterwet meer zicht en structuur. De hartrevalidatie komt meer centraal te staan en zal moeten gaan samenwerken met bedrijfsartsen. Ook in de nieuwe richtlijnen wordt hier al aandacht aan gegeven. Dus aandacht voor werkhervatting in de hartrevalidatie is van essentieel belang. Starten met werk tijdens de hartrevalidatie is mogelijk en aan te bevelen. Het is zelfs mogelijk dat een bedrijfsarts gaat verwijzen naar de hartrevalidatie.

Financiering van de hartrevalidatie

“Weer heel veel wijzer geworden en contacten gelegd”

Dat dit nog altijd een taai onderwerp is waar menig verpleegkundige zich op vastbijt, werd ook nu weer duidelijk. Verandering van de basisverzekering, invoering van de DBC. Waar gaan we heen met de declaraties van de hartrevalidatie? Er is zo hard voor gezorgd dat deze er zijn, maar gaan ze nu gewoon verdwijnen? Dat hier nog geen duidelijkheid over bestaat, kwam in deze sessie wel naar voren. Vragen hierop konden niet beantwoord worden. In ieder geval moeten we ons oor te luisteren leggen bij de zorgverzekeraar om hier invloed op uit te kunnen oefenen.

Sessie 10 Kwaliteit van leven

“Enthousiaste docenten, leuk”

Het moest even op gang komen, maar er was zeker interactie met de zaal. Wat is kwaliteit van leven, hoe vul je dat in? Op welke niveaus bevindt zich dat? Hoe kun je resultaten van de vragenlijst interpreteren. Het blijkt dat er heel wisselend mee omgesprongen wordt, afhankelijk van op welk tijdstip de lijst ingevuld wordt, of deze geëvalueerd wordt met de patiënt en wat er dan uiteindelijk mee gedaan wordt. Ook blijkt dat er nog andere scorelijsten in omloop zijn waar men op angst en depressie kan scoren. Uiteindelijk kan men concluderen dat de kwaliteit van leven niet alleen afhankelijk is van het invullen van een lijst met vragen, maar van hoe iemand daadwerkelijk in het leven staat.

Nazorg hartrevalidatie

Een inspirerend praatje over hoe je een nazorgtraject met de nadruk op bewegen kunt aanbieden aan ex-hartpatiënten. Denk hierbij aan de Hart In Beweging sportclubs. Doe je dit in je eigen ziekenhuis of doe je dit extern? In dit geval heeft men er voor gekozen om het in het ziekenhuis zelf te doen. De CARDIO FIT CLUB is een feit. Er werd ingegaan op zowel de voor- als nadelen. Waar moet je allemaal aan denken en wat kun je allemaal tegen komen. Enthousiaste reacties uit de zaal waren er voldoende, maar ook de kritische noot. Wanneer komt de patiënt 'los' van het o zo veilige ziekenhuis. Al met al een goed gebracht en enthousiast verteld verhaal.

Ellen Hendrix

Sessie 15 Vascular prEvention by Nurses Study (VENUS)

In deze sessie werden enkele voorbeelden gepresenteerd van cardiovasculaire diagnostiek en behandeling in de eerste en tweede lijn. De risicoanalyse is de eerste stap. In Eindhoven biedt de stichting Synergos huisartsen hulp bij de risicoscreening van hun chronische patiënten. In Amsterdam Gein gebeurt dit door de praktijkondersteuner van een gezondheidscentrum en in het AMC Amsterdam door een vasculair verpleegkundige. De huisarts blijft in de eerste lijn verantwoordelijk voor de aanmelding van de patiënt en voor de voorgestelde behandeling. In Gein wordt in het behandelplan vaak het nieuw opgezette bewegingsprogramma opgenomen. In het AMC beoordeelt de verpleegkundige de medicatie en past deze protocolair aan naar aanleiding van laboratorium-uitslagen. Bij alledrie de voorbeelden blijkt wel dat de systematische benadering en aandacht voor de situatie van de patiënt de belangrijkste elementen zijn voor succes.

Binie Geut



“We mogen helaas maar 3 sessies kiezen, er blijft dus genoeg over voor volgend jaar!”

Dat kan... in november zien we iedereen graag terug op CarVasZ 2006!

Beroerte: acute zorg en preventie voor verbetering vatbaar

Raymond Wimmers, programmaleider beroerte Nederlandse Hartstichting,
Marianne van Oosterhout, programma-leider vasculair risicomanagement Nederlandse Hartstichting,
Cees Franke, neuroloog Atrium Medisch Centrum Heerlen, Nederlandse Hartstichting

Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 36.000 personen getroffen door een beroerte. Dat komt neer op bijna 100 patiënten per dag. Bij een beroerte wordt er onderscheid gemaakt tussen een hersenbloeding en een herseninfarct. De verdeling is ongeveer 20% bloeding en 80% infarct. Momenteel leven er circa 120.000 mensen in Nederland met de gevolgen van een beroerte. De beroerte is in Nederland bij vrouwen de belangrijkste doodsoorzaak, bij mannen staat deze op nummer drie. De kans op het krijgen van een beroerte neemt sterk toe naarmate men ouder wordt: het aantal nieuwe gevallen van beroerte per 1.000 personen per jaar stijgt bij mannen van 1 per 1.000 in de leeftijdscategorie 55-59 naar 70 per 1.000 personen voor 95-plussers. Bij vrouwen is de toename in dezelfde leeftijdscategorieën van 1 per 1.000 per jaar tot 33 per 1.000 per jaar.¹

De gevolgen van een beroerte zijn aanzienlijk. Naast overlijden vormen lichamelijke beperkingen de bekendste gevolgen. Daarnaast hebben veel patiënten na een beroerte last van cognitieve, emotionele en gedragsmatige problemen. Beroerte is de belangrijkste oorzaak van invaliditeit.

Oorzaken en noodzaak van primaire preventie

De risicofactoren die een belangrijke rol spelen in het atherosclerotisch proces zijn over het algemeen hetzelfde als de risicofactoren voor het ontstaan van een beroerte. Het atherosclerotisch proces is een gegeneraliseerd proces en vindt plaats in alle arteriën in het lichaam en niet alleen in de coronair arteriën. Er zijn wel verschillen in risicofactoren voor de verschillende soorten hart-vaatziekte: zo is hypertensie een van de belangrijkste risicofactoren voor het ontstaan van een beroerte en een te hoog cholesterol voor een hartinfarct. Daarnaast zijn er andere risicofactoren zoals roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, leeftijd en geslacht.² Dit wordt bevestigd in de Stroke-survey van het NHS-zorgprogramma.³ In dit onderzoek (2002-2003) is geëvalueerd in hoeverre de richtlijnen voor acute zorg en secundaire preventie worden gevolgd bij patiënten die in het ziekenhuis opgenomen zijn met een ischemische beroerte en bij patiënten die na een TIA of voorbijgaande beroerte op de polikliniek behandeld worden. Uit deze Stroke-survey is gebleken dat deze patiëntengroepen op het moment van opname in het ziekenhuis of bij het eerste polikliniekbezoek behoorlijk wat risicofactoren hadden, veelal in diverse combinaties. Meer dan de helft van deze patiënten had hypertensie en/of hyperlipidemie. Ongeveer een kwart van deze patiënten rookt (zie tabel

1). Aan deze gegevens is te zien hoe groot het aandeel is van bovenstaande risicofactoren in het ontstaan van een beroerte. Primaire preventie is belangrijk voor het verlagen van het risico op het krijgen van een beroerte. Een gezonde leefstijl is hierbij een belangrijke hoeksteen van risicoverkleining.

Mocht er dan toch een beroerte ontstaan, dan is snel herkennen en handelen een vereiste. Hiermee kan schade aan de hersenen zo veel mogelijk beperkt worden.

Acute Fase

In het verleden zijn diverse activiteiten ondernomen om de problemen die optreden bij een beroerte onder de aandacht te brengen, zowel bij het grote publiek, als

bij de zorgverleners en de beleidsmakers. Een belangrijke spin-off van deze activiteiten is het opzetten van Stroke Services.⁴ Een Stroke Service is een regionale zorgketen voor zorg en behandeling van patiënten met een beroerte waarbij verschillende disciplines betrokken zijn. Een belangrijk voordeel van een Stroke Service is een verbeterde doorstroming van de patiënten en een verkorte ligduur. (5) Een belangrijk element binnen deze Stroke Services is de stroke unit. Een stroke unit is een afdeling in een ziekenhuis gericht op adequate diagnostiek, zorg en behandeling van patiënten in de acute fase na een beroerte. Met de huidige behandelingsmogelijkheden van een beroerte in de acute fase is het van belang dat patiënten direct naar het ziekenhuis vervoerd

	Ziekenhuisopname (n = 579)	Poliklinische patiënten (n = 393)
Leeftijd (gemiddeld)	70	67
Man	45%	79%
Vrouw	55%	21%
Atriumfibrilleren	17%	7%
Diabetes Mellitus	21%	14%
Hypertensie in de voorgeschiedenis	60%	54%
Hyperlipidemie in de voorgeschiedenis	58%	69%
Roken	23%	28%
Eén of meer cardiovasculaire risicofactoren aanwezig	81%	80%

Tabel 1. Risicofactoren bij patiënten met een ischemische beroerte bij ziekenhuisopname of bij patiënten met een TIA/voorbijgaande beroerte bij het eerste polikliniekbezoek³

worden voor opname en behandeling op een gekwalificeerde stroke unit. Uit een recente Cochrane Review⁶ werd geconcludeerd dat patiënten met een beroerte opgenomen op een aparte stroke unit de meeste kans hebben om na een jaar nog in leven en onafhankelijk van zorgverleners te zijn. Per 1000 patiënten die op een stroke unit worden verzorgd, worden er 56 patiënten meer gered van de dood of een chronisch verblijf in een verpleeghuis dan bij verzorging op een gewone afdeling. Deze resultaten waren onafhankelijk van leeftijd, geslacht en ernst van de beroerte. Door een nauwgezette bewaking van hartritme, bloeddruk, lichaamstemperatuur, zuurstofgehalte in het bloed en de suikerspiegel kan de kans op complicaties en daarmee op overlijden en invaliditeit verder wordt verkleind.⁷

Trombolyse: spoed vereist

Eén van de specifieke behandelingsmogelijkheden bij een herseninfarct is trombolyse. Trombolyse zorgt ervoor dat bij een herseninfarct het bloedstolsel in een van de hersenslagaders oplost en de bloeddoorstroming weer mogelijk wordt. Meestal gebeurt dit door het toedienen van alteplase (rt-PA) via een infuus (intraveneuze trombolyse). Voorwaarde voor toediening is dat dit binnen drie uur na de eerste verschijnselen van een beroerte gebeurt. Dat wil niet zeggen dat men drie uur de tijd heeft; ook hier geldt, net als bij een hartinfarct, hoe eerder de behandeling des te beter het resultaat. Dit maakt dat een beroerte gezien moet worden als een medisch spoedgeval, waarbij snel handelen noodzakelijk is.

Door het uitvoeren van een trombolyse-behandeling binnen drie uur vermindert het aantal patiënten dat zorgafhankelijk wordt met 45 procent. In de praktijk betekent dit dat van de zeven met trombolyse behandelde patiënten er uiteindelijk één zorgonafhankelijk wordt. Zonder trombolysebehandeling zou dit slechts één op de 12,7 zijn. Een nadeel van trombolyse is dat het de kans op bloedingen verhoogt. Een gevreesde complicatie is een intracerebrale bloeding. De kans hierop bedraagt ongeveer 6 tot 8 procent.⁸ Ondanks dit risico zijn de voordelen van trombolyse groter dan de nadelen.

Trombolyse wordt in Nederland uitgevoerd bij naar schatting 5 tot 7 procent van alle CVA-getroffenen.⁹ Het percentage dat onder de meest gunstige omstandigheden te behalen is, zou rond de 25% liggen. Een kwart van de patiënten, dat zou betekenen dat er in Nederland van de 36.000

mensen per jaar met een eerste beroerte of recidiefberoerte 9.000 trombolyse kunnen krijgen. Positief effect van trombolyse is te verwachten bij 1 van de 7 die behandeld worden. Per jaar zouden dan ongeveer 1.285 mensen extra na hun beroerte minder afhankelijk van zorg kunnen zijn, meer dan 100 per maand!

Het aantal patiënten dat met trombolyse behandeld wordt, kan nog flink omhoog door de vertraging in de spoedketen van aanvangssignaal tot en met de start van de behandeling te verbeteren.

Vertraging in de spoedzorg

Vertragingen kunnen optreden vanaf de eerste verschijnselen tot het moment dat de patiënt in het ziekenhuis arriveert (onset-to-door-time) en vanaf het arrive-

ren in het ziekenhuis tot de start van de behandeling (door-to-needle-time).

Onset-to-door-time

In een tussen oktober 1998 en mei 1999 in Nederland uitgevoerd onderzoek bedraagt de mediane tijdsduur tussen het opmerken van de symptomen tot de komst in het ziekenhuis 5 uur en 10 minuten: 34% arriveert binnen 2 à 2,5 uur in het ziekenhuis.¹⁰

Een belangrijke reden dat mensen niet op tijd in het ziekenhuis arriveren is dat zij of hun omstanders de signalen van een beroerte niet herkennen. Mensen aarzelen om met spoed de arts te bellen. Deze aarzeling is groter als er geen pijn optreedt. Ook het tijdstip speelt mee: 's avonds of 's nachts zijn mensen geneigd om te

Herken een beroerte *be FAST*

Met een eenvoudige test kunt u een beroerte herkennen: de **Face-Arm-Speech-Time test**. Als de persoon één of meer opdrachten niet kan uitvoeren, heeft hij/zij waarschijnlijk een beroerte. Let op de tijd en ... handel direct!



Face Vraag de persoon om te lachen of de tanden te laten zien. Let op of de mond scheef staat en een mondhoek naar beneden hangt.



Arm Vraag de persoon om beide armen tegelijkertijd horizontaal naar voren te strekken en de binnenzijde van de handen naar boven te draaien. Let op of een arm wegvalt of rondwaait.



Speech Vraag aan de persoon of aan de familieleden of er veranderingen zijn in het spreken (onduidelijk spreken of niet meer uit de woorden kunnen komen).



Time Stel vast hoe laat de klachten bij de persoon zijn begonnen. Dit is van belang voor de behandeling. Bel direct huisarts of 112.

HANDEL DIRECT want TIJDVERLIES = HERSENVERLIES
Bel huisarts of 112

Nederlandse  Hartstichting
Recht levens

Figuur 1. De FAST-test maakt het mogelijk om snel en eenvoudig een beroerte te herkennen

Werkzaamheden	Duur: in minuten
Binnenkomst op SEH tot evaluatie door SEH-arts	10
Binnenkomst op SEH tot evaluatie door neuroloog	15
Binnenkomst op SEH tot maken van CT-scan	25
Binnenkomst op SEH tot interpretatie van CT-scan	45
Binnenkomst op SEH tot start van trombolysie	60

Tabel 2. NINDS-richtlijnen voor tijdsbeslag in het ziekenhuis¹¹

NINDS = National Institute of Neurological Disorders and Stroke

Behandeling van patiënten	In het ziekenhuis opgenomen n = 579	Poliklinisch n = 393
Antistolling (trombocyten, aggregatierepressoren of orale anticoagulantia)	96%	93%
Antihypertensieve therapie hele groep	57%	44%
• Bij hypertensieve patiënten	75%	62%
Cholesterolverlagende medicatie	38%	35%
• Bij patiënten met hyperlipidemie < 75 jaar (vrouwen); of < 70 jaar (mannen) met een cardiovasculaire voorgeschiedenis of een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel.	71%	52%

Tabel 3. Secundaire preventie na een ischemische beroerte

Dit doet de NHS: expert meeting, programma, platform, activiteiten

De Hartstichting heeft de problematiek en de wegen naar oplossingen op het gebied van vasculair risicomanagement tijdens een expert meeting in het voorjaar van 2005 geïnventariseerd. Hier volgt een greep uit de knelpunten die zijn gesignaleerd:

- Te weinig patiënten worden volgens de richtlijnen behandeld.
- Doordat zoveel verschillende disciplines en partijen betrokken zijn bij vasculair risicomanagement, ontbreekt het overzicht, de regie en sturing.
- Het ontbreekt aan kennis over de meest effectieve (leefstijl)interventies, de programmatische aanpak van leefstijlinterventies en de meest effectieve organisatievorm voor vasculair risicomanagement.
- De patiënt staat onvoldoende centraal bij de organisatie van vasculair risicomanagement.
- Er is te weinig afstemming en onvoldoende samenwerking tussen organisaties, professionals, voornamelijk tussen de eerstelijns- en tweedelijnszorg.

De patiëntenorganisaties, de NHS en de beroepsgroepen (waaronder de NVHVV) oriënteren zich op het oprichten van een Platform Vasculair Risicomanagement, waarin de krachten en expertise gebundeld worden in de aanpak van deze knelpunten. De Hartstichting heeft hierin een organiserende rol. De besprekingen met alle relevante partijen zijn in volle gang.

De Hartstichting speelt ook een rol in het verspreiden van kennis via de Databank Zorgvernieuwing, Aanbod en Protocollen. Daarnaast geeft de Hartstichting e-nieuwsbrieven uit over de beroerte en over vasculaire zorg en risicomanagement. Hiervoor kunt u zich gratis aanmelden via www.hartstichting.nl, vervolgens op nieuws en nieuwsbrieven klikken.

wachten tot de volgende morgen.

De FAST-test (zie figuur 1) is ontwikkeld om eenvoudig en betrouwbaar een beroerte te herkennen, ook door niet medisch geschoolde personen. De test bestaat uit vier items. De eerste drie items controleren de functie van het gezicht (Face), de Arm en het Spreken. Een persoon kan een beroerte hebben als blijkt dat één of meer onderdelen afwijkend gedrag vertonen. Vervolgens is het belangrijk om vast te stellen wanneer de verschijnselen zijn begonnen (Tijd), zodat de patiënt indien nodig voor trombolysie in aanmerking kan komen. Als de uitvalsverschijnselen ontstaan in de slaap, geldt als begintijdstip van de beroerte de tijd waarop de patiënt voor het laatst wakker is geweest, of is gezien zonder klachten. Het gebruik van de FAST-test kan een aanzienlijke vermindering geven van de onset-to-door-time als huisartsen, ambulanceverpleegkundigen en het publiek deze test gebruiken.

Door-to-needle-time

De totale tijd tussen binnenkomst bij de spoedeisende hulp tot de start van de trombolysie zou volgens de Amerikaanse richtlijn niet meer dan 1 uur mogen bedragen. De arts moet binnen 10 minuten geconsulteerd zijn en een CT-scan moet binnen 25 minuten na aankomst aanvangen. Binnen het uur moeten het neurologisch lichamelijk onderzoek, het bloedonderzoek en een CT-scan uitgevoerd zijn, inclusief het transport van de patiënt binnen het ziekenhuis. (zie tabel 2)

Vertragingen die optreden vanaf het moment dat de patiënt zich meldt op de spoedeisende hulp (SEH), zijn te wijten aan de tijd die het neemt voor het inroepen van de neuroloog, het doen van het eerste onderzoek en het alarmeren van het CVA-team. Op de SEH geldt soms hoe sneller een patiënt arriveert, des te langer de tijd is die verstrijkt voordat trombolysie start.¹² Ten onrechte wordt ervan uitgegaan dat men tot drie uur na de start van de signalen de tijd heeft. De kans op succes is echter groter bij een eerdere interventie! Verder treden er vertragingen op bij het laboratoriumonderzoek en bij het vervaardigen en beoordelen van een CT-scan.

Als het publiek, maar ook de professionals een beroerte zien als een 'medical emergency' en zich ernaar gedragen, kan veel vertraging voorkomen worden en zullen meer mensen baat hebben bij een trombo-

lyse en een adequate behandeling op een stroke unit. De Nederlandse Hartstichting zal hierin bijdragen door de in 2005 gestarte publiekscampagne 'Herken een beroerte *be FAST*' in 2006 voort te zetten.

Secundaire preventie/vasculair risicomanagement en beroerte

Als het kwaad geschied is, wil dit niet zeggen dat aan de risicofactoren voor hart- en vaatziekten geen aandacht meer besteed hoeft te worden. Ook na een beroerte is het van zeer groot belang dat de risicofactoren aangepakt worden om complicaties of recidieven te voorkomen. In de in januari 2006 verschenen NHG-standaard voor cardiovasculair risicomanagement staat dat naast patiënten met een coronaire hartziekte, ook patiënten met cerebrovasculaire aandoeningen, patiënten met perifeer arterieel vaatlijden en/of een aneurysma aortae doelgroep zijn voor vasculair risicomanagement.¹³ Het gaat hierbij om een adequate aanpak van niet alleen hypertensie, hyperlipidemie, stoppen met roken, behandeling van diabetes mellitus en anti-stolling, maar ook om gewichtsreductie, gezonde voeding en meer lichamelijke activiteit. Uit de Stroke-survey blijkt dat het vasculair risicomanagement bij patiënten met een beroerte nog verbetering behoeft.³

In tabel 3 is te zien dat bijna elke patiënt antistolling voorgeschreven krijgt, ongeacht of dit bij ziekenhuisopname of in de polikliniek gebeurt. Cholesterolverlagende en antihypertensieve therapie wordt minder voorgeschreven. Hieruit blijkt dat de richtlijnen minder goed gevolgd worden. Vooral de patiënten op de polikliniek krijgen minder voorgeschreven. Wat betreft de cholesterolverlagende medicatie moet wel opgemerkt

worden dat in de ten tijde van het onderzoek geldende richtlijn stond dat alleen vrouwen jonger dan 75 jaar en mannen jonger dan 70 jaar cholesterolverlagende medicatie voorgeschreven moesten krijgen. In de huidige richtlijnen is die leeftijdsgrens verdwenen. Hierdoor kunnen we verwachten dat tegenwoordig meer patiënten cholesterolverlagende medicatie voorgeschreven krijgen.

Preventiesprekuren in Nederland

Uit een inventarisatie van de Hartstichting uit 2004 blijkt dat in Nederland steeds meer spreekuren zijn voor vasculair risicomanagement, die ook zijn bedoeld voor patiënten met een beroerte. Er zijn 52 locaties waar cerebrovasculaire patiënten terecht kunnen op een preventiesprekuren. Van 29 locaties is bekend aan welke risicofactoren ze aandacht besteden. Bij een groot deel van deze 29 locaties gaat de meeste aandacht uit naar roken, bloeddruk en cholesterol. In mindere mate wordt aandacht besteed aan voeding, lichamelijke activiteit, overgewicht en diabetes.¹⁴

Conclusie

Zowel de acute zorg als de secundaire preventie bij patiënten met een beroerte zijn voor verbetering vatbaar. De vertraging in de acute fase kan verder verkort worden als alle betrokkenen weten wat te doen en snel handelen. Juist het naleven van de richtlijnen zal leiden tot verbetering van de zorg. De verpleegkundige heeft in alle fasen van het zorgtraject een belangrijke rol. ☺

Literatuur

1. Factsheet beroerte; NHS Cijfers en feiten beroerte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2003.
2. Hankey GJ. Stroke: How large a Public Health Problem, and how can the Neurologist help? Arch Neurol 1999;56: 748-54.
3. Scholte op Reimer WJM, Dippel DWJ, Franke CL, Oostenbrugge RJ van, Jong G de, Hoeks SE, Simoons ML. Quality of hospital and outpatient care after stroke or TIA: insight from a stroke survey. Submitted.
4. Verschoor H, Stolker DHCM, Franke CL. Stroke services anno 2003. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2004.
5. Rouppe van der Voort M. Doorstroom verbeteren. In: De beste zorg bij CVA. (Eds: M. Minkman, R. Huijsman, & P. van Splunteren). Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V., 2005:45-61.
6. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Cochrane Review). The Cochrane Library (Issue 4), 2003.
7. Sulter G, Elting JW, Langedijk M, Maurits NM, Keyser J de. Admitting acute ischemic stroke patients to a stroke care monitoring unit versus a conventional stroke unit: a randomized pilot study. Stroke 2003;34:101-4.
8. The ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA Study group Investigators. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet 2004;363:768-74.
9. Nieboer A, Pepels R, Have van der L, Kool T, Huijsman R. Stroke services gespiegeld: Hoofdrapport haalbaarheidsstudie benchmark CVA-zorgketens. Den Haag: ZonMw, 2005.
10. Meijer RJ, Hilkemeijer JHE, Koudstaal PJ, Dippel DWJ. Beïnvloedbare determinanten van vertraagde ziekenhuisopname van patiënten met een beroerte. Ned Tijdschr Geneesk 2004;148(5):227-31.
11. National Institute of Neurological Disorders and Stroke: Proceedings of a National Symposium on Rapid Identification and treatment of Acute Stroke. Washington, DC, 1997.
12. Tilley BC, Lyden PD, Brott TG et al. for the NINDS Stroke Study Group: Total quality improvement method for education of delays between emergency department admission and treatment of acute ischemic stroke. Archives of Neurology 1997;54:1466-74.
13. NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement. Huisarts en Wetenschap, 2006;49 (1): supplement.
14. Bont YCM de, Oosterhout MJW van, Strijbis AM. Rapportage Inventarisatie Vasculair Risicomanagement, ronde 1. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2004.



Figuur 2. Landelijk overzicht van ziekenhuizen met een spreekuur voor CVA-patiënten

'Walk Through' Cardiologie & Cardio-thoracale chirurgie

Tjitze Hoekstra, verpleegswetenschapper en verpleegkundig afdelingshoofd Cardiologie en Cardio-thoracale chirurgie, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein. Projectleider, ontwikkeling en invoering klinische paden voor de Cardiologie en Cardio-thoracale chirurgie, **Jantine de Boer**, student verpleegkunde, **Arlette van den Elst**, student verpleegkunde, **Mirjam Holierhoek**, student verpleegkunde, **Ellen Sprong**, student verpleegkunde, **Marianka van Vliet**, student verpleegkunde, **Paulien Weijers**, student verpleegkunde, **Kitty de Wit**, student verpleegkunde

In het kader van de studie Verpleegkunde hebben zeven studenten van de Hogeschool van Utrecht, met als afstudeerrichting Intensief Klinische zorg, van 14 februari 2005 tot en met 17 mei 2005 een kwaliteitsonderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek is gerelateerd aan de klinische paden die gebruikt worden in het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein.¹ Zij hebben een 'Walk Through' gedaan. Doel van de Walk Through is om de wachttijden tijdens de opnamedag voor patiënten die een hartoperatie moeten ondergaan, in kaart te brengen. Op grond van de uitkomsten kan een verbeterplan opgesteld worden. De belangrijkste uitkomsten zullen in dit artikel worden besproken.

Klinische paden

Een klinisch pad is een multidisciplinair plan waarin het verloop van de behandeling van patiënten met vergelijkbare gezondheidsproblemen wordt voorspeld. Een klinisch pad is gericht op het:

- inzichtelijk maken van klinische processen;
- consistent in aanpak;
- resultaatgericht;
- continue aandacht voor kwaliteitstoetsing.

Het concrete klinisch pad bevat de verwachte verblijfsduur, de voornaamste resultaten die per tijdseenheid behaald moeten zijn, de doelstellingen en de activiteiten die vereist zijn om deze doelstellingen te bereiken. Het is de bedoeling om binnen een vooraf bepaalde tijd de vooropgestelde doelstellingen te realiseren.⁴

Essentieel hierbij is, dat een aantal sleutelinterventies moet worden uitgevoerd, willen de zorgverleners en de patiënt de vooropgestelde doelstellingen bereiken binnen de verwachte verblijfsduur. Een sleutelinterventie is een activiteit die rechtstreeks invloed heeft op de te bereiken doelstellingen of op de doorlooptijd van een zorgtraject. Sleutelinterventies zijn activiteiten die bij tachtig procent van de patiënten voorkomen.

Aanleiding

Op verpleegafdelingen Cardiologie en Cardio-thoracale chirurgie (CCTC) worden patiënten opgenomen die voor een openhartoperatie komen. De twee afdelingen werken nauw samen. Patiënten kunnen op de ene afdeling opgenomen worden (preoperatief verblijven) en postoperatief op de andere afdeling komen. De afdelingen hebben samen 72 bedden. In oktober 2003 zijn klinische paden voor het zorgtraject-CCTC ingevoerd.^{2,3} Al snel werd duidelijk dat de doorlooptijd van de opnamedag geoptimaliseerd moest worden. Dit naar aanleiding van klachten van patiënten over het lange wachten tijdens de opnamedag. Meten is weten. Om duidelijk te krijgen waar de knelpunten op de opnamedag liggen werd in opdracht van de projectleider klinische paden CCTC een Walk Through uitgevoerd door studenten van de Hogeschool van Utrecht.

Walk Through

Om tot een procesverbetering te komen is gekozen is voor de Walk Through-methode. Bij een Walk Through loopt de onderzoeker gedurende het hele proces, in dit geval de opnamedag, met de patiënt mee. De hierbij verzamelde gegevens worden genoteerd op een observatielijst. Dit geeft de onderzoekers een duidelijk beeld van een opnamedag en zorgt bij voldoende patiënten voor representatieve cijfers. De projectleider heeft een concept observatielijst opgesteld. De tijdsobservaties zijn verwerkt in Excel.

In de observatielijst zijn de sleutelinterventies opgenomen, bestaande uit verschillende onderzoeken die een patiënt tijdens de opnamedag moet ondergaan. Deze zijn:

- X-thorax;
- bloed prikken op het laboratorium;
- een gesprek met de anesthesist;

- een elektrocardiogram;
- het anamnesegesprek met een verpleegkundige van de afdeling;
- een opnamesprek door de zaalarts;
- eventuele andere onderzoeken, zoals echo van het hart.

Op de observatielijst worden de aankomst- en vertrektijden van en naar de onderzoeken genoteerd, alsook de tijd waarop de patiënt daadwerkelijk geholpen wordt. Op deze manier wordt een objectief beeld verkregen van de wachttijden voor de patiënt. Daarnaast worden de subjectieve waarnemingen van de patiënt genoteerd. Factoren die worden geobserveerd:

- wachttijden (objectief);
- omgevingsfactoren (subjectief, objectief);
- beleving (subjectief).

De onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit patiënten die een opnamedag ondergaan op de afdelingen Cardiologie en Cardiothoracale chirurgie van het St. Antonius ziekenhuis. De opnamedag heeft als doel vast te stellen of de operatie van de patiënt die een CABG, klep, combinatie tussen beide of een MAZE-operatie nodig heeft, doorgang kan vinden.

Inclusiecriteria:

- Patiënten die van huis komen en al op de pre-poli zijn geweest.
- Patiënten die van huis komen zonder op de pre-poli geweest te zijn.
- Patiënten die vanuit een ander ziekenhuis overkomen voor de operatie.

De metingen vonden plaats in de periode van 7 maart 2005 tot en met 1 april 2005. Er werd uitgegaan van minimaal 55 en maximaal 65 patiënten. De patiënten moesten de Nederlandse taal goed beheersen, georiënteerd zijn in plaats, persoon, tijd, wilsbekwaam zijn en toestemming hebben gegeven voor dit onderzoek (informed consent).

De patiënt mocht niet langer dan drie dagen voor de operatie worden opgenomen; dit in verband met een te grote spreiding van de onderzoeken.

Metingen

Voor de onderzoekers met meten begonnen, werd een protocol opgesteld. Het protocol bestaat uit doelstelling, aandachtspunten voor de patiënt en aandachtspunten voor de student. Het bevat richtlijnen waaraan alle onderzoekers zich moesten houden, opdat op een eenduidige manier gemeten wordt. Vanaf 7 maart begonnen de metingen. Van tevoren was afgesproken dat iedere onderzoeker negen patiënten zou volgen volgens de Walk Through-methode. De onderzoekers bleven de hele dag bij de patiënt, tot dat alle onderzoeken waren afgerond. Zoals in het protocol vermeld staat, gingen de onderzoekers echter niet met de patiënten mee in de onderzoekskamer. De onderzoekers grepen niet in tijdens het opnameproces. Als een patiënt bijvoorbeeld bij de verkeerde polikliniek werd geplaatst, liet de onderzoeker dit gebeuren.

Resultaten

Er zijn in totaal 62 patiënten in het onderzoek opgenomen. Eén patiënt weigerde, een andere patiënt werd meer dan drie dagen voor de operatie opgenomen, waardoor hij is verwijderd uit het onderzoek.

De gevolgde patiëntengroep is qua leeftijd erg divers. De jongste patiënt is 28 jaar, de oudste patiënt is 85 jaar. De gemiddelde leeftijd van de groep patiënten is 64 jaar. Tabel 1 bevat algemene gegevens van de onderzochte patiëntenpopulatie.

Wachttijd op afdeling tot eerste onderzoek
Wachten valt patiënten zwaar, zeker als ze nog geen idee hebben wat hen te wachten staat. Uit het dagverblijf klonken opmerkingen als: "Zijn ze mij vergeten?", "Weten ze wel dat ik hier ben?" en "Moest ik wel vandaag komen?".

Tabel 2 geeft de wachttijd aan vanaf het moment dat de patiënten op de verpleegafdeling kwamen tot aan het moment dat ze werden opgeroepen voor het eerste onderzoek.

Gemiddelde leeftijd	64 jaar
Geslacht	
• Man	40 (64%)
• Vrouw	22 (36%)
Waar vandaan	
• Thuis	53 (85%)
• Ander ziekenhuis	9 (15%)
Soort operatie	
• CABG	34 (55%)
• Klep	16 (26%)
• Combi Klep/CABG	10 (16%)
• MAZE	2 (3%)
Familie aanwezig?	
• Ja	40 (64%)
• Nee	22 (36%)
Vervoer	
• Bed	1 (2%)
• Rolstoel	12 (20%)
• Lopen	49 (79%)

Tabel 1. Beschrijving van de totale populatie van 62 patiënten

Wachttijd op afdeling tot eerste onderzoek	Aantal (%) patiënten
0 - 20 minuten	22 (36%)
21 - 40 minuten	17 (27%)
41 - 60 minuten	17 (27%)
> 60 minuten	6 (10%)

Tabel 2. Wachttijden in de totale populatie van 62 patiënten

De resultaten laten het volgende zien:

- Gemiddelde wachttijd tot eerste onderzoek: 36 minuten
- Kortste wachttijd tot eerste onderzoek: 0 minuten
- Langste wachttijd tot eerste onderzoek: 3 uur en 16 minuten

Uit deze gegevens blijkt dat de wachttijd sterk uiteenloopt. De gemiddelde wachttijd van zesendertig minuten werd door veel patiënten als vervelend lang ervaren.

Het tijdstip waarop alle onderzoeken afgerond moeten zijn, is vastgesteld om 17.00 uur. De arts kan na 17.00 uur aan de hand van de resultaten van de onderzoeken vaststellen of een geplande operatie daadwerkelijk kan worden uitgevoerd. Dit tijdstip is drie keer overschreden, met een maximum van twintig minuten.

Beschikbare tijd opnamedag

Deze gegevens zijn verkregen door de aankomsttijd van de patiënten op de afdeling af te trekken van het tijdstip waarop alle onderzoeken klaar moeten zijn, dus 17.00 uur.

- Gemiddelde beschikbare tijd: 7 uur en 8 minuten
- Minst beschikbare tijd: 5 uur en 30 minuten
- Meest beschikbare tijd: 8 uur en 10 minuten

Tabel 3 laat zien dat er ook een percentage patiënten (29%) is dat meerdere werkdagen preoperatief opgenomen werd. Dit betekent dat niet alle patiënten volledig zijn gescreend op hun eerste opnamedag. Er zijn geen patiënten gevolgd die meer dan drie dagen preoperatief kwamen.

Aantal dagen preoperatieve opname	Aantal (%) patiënten
1 werkdag preoperatief opgenomen	44 (71%)
2 werkdagen preoperatief opgenomen	15 (24%)
3 werkdagen preoperatief opgenomen	3 (5%)

Tabel 3. Aantal dagen preoperatieve opname in de totale populatie van 62 patiënten

Aankomsttijd op de afdeling

Van alle patiënten arriveerde bijna 20% te laat (zie tabel 4). Negen patiënten (15%) kwamen over uit een ander ziekenhuis, van wie er vijf te laat kwamen. Dit betekent dat een groot percentage van de patiënten uit andere ziekenhuizen te laat op de afdeling arriveerde.

Aanwezig op de afdeling	Aantal (%) patiënten
Te laat	12 (19%)
Te vroeg	36 (58%)
Op tijd	14 (23%)

Tabel 4. Tijdigheid van aankomst in de totale populatie van 62 patiënten

Poli Anesthesie

Het anesthesiegesprek duurt gemiddeld 23 minuten. Uit de gegevens blijkt dat er een relatie bestaat tussen het tijdstip waarop het anesthesiegesprek plaatsvindt en de wachtduur. Na 15.00 uur is de wachttijd twee keer zo lang als voor 15.00 uur. Toch gaat bijna de helft (47%) van de patiënten pas na 15.00 uur voor een anesthesiegesprek. Een reden hiervoor is dat de anesthesie pas een patiënt onderzoekt, nadat de zaalarts de opname heeft gedaan. Er was een aparte planning voor de klinische thoraxpatiënten. Als een patiënt echter iets te laat arriveerde, ging de anesthesist toch weer eerst een poliklinische patiënt zien. Zo liepen de tijden uit de hand. Verder blijkt dat een geplande tijd voor de afspraak tussen patiënt en anesthesioloog geen positief effect heeft op de wachttijden; de wachttijden waren bij een geplande tijd zelfs 4 minuten langer.

Laboratoriumonderzoek

Het systeem met nummertjes en twee keer opgeroepen worden, ervaren de patiënten als verwarrend en onduidelijk. Daar tegenover staat dat een gemiddelde tijdsduur van vertrek van de afdeling naar het lab tot aankomst afdeling maar 19 minuten is. Dit is een zeer acceptabele tijd.

ECG

De gemiddelde duur van een ECG bedraagt 5 minuten. Het ECG wordt gemaakt door een verpleegkundige van de afdeling. De ECG's worden over het algemeen tussen 11.00 en 16.00 uur gemaakt. Hoe meer opnames er op een dag zijn, des te meer ECG's er na 12.00 uur plaatsvinden.

Echocardiografie van het hart

De gemiddelde wachttijd voor een echo op de hartfunctie was 8 minuten. Dit is een acceptabele wachttijd, zo vonden ook patiënten. Er was wel een aantal uitschieters met wachttijden van 24, 19 en 18 minuten. De gemiddelde wachttijd wordt sterk naar beneden gehaald door drie

patiënten die direct aan de beurt waren. Wat opviel was dat de patiënten voor wie de echo gepland was, niet eerder werden geholpen dan patiënten voor wie geen tijd gepland was. Opvallend is ook dat van de 22 patiënten er maar liefst 15 al op de pre-poli waren geweest. Hier had de echo ook al kunnen worden gemaakt.

Verpleegkundige anamnese

Het anamnesegesprek met de verpleegkundige heeft een gemiddelde duur van 23 minuten. Mannen hebben gemiddeld 6 minuten meer nodig dan vrouwen. Het feit dat familie aanwezig is bij het anamnesegesprek heeft geen invloed op de duur ervan. Het bezoek aan de pre-poli levert 3 minuten winst op. 65% Van de opnamegesprekken vond plaats tussen 10.00 en 12.00 uur. Het laatste aanvangstijdstip van een opnamegesprek was 14.39 uur. In geen van de gevallen was een tijdstip afgesproken waarop de anamnese plaats zou vinden.

Anamnese arts

De gemiddelde duur van de anamnese met de arts was 23 minuten. Patiënten die vooraf de pre-poli hadden bezocht, zijn gemiddeld 6 minuten langer in gesprek. Een verklaring hiervoor kan zijn dat deze patiënten thuis de tijd hebben gehad rustig te bedenken wat er gaat gebeuren en welke vragen zij de arts willen stellen. Wanneer er familie bij het gesprek aanwezig is, duurt een gesprek gemiddeld 3 minuten langer. Bij patiënten die vóór 12.00 uur een anamnesegesprek met de arts hebben, duurt het gesprek langer dan bij patiënten die na twaalf uur in gesprek gaan. Hoe meer opnames er op een dag plaatsvinden, des te korter is de duur van een anamnesegesprek met de

arts. Opvallend is verder dat er geen enkele logica te vinden is wat betreft de tijdstippen waarop het gesprek plaatsvindt. Het blijkt dat de spreiding van patiënten over de dag goed is.

Algemene conclusies

Over het algemeen zijn de wachttijden voor de onderzoeken op de opnamedag acceptabel. Er zijn wel uitschieters gemeenten van patiënten die heel lang hebben moeten wachten. Zo hebben drie patiënten bij de poli Anesthesie langer dan zestig minuten gewacht. Als gekeken wordt naar de gemiddelde tijden van de verschillende onderzoeken, dan zijn deze niet erg schokkend. Het komt echter voor dat patiënten direct door mogen lopen, of slechts enkele minuten hoeven te wachten. Het is daarom niet voldoende alleen naar de gemiddelde wachttijd te kijken, omdat deze flink naar beneden wordt gehaald door deze zeer korte wachttijden. Wat verder opviel is dat de onderzoeken sterk werden verdeeld over de hele dag. De wachttijden tussen de verschillende onderzoeken zijn dus erg lang. De onderzoeken kunnen beter gepland worden om er zo voor te zorgen dat de patiënt minder tijd doorbrengt in het ziekenhuis.

Wat ook opgevallen is, is dat patiënten vaak totaal niet weten wat ze te wachten staat. Dit wordt ze ook niet altijd verteld. Alleen als de patiënt de anamnese met de verpleegkundige vroeg heeft, is hij ingelicht over wat er die dag gaat gebeuren. Maar sommige patiënten werden pas 's middags meegenomen voor de verpleegkundige anamnese. Dit betekende dat zij totaal niet wisten waarop ze zaten te wachten en welke onderzoeken ze moesten ondergaan. Vaak wisten patiënten überhaupt niet dat er nog een aantal onderzoeken aan zat te komen!

Tot slot

Met behulp van de Walk Through-methode is getracht inzicht te krijgen in het opnameproces wat betreft tijdsverloop. De problemen van de opnamedag zijn te wijten aan verschillende oorzaken. De belangrijkste knelpunten zijn de volgende:

- De patiënten moeten lang in de wachtruimte op de afdeling wachten voordat ze aan de onderzoeken beginnen. Het kan voorkomen dat de patiënt lang moet wachten op zijn bed.
- De planning op de poli Anesthesie is dermate slecht dat de wachttijden na 15.00 verdubbelen. Een betere afstem-

ming tussen de poli en de afdelingen zou dit kunnen verbeteren.

- De verpleegkundige anamnese en de anamnese door de arts zijn niet op een vast tijdstip gepland.
- Er is geen vast moment op de dag voor het ECG-onderzoek dat op de afdeling plaatsvindt.
- Zowel bij de poli Anesthesie als bij de hartfunctie (voor een echo) kwamen er patiënten die een geplande tijd hadden te laat. Dit brengt de organisatie van deze afdelingen in de war en zo worden de wachttijden voor de patiënten langer.

Het is van groot belang structuur aan te brengen in de processen van de opnamedag. Wanneer de patiënt is gearriveerd op

de afdeling, moet hij gemiddeld 36 minuten wachten voordat de onderzoeken beginnen. Deze wachttijd is acceptabel, maar het is de vraag of dit nodig is? Het zou aan te raden zijn om een protocol met slottijden (dat is hoe lang een wachttijd en onderzoekstijd maximaal mag zijn) van de opnamedag te realiseren. De patiënt weet dan wat er van hem wordt verwacht en dat scheelt veel stress op zo'n spannende dag. Geconcludeerd kan worden dat de Walk Through-methode een goede manier is om gegevens boven tafel te krijgen. De gegevens van deze Walk Through zullen op korte termijn worden gebruikt om verbeteringstrajecten in te zetten. In februari 2006 verrichten zeven andere studenten van de Hogeschool van Utrecht een nameting. ☺

Literatuur

1. **Boer J de, Elst A van de, Holierhoek M, Sprong E, Vliet M van, Weijers P, Wit K de.** Meten is weten, onderzoeksverslag Walk Through St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, mei 2005.
2. **Hoekstra TS.** Klinische paden nieuwe weg in de patiëntenzorg. Nursing 2004;2:14-7.
3. **Hoekstra TS.** Klinische paden in het St. Antonius Ziekenhuis. Cordiaal 2005; 1:27-9.
4. **Vanhaecht K, Sermeus W, Paridaens R, Thomas J, Peeters G.** Ontwikkeling en implementatie van een klinisch verzorgingspad voor de diagnosestelling en stadiumdiëring van lymfomen: een pilotstudy. Verpleegkunde 2000;2:81-90.

(Advertentie)



Artsen en Verpleegkundigen gezocht voor begeleiding van vakantieweken

De Nederlandse Hartstichting organiseert jaarlijks vakantieweken voor kinderen, jongeren en verstandelijk gehandicapten met een aangeboren hartafwijking en voor gezinnen met een kind met een aangeboren hartafwijking. Deze weken vinden plaats in de Hartenark, het trainings- en ontmoetingscentrum van de Nederlandse Hartstichting in Bilthoven.

Voor de medische begeleiding van de deelnemers is de Nederlandse Hartstichting op zoek naar artsen en verpleegkundigen die tussen 7 juli en 25 augustus 2006 op vrijwillige basis een week hun medewerking willen verlenen aan een vakantieweek.

Naast het genieten van een leuke vakantie zijn uitwisseling van ervaringen tussen deelnemers onderling en het verkennen van de eigen grenzen een belangrijk aspect van de weken.

Iedere vakantieweek wordt voorbereid en begeleid door een team van vrijwilligers, waaronder een medisch team, bestaande uit een arts en 2 verpleegkundigen. Reiskosten worden vergoed en verzekeringen afgesloten.

Voor meer informatie en aanmelding: Hartenark/Nederlandse Hartstichting

Postbus 132 3720 AC Bilthoven 030-229 02 44

j.schulze@hartstichting.nl k.bus@hartstichting.nl www.hartstichting.nl

Kijk ook eens naar de foto's en verhalen van de vakantieweken 2005 op: www.hartstichting.nl

Een patiënt met harttonen aan de rechterzijde. Wat ziet u op de longfoto?

Cyril Camaro, cardioloog in opleiding, afdeling Interne Geneeskunde Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch.
E-mail: cyrilcamaro@hotmail.com

In dit artikel treft u een casus en een thoraxröntgenfoto aan. Na lezing van de casus en bestudering van de thoraxröntgenfoto stelt de auteur u vier vragen, waarvan u de antwoorden op blz. 28 van dit nummer van Cordiaal vindt.

Casus:

Een 37-jarige vrouw meldt zich met hoesten en kortademigheid bij de huisarts. De huisarts denkt in eerste instantie aan een luchtweginfectie. De cardiale voorgeschiedenis is blanco. In de familie komen geen bijzonderheden voor op het gebied van hart- en vaatziekten. Bij lichamelijk onderzoek wordt een niet-zieke vrouw gezien. De bloeddruk is 130/74 mmHg en de pols 66/min regulair en equaal. Patiënte heeft geen koorts. Over het hart hoort de huisarts in eerste instantie geen harttonen. Wanneer hij rechts luistert hoort hij normale cortonen zonder soufflés. Over de longen worden links vroeg-inspiratoire crepitaties gehoord. Hij laat een thoraxfoto maken bij de röntgenafdeling in het ziekenhuis.

Vragen

1. Wat ziet u op de thoraxröntgenfoto?
2. Wat voor klachten geeft deze aandoening? Hoe vaak komt het voor?
3. Wat kunt u verwachten van de anatomische locatie van de andere organen in het lichaam? Heeft dit consequenties voor toekomstige medische consultaties?
4. Wat is uw diagnose aan de hand van de foto?



Figuur 1

Nieuws van de werkgroep Hartrevalidatie

De nieuwe ad-interimredactie van Cordiaal vroeg mij of ik iets over het wel en wee van de werkgroep kan vertellen. Ik wil dit moment aangrijpen om u een indruk te geven van wat er de laatste jaren zoal is gebeurd.

Starterspakket en beroepsdeelprofielen

Allereerst hebben wij in 2001 het starterspakket *Hartrevalidatie* ontwikkeld. Een pakket in boekvorm dat als hulpmiddel en naslagwerk te gebruiken is bij het opzetten of verder ontwikkelen van een poli Hartrevalidatie. Al snel bleek dat ook andere startende poli's hier wat aan hebben. Toen alle boeken uitverkocht waren, besloten we met de tijd mee te gaan. Het gehele pakket is op cd-rom gezet en kan inmiddels worden besteld.

Een ander omvangrijk project is de deelname van verschillende leden van de werkgroep aan het ontwikkelen van het beroepsdeelprofiel Hartrevalidatie. Middels dit beroepsdeelprofiel kunnen verpleegkundigen met een differentiatie of specialisatie hun positie binnen de verpleegkundige beroepsstructuur en de gezondheidszorg aantonen. Beroepsdeelprofielen hebben uiteindelijk ook een functie bij inrichting en vormgeving van verpleegkundig vervolgonderwijs, positionering en erkenning van het beroep en deskundigheidsbevordering van de desbetreffende groep beroepsbeoefenaren. De verschillende beroepsdeelprofielen zijn inmiddels klaar en inzichtelijk.

Meteen kwam de vraag naar voren hoe het zit met een vervolgopleiding voor mensen die werken op een poli Hartrevalidatie? Om deze opleiding vorm te geven werd er een werkgroep samengesteld met leden uit de werkgroepen Hartfalen, Vasculaire verpleegkunde, Hartrevalidatie, Scholing en medewerkers van de Hogeschool van Utrecht. Het beroepsdeelprofiel heeft als leidraad gediend om een opleiding te ontwikkelen voor verpleegkundigen op het gebied van Hartfalen, Vasculaire verpleegkunde of Hartrevalidatie. De eerste lichting is in september 2005 gestart.

Nieuwsbrief Hartrevalidatie

Een ander belangrijk onderwerp is het u op de hoogte houden van de activiteiten van de werkgroep en de ontwikkelingen op het gebied van hartrevalidatie. Middels een nieuw ontwikkelde nieuwsbrief hopen

wij hier gestalte aan te geven. In het verleden is er altijd een nieuwsbrief over hartrevalidatie geweest, maar deze werd uitgegeven door de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC). Nadat de Richtlijnen Hartrevalidatie 2004 waren uitgegeven, is dit initiatief echter gestopt. Daarnaast stopte ook de landelijke Hartrevalidatie Commissie, die zich met name met de inhoud van deze brieven bezighield. Als werkgroep hebben wij het initiatief genomen om de uitgave van de nieuwsbrief weer op te pakken. De eerste digitale versie is inmiddels verschenen. De NVHV zelf is ook bezig is om een digitale nieuwsbrief te ontwikkelen waarin alle werkgroepen zullen participeren. Hoe deze gezamenlijke brief er precies uit gaat zien is nog niet geheel duidelijk. Tot die tijd willen wij proberen om 2 keer per jaar de nieuwsbrief Hartrevalidatie uit te geven.

Bijdragen aan CarVasZ 2005

Wij kijken als werkgroep terug op een geslaagd CarVasZ congres. De bedoeling was om nu eens niet inhoudelijk op hartrevalidatie in te gaan, maar meer op de zaken erom. Arbo-arts Jaap van Dijk vertelde hoe er naar terugkeer op de werkvloer wordt gekeken en aan welke regels iemand zich dient te houden. Verzekeringsdeskundige Marcel Berkhout liet de visie vanuit de verzekeringswereld zien. Het blijkt dat nog steeds niet goed duidelijk is waar dadelijk de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) voor hartrevalidatie onder komt te vallen. Hierover moeten nog afspraken gemaakt worden. Als werkgroep zien wij hier nog een kans liggen om invloed te hebben bij die onderhandelingen. In de tweede sessie ging psycholoog Sigrid te Giffel in op de Kwaliteit van Leven-vragenlijst en hoe je die moet interpreteren. Dit blijkt in de praktijk niet altijd te werken. Een levendig praatje hield coördinator hartrevalidatie Marian Klaverveld, die in haar ziekenhuis een Hart In Beweging (HIB-)groep is opgestart. De voor- en nadelen kwamen aan bod. In de laatste sessie ging Rick Goud in op de

eerste onderzoeksresultaten van het omgaan met de geautomatiseerde beslisboom. Dat dit erg leeft onder de aanwezigen, bleek uit de vele vragen die gesteld werden. Ook voor volgend jaar zullen wij als werkgroep proberen weer een leuk programma neer te zetten. Ideeën en onderwerpen van collega's zijn uiteraard welkom.

Warm hart voor hartrevalidatie

Als laatste wil ik van de gelegenheid gebruik maken, om een oproep te doen om nieuwe mensen voor de werkgroep te werven. Op dit moment zijn wij nog met 7 personen, maar drie van hen nemen in 2006 afscheid. Graag zouden wij zien dat alle regio's van Nederland in de werkgroep zijn vertegenwoordigd. Pas dan bestaat de mogelijkheid om de ontwikkelingen op het gebied van hartrevalidatie en de activiteiten van de NVHV zo breed en uniform mogelijk uit te dragen. Middels regionaal overleg kan hier ook al meer vorm aan gegeven worden, maar er zullen wel personen moeten zijn die hier energie, tijd en zeker een dosis enthousiasme in willen en kunnen steken.

Draag je hartrevalidatie een 'warm hart' toe en wil je een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling van dit mooie vakgebied, de verdere professionalisering van de werkgroep Hartrevalidatie, grijp dan je kans en meld je aan.

Informatie over alle activiteiten kun je vinden via www.nvhv.nl. Ga naar werkgroep hartrevalidatie en je kunt de nieuwsbrief downloaden, het starterspakket bestellen en onze eigen pagina inzien. Heb je vragen, suggesties of wil je gewoon reageren, dan kan dat natuurlijk ook. Zoals jullie gelezen hebben, hebben wij als werkgroep niet stil gezeten en ik ben er dan ook trots op wat we allemaal bereikt hebben op het gebied van hartrevalidatie. Hopelijk kunnen we nog een aantal jaren door. ☺

Namens de werkgroep,

Ellen Hendrix

Voorzitter werkgroep Hartrevalidatie

Het voorbereiden van patiënten op een bedreigende interventie: een literatuurstudie

Mattie Lenzen, verpleegkundige, epidemioloog, Thoraxcentrum, afdeling Cardiologie, Erasmus MC, Rotterdam
E-mail: m.lenzen@erasmusmc.nl

In aanvulling op een farmacologische behandeling ondergaat een groeiende groep patiënten met angina pectoris een coronaire interventie (CABG of PCI). Als voorbereiding op een bedreigende interventie, zoals een hartkatheterisatie, CABG of PCI neemt het verstrekken van informatie een belangrijke plaats in. In dit artikel wordt nader ingegaan op een veelheid van aspecten die bij het verstrekken van informatie een rol spelen.

Inleiding

Binnen de cardiologie neemt de behandeling van angina pectoris, een chronisch en veelal progressief verlopend ziektebeeld, een belangrijke plaats in. De laatste decennia is hierbij grote vooruitgang geboekt. Als aanvulling op een medicamenteuze behandeling ondergaat een groeiende groep patiënten met angina pectoris een coronaire bypassoperatie (CABG) of Percutane Coronaire Interventie (PCI). Met behulp van deze laatste techniek kunnen steeds gecompliceerdere enkel- en meervatsaandoeningen worden behandeld.^{1,2}

Vergelijkend onderzoek naar sterfte, morbiditeit en noodzaak tot re-interventie tussen CABG- en PCI-patiënten heeft laten zien dat tussen sterfte en morbiditeit geen significant verschil bestaat. Wel blijkt dat na een PCI-procedure vaker re-interventies noodzakelijk zijn.³

Een belangrijk onderdeel bij het voorbereiden van patiënten op een bedreigende procedure, zoals een operatie, een diagnostisch onderzoek of een PCI, betreft het verstrekken van informatie. Sinds het van kracht worden van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn hulpverleners hiertoe overigens verplicht.⁴ Deze verplichting is echter niet de belangrijkste reden om patiënten te informeren. Een veelheid aan medisch, psychologisch en verpleegkundig onderzoek heeft laten zien dat aan het verstrekken van voorbereidende informatie, positieve effecten ontleend kunnen worden. Naast een meetbaar effect op herstel en welbevinden van de patiënt, wordt ook angstreductie waargenomen.⁵⁻¹² Hier moet wel worden opgemerkt dat de patiënt niet verplicht is informatie te ontvangen.⁴

Het verstrekken van informatie als voorbereiding op een medische behandeling

wordt steeds meer gezien als een verpleegkundige taak.¹³ In het 'Beroepsprofiel van de Verpleegkundige' wordt ook melding gemaakt van de instruerende en voorlichtende taken van verpleegkundigen.¹⁴ Niet alleen op uitvoerend gebied, ook op verplegingswetenschappelijk gebied staat dit onderwerp, ruim 35 jaar na het verschijnen van een eerste verpleegkundig onderzoeksartikel door Dumas, nog volop in de belangstelling.¹⁵ Zoals hierboven al kort is aangegeven, zal bij een aantal patiënten een re-interventie noodzakelijk blijken. Reden hiervoor kan zowel het terugkeren van de vernauwing op de 'behandelde' plaats zijn, als het voortschrijden van het ziektebeeld. Dit opnieuw moeten ondergaan van eenzelfde interventie als in het (recente) verleden doet dan ook de vraag rijzen of deze patiënten op identieke wijze dienen te worden geïnformeerd/voorbereid als patiënten die voor een eerste interventie komen. Deze vraag komt vanuit mijn eigen praktijk, waarin ik signaleerde dat bij het voorbereiden van patiënten niet structureel aandacht wordt geschonken aan eerdere ervaringen. Ook in de (poliklinisch) verstrekte informatiefolder(s) van de Nederlandse Hartstichting wordt geen onderscheid gemaakt tussen patiënten die voor een eerste interventie of een herhalingsinterventie komen. De wijze waarop een patiënt een eerdere procedure heeft ervaren – positief of negatief – kan van invloed op de wijze waarop hij/zij zich voorbereidt op de volgende interventie. Vanuit deze invalshoek heb ik een literatuurstudie verricht, waarin het antwoord is gezocht op de twee volgende vragen:

- 1 Wat wordt verstaan onder het voorbereiden van patiënten op een bedreigende interventie?
- 2 Welke (andere) behoeften hebben

patiënten met betrekking tot het voorbereiden op een herhalingsinterventie?

Literatuuronderzoek

Met behulp van zoekprogramma's als Medline, en Cinahl, is gezocht naar artikelen die een zinvolle bijdrage kunnen leveren aan het verkrijgen van inzicht in het voorbereiden van patiënten op een bedreigende ingreep (zoals een PCI). 'Information', 'information needs', 'learning needs', 'patient education', 'preparatory information' en 'repeat interventions' zijn hierbij als zoekwoorden gebruikt. Naast de via deze zoektocht gevonden artikelen, is ook gebruik gemaakt van literatuurverwijzingen uit deze getraceerde artikelen. De zoektocht in de literatuur naar herha-



Tekening: Franka van der Loo

lingsinterventies (zoekwoord: 'repeat interventions') heeft een veelheid aan voornamelijk medische artikelen opgeleverd. Binnen de interventiecardiologie en thoraxchirurgie is hier veel aandacht aan geschonken; het accent van deze artikelen ligt echter op het gebied van de re-stenose. Hierbij is vooral gekeken naar de oorzaken die aan dit fenomeen ten grondslag liggen of naar nieuwe behandelingsstrategieën met als voornaamste doel het reduceren van het aantal re-stenoses.^{1,16,17} De overige zoekwoorden resulteerden in onderzoeksartikelen (zie tabel 1), meta-analyses¹⁸⁻²⁰, overzichtsartikelen^{6,12,13,21-24}, en een aantal andere artikelen die, in tegenstelling tot de medische artikelen, wel relevant bleken te zijn voor het afbakenen van de probleemstelling.

Voorbereiding op een medische behandeling

Bij het voorbereiden van patiënten op een medische behandeling (inclusief diagnostisch onderzoek) neemt het verstrekken van informatie een prominente plaats in.⁶ Informeren kan op vele manieren gebeuren, waarbij het belangrijk is dat de patiënt niet alleen ingelicht wordt over diens gezondheidstoestand, maar ook over de voorgestelde interventie, de hieraan verbonden risico's en eventuele alternatieven.²⁵ Een groot deel van deze informatie dient door de behandelende arts te worden verstrekt: vooral informatie die de patiënt in staat stelt om tot een weloverwogen beslissing te komen. Deze 'informed consent' genoemde procedure zal uiteindelijk resulteren in het wel of niet geven van toestemming tot het ondergaan van de voorgestelde medische behandeling. Als de patiënt toestemming heeft gegeven, zal deze op de behandeling dienen te worden voorbereid. In de dagelijkse praktijk wordt dit voorbereiden op een medische behandeling, inclusief het verstrekken van voorbereidende informatie, veelvuldig door verpleegkundigen gedaan. Het feit dat patiënten bij het inwinnen van informatie verpleegkundigen als laagdrempeliger beschouwen dan artsen kan hierbij als voordeel genoemd worden.²⁶ Bij het goed overbrengen van informatie is het opbouwen van een vertrouwensrelatie een belangrijke basis.²⁵ Veelal worden verpleegkundigen door patiënten en familieleden gezien als meest directe informatiebron.²² Dumas & Leonard²⁷ hebben met hun onderzoek naar het effect van een verpleegkundige interventie waarbij informatieverstrekking een onderdeel was, het

verstrekken van voorbereidende informatie op de agenda van verpleegkundig onderzoek(ers) gezet. Sindsdien is hier niet alleen veel onderzoek naar verricht, maar hebben de resultaten hun weg inmiddels naar de praktijk gevonden. In het bijzonder naar het effect van voorbereidende informatie bij patiënten die een bedreigende medische behandeling moeten ondergaan, is het nodige onderzoek verricht. Met bedreigend worden onderzoeken of behandelingen bedoeld die door patiënten als stressvol ervaren worden¹² – meestal zijn dit invasieve procedures. Een onderzoek of behandeling wordt gezien als een stressvolle procedure, wanneer patiënten hierop meer of minder angstig reageren. Het zal duidelijk zijn dat niet alleen patiënten verschillend op eenzelfde procedure kunnen reageren, ook kan tussen de verschillende behandelingen onderscheid gemaakt worden in een meer of minder bedreigende behandeling. De informatie die aan de patiënt wordt verstrekt speelt hierbij een belangrijke rol. De verstrekte informatie moet niet alleen betrouwbaar en actueel zijn, maar ook aansluiten bij het begripsvermogen van de patiënt.^{25,28} Hieruit kan geconcludeerd worden dat dit zowel eisen stelt aan de verstrekte informatie, als aan de verstrekker(s). Er dient immers niet alleen rekening te worden gehouden met de verstandelijke vermogens van de patiënt, ook moet de verstrekker op de hoogte zijn en blijven van de procedures. Tevens is het mogelijk dat patiënten al over informatie beschikken: informatie die ze zelf via andere kanalen tot zich hebben genomen, maar ook de informatie en ervaring van een eerdere gelijke behandeling.

Kenmerken van voorbereidende informatie

Aan het verstrekken van voorbereidende informatie wordt in de literatuur vanuit verschillende invalshoeken aandacht gegeven:

- *preparatory information*^{10,29}, waarbij inhoudsaspect en relevantie voor de patiënt centraal staan;
- *patient education*^{20,24,30,31}, hier ligt het accent op een gefaseerde vorm van informatieoverdracht als onderdeel van een leerproces;
- *instruction*¹⁸, waaronder het geven van aanwijzingen en voorschriften wordt verstaan;
- *psycho-social support*^{6,9,19}, waarbij het geven van emotionele steun centraal staat.

Deze verschillende invalshoeken blijken

in de praktijk overigens vaak met elkaar te zijn verweven.³²

Aan het huidige kennisniveau van voorbereidende informatie hebben Leventhal & Johnson⁵ een belangrijke bijdrage geleverd. Zij hebben drie kenmerken geïdentificeerd die van belang zijn bij het verstrekken van voorbereidende informatie. Zo dient niet alleen *procedurele informatie* te worden verstrekt, op basis waarvan een patiënt zich een beeld kan vormen over wat hem te wachten staat, maar ook *gewaarwordingsinformatie*, waarmee informatie over wat de patiënt kan voelen, zien, ruiken, enzovoort wordt bedoeld, en *gedragsinformatie*, ofwel het verstrekken van 'adviezen' met betrekking tot dat wat de patiënt zelf kan doen om het verloop van de interventie (tijdens en na) gunstig te beïnvloeden. Wordt aan deze drie elementen voldaan, dan zal de kans kleiner zijn dat de patiënt zelf een (verkeerde) invulling geeft aan wat hem te wachten staat of dat hij angstig wordt bij een voor hem onverwachte gewaarwording. In een door Grypdonck gepubliceerd overzichtsartikel wordt het belang van het op een gestructureerde wijze verstrekken van deze, uit alle drie de elementen bestaande, informatie benadrukt.⁶ De combinatie van procedurele informatie en gewaarwordingsinformatie blijkt de meest effectieve combinatie te zijn.^{19,20,21,29,33}

Naast het verstrekken van informatie dient aandacht te worden geschonken aan het emotioneel ondersteunen van patiënten, waarbij het bespreekbaar maken van gevoelens een belangrijke plaats inneemt.³⁴ In het onderzoek van Peterson onder hartkatheterisatiepatiënten blijkt dat zowel voorbereidende informatie (inclusief procedurele informatie en gewaarwordingsinformatie) als een sociale interventie (waaronder emotionele steun) leiden tot angstreductie ten opzichte van een controlegroep.⁹ Dit sluit aan bij de bevinding van Hathaway dat patiënten baat hebben bij emotionele ondersteuning.¹⁸ Een ander, niet onbelangrijk, aspect betreft het feit dat patiënten deze ondersteuning zien als een teken van betrokkenheid.⁶ Hoewel het verstrekken van voorbereidende informatie, gebaseerd op bovenstaande elementen, een effectieve wijze van informatieverstrekking lijkt, mag hieruit niet geconcludeerd worden dat als met al deze elementen rekening is gehouden, de patiënt te allen tijde goed geïnformeerd is. Belangrijke valkuilen zijn het gebruik van medisch vakjargon, onvoldoende rekening houden met het opleidingsniveau van de patiënt, niet goed weten wat de gewaar-

Auteur(s)/ jaar	Onderzoekspopulatie	N	Onderzoek gericht op
Wilson-Barnett; 1978 [28]	Barium X-rays	128	Vorbereidende informatie
Melamed et al.; 1978 [49]	Dental procedure	80	Vorbereidende informatie m.b.v. 5 verschillende videopresentaties
Kendall et al.; 1979 [30]	Cardiac catheterisation	44	Vorbereidende informatie, gericht op cognitieve-gedragstraining of gerichte educatie
Shipley et al.; 1979 [38]	Endoscopy	36	Vorbereidende informatie m.b.v. video, welke niet, één of drie keer werd vertoond
Freeman et al.; 1981 [37]	Cardiac catheterisation	34	Informed consent en instructie
Biley; 1989 [35]	General surgery	20/19	Beoordelen in hoeverre verpleegkundigen preoperatieve stress kunnen waarnemen.
Anderson & Masur; 1989 [8]	Cardiac catheterisation	60	Vorbereidende informatie m.b.v. procedurele-gewaarwordingsinformatie, procedurele-gewaarwordingsinformatie m.b.v. video, cognitieve-gedragstraining, of cognitieve-gedragstraining m.b.v. video
Herrmann & Kreuzer; 1989 [7]	Cardiac catheterisation	60	Vorbereidende informatie m.b.v. videopresentatie
Utens; 1989 [32]	Cardiac surgery	173	Vorbereidende informatie
Peterson; 1991 [9]	Cardiac catheterisation	72	Vorbereidende informatie gericht op educatie of emotionele steun
Davis et al.; 1994 [10]	Cardiac catheterisation	145	Vorbereidende informatie m.b.v. procedurele informatie (video), procedurele-gewaarwordingsinformatie (video) of procedurele-gewaarwordingsinformatie (folder)
Poroch; 1995 [31]	Radiation therapy in cancer patients	50	Vorbereidende informatie, bestaande uit procedurele-gewaarwordingsinformatie
Moerman et al.; 1996 [44]	General surgery	320	Validering screeningsinstrument
Houston et al.; 1996 [11]	Cardiac catheterisation	89	Gestructureerde (standaard) versus geïndividualiseerde voorbereidende informatie
Gammon & Mulholland; 1996 [29]	Total hip replacement	82	Vorbereidende informatie, bestaande uit procedurele, gewaarwordingsinformatie en copingsinformatie
Goldberger et al.; 1997 [40]	Diagnostic Electrophysiology studies	50	Gedetailleerde versus beperkte voorbereidende informatie.
Heikkilä et al.; 1998 [46]	Cardiac catheterisation	243	Beschrijven en evalueren van verschillende angst meetinstrumenten
McDaniel & Rhodes; 1998 [33]	Chemotherapy for breast cancer	40	Ontwikkelen van een op procedurele-gewaarwordingsinformatie gebaseerde video presentatie (vorbereidende informatie)
Brezynskie et al.; 1998 [47]	Balloon angioplasty	251/33	Ontwikkeling instrument om behoefte aan voorbereidende informatie te identificeren.

Tabel 1. Voorbereiden op een bedreigende ingreep: onderzoeksartikelen (1978-1999)

ACL = Adjective Check List; AMMM = Anxiety Measured by the Method of Mulhall; APAIS = Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale • B
HADS = Hospital Anxiety Depression Scale; LAS = Linear Analogue Scale; MAACL = Multiple Affect Adjective Checklist; MBBS = Miller's Behavioral • S
Questionnaire; POMS = Profile of Mood States; PPSQ = Pienschke Patient Satisfaction Questionnaire; PSI = Palmer Sweat Index; PCILNI = PCI Learning
Needs Inventory; R-S = Repression-Sensitization Scale; SES = Self-Efficacy Scale; SSI = Self Statements Inventory; STAI = Stait Trait Anxiety Inventory

Onderzoeksopzet	Meetinstrumenten	Uitkomsten (*) = self-report
1 interventiegroep, 1 controlegroep	ERI	Angst(*)
4 verschillende interventiegroepen, 1 controlegroep. In alle groepen een aantal patiënten met eerdere ervaringen	CFSS, PSI, BPRS, ORA	Angst, gedrag, somatische reacties
2 verschillende interventiegroepen, 1 placebo (enkel aandacht) en 1 controlegroep (standaard voorbereiding)	STAI, SSI	Angst(*), adaptatie(*)
2 verschillende interventiegroepen, 1 controlegroep. Alle patiënten hadden eerdere ervaringen met de procedure.	STAI, R-S	Angst(*), coping(*), somatische reacties
1 groep (geen controlegroep), 3 meetmomenten	AMMM	Angst(*), kennis(*)
Patiënten (n = 20) uit 2 ziekenhuizen, verpleegkundigen (n = 19) uit 1 ziekenhuis	Zelf ontw. vragenlijst, LAS	Angst(*), ongerustheid(*) en stress(*)
4 verschillende interventiegroepen, 1 controlegroep	ACL, PSI	Angst(*), depressie(*), coping(*), somatische reacties
1 interventie, 1 controlegroep	STAI	Angst(*)
1 interventiegroep, 1 controlegroep	MPVH, zelfontw. vragenlijst	Welbevinden(*), kennis(*), gedrag, somatische reacties
2 verschillende interventiegroepen, 1 controlegroep	SUDS, MBSS	Angst(*), coping(*), gedrag, somatische reacties
3 verschillende interventiegroepen, geen controlegroep	STAI, MBSS	Coping(*), angst(*), somatische reacties
1 interventiegroep, 1 controlegroep	STAI, PPSQ	Angst(*), welbevinden(*), tevredenheid(*)
Geen interventie, geen controlegroep	APAIS, STAI	Angst(*), informatiebehoefte(*)
1 interventiegroep, 1 controlegroep (gestructureerde informatie)	MAACL, CRI	Stress(*), coping(*)
1 interventie, 1 controlegroep	PICQ, VAS	Somatische reacties, coping(*), opnameduur
2 verschillende interventiegroepen, geen controlegroep	STAI	Angst(*)
Geen interventie, geen controlegroep	STAI, HADS, VAS	Angst(*), somatische reacties
Geen interventie, geen controlegroep	Interviews	Ontwikkeling videopresentatie (informatie omtrent behandeling)
Voorleggen ontwikkelde instrument aan patiënten (n = 251) en verpleegkundigen (n = 33). Een aantal patiënten had eerdere ervaringen met PCI's	PCILNI	Informatiebehoefte(*)

L = Behavior Problem Checklist; CFSS = Children's Fear Survey Schedule; CRI = Coping Resources Inventory; ERI = Emotional Response Inventory; Scale; MPVH = Medisch Psychologische Vragenlijst Hartpatiënten; ORA = Observer Rating of Anxiety; PICQ = Physical Indicators of Coping

UD = Subjective Units of Distress Scale; VAS = Visual Analogue Scale.

wordingen voor de patiënt zijn of het slecht verwoorden hiervan, maar ook een over- of onderschatting van de informatie-behoefte van de patiënt.^{25,33,35} Dit kan leiden tot een slecht geïnformeerde patiënt, die als gevolg hiervan meer angstig is.³¹ Hieruit kan geconcludeerd worden dat verstrekkers van informatie over communicatieve vaardigheden dienen te beschikken om bovenstaande valkuilen te vermijden.

Verstrekken van voorbereidende informatie

Deze voorbereidende informatie stelt patiënten in staat zich psychisch op de procedure voor te bereiden. Niet alleen de elementen waaruit deze informatie is opgebouwd, ook het moment waarop geïnformeerd wordt is belangrijk. Patiënten hebben tenslotte tijd nodig om verstrekte informatie te laten bezinken.³⁶ Dit aspect wordt in de literatuur hooguit zijdelings besproken; in de geraadpleegde artikelen zijn geen onderzoeken gevonden waarin naar het meest geschikte moment om de informatie te verstrekken is gekeken. Grypdonck geeft het algemene advies de patiënt zelf te laten kiezen, waarbij ze het raadzaam acht de informatie zo vroeg mogelijk aan te bieden.¹³ Biley waarschuwt overigens voor het verstrekken van informatie op ad hoc basis, omdat dan het risico bestaat op het geven van zowel misplaatste als onnodige informatie, waardoor de gewenste angstreductie juist kan resulteren in een onnodige toename van angst.³⁵ Naast het tijdstip, dient er ook aandacht te worden geschonken aan de frequentie waarin informatie wordt verstrekt. De Regt et al. maken melding van het feit dat gegeven informatie over het algemeen niet goed onthouden wordt.²⁵ Ook kunnen angstgevoelens het opnemen van informatie in meer of mindere mate blokkeren, zeker als deze kort voor een behandeling wordt verstrekt.³⁷ Dat het herhaald verstrekken van voorbereidende informatie een effectieve manier kan zijn om angstreductie te bewerkstelligen is door Shipley et al. aangetoond.³⁸ Of het herhaald (of gefaseerd) verstrekken van informatie resulteert in een beter geïnformeerde en minder angstige patiënt kan aan de hand van dit onderzoek niet geconcludeerd worden. Wel lijkt het zinvol om patiënten meerdere malen informatie aan te bieden met als doel ontbrekende of niet-begrepen informatie alsnog te verstrekken. Informatie kan op verschillende manieren worden overgebracht: mondeling, schriftelijk of met een videopresentatie, met of zonder familie, vrienden of lotgenoten,

gestandaardiseerd of op de individuele patiënt gericht. Uiteraard is ook een combinatie mogelijk. Een voordeel van mondelinge informatie is de mogelijkheid tot effectieve communicatie, waarbij de inbreng van de patiënt richting aan dit gesprek kan geven.²⁵ Nadeel kan de oncontroleerbaarheid van deze informatie zijn. Schriftelijke informatie is wel uniform maar schiet tekort op het individuele vlak.³⁹ Informatie via een videopresentatie biedt patiënten de mogelijkheid zich met de hoofdpersoon te identificeren, men spreekt dan van 'modeling'.¹² Dit kan een effectieve wijze van informeren zijn. Voorwaarde is wel dat zowel procedurele informatie als gewaarwordingsinformatie wordt verstrekt.^{7,10,21} Of deze vorm van informatieverstrekking de voorkeur verdient, is de vraag. Het maken van een film is niet alleen relatief duur, de film zal steeds aangepast (of opnieuw gemaakt) moeten worden bij veranderingen van de procedure.¹² Een ander mogelijk nadeel is dat patiënten enkel een videopresentatie krijgen aangeboden, zonder dat gecontroleerd wordt of zij de informatie hebben begrepen en onduidelijkheden worden niet nader toegelicht. Aanwezigheid van derden (familie, vrienden of lotgenoten) bij het verstrekken van informatie kan naast een angstreducerend effect, resulteren in beter begrepen, opgenomen en verwerkte informatie.^{9,25} Naar het gestandaardiseerd of op de individuele patiënt gericht verstrekken van informatie hebben Houston et al. onderzoek gedaan.¹¹ Zij onderzochten of geïndividualiseerde informatieverstrekking effectiever is, waarbij de inhoud hiervan meer door interactie met de patiënt wordt bepaald dan op basis van vastgelegde informatie. Dit onderzoek heeft overigens geen verschillen aangetoond. Het is echter te voorbarig om aan de hand van dit ene onderzoek te concluderen dat er geen voordelen kleven aan het verstrekken van geïndividualiseerde informatie. Het kan een goede mogelijkheid zijn om tegemoet te komen aan de wensen van de patiënt, het bieden van emotionele ondersteuning, en het controleren of de verstrekte informatie begrepen is. Dit is van groot belang, daar door het niet of verkeerd begrijpen van de verstrekte informatie angstgevoelens kunnen ontstaan of toenemen.³¹ In de literatuur gaat de meeste aandacht uit naar patiënten aan wie voorbereidende informatie wordt verstrekt; de verstrekkers blijven veelal buiten beschouwing. Toch vervullen zij een belangrijke rol. Niet alleen kan sprake zijn van terughou-

dendheid bij het verstrekken van informatie uit angst de patiënt angstiger te maken, ook wordt melding gemaakt van een verschil in hoeveelheid verstrekte informatie tussen angstige en minder angstige patiënten. Zo blijkt dat aan minder angstige patiënten minder informatie wordt verstrekt.²⁵ Dat patiënten na informatie een toename van angstgevoelens kunnen laten zien is door Goldberger et al. aangetoond.⁴⁰ Ondanks deze uitkomst komen ze tot de conclusie dat het achterwege laten van belangrijke informatie (waaronder risico's) om patiënten niet angstig(er) te maken, niet valide is. Immers daar waar slechts een klein aantal patiënten aangaf 'te veel' informatie te hebben gekregen waardoor angstgevoelens toenamen, stelde de meerderheid het juist op prijs uitgebreid te worden geïnformeerd. Op basis van bovenstaande kan niet geconcludeerd worden dat een bepaalde wijze van voorbereidende informatieverstrekking superieur is. Wel lijkt het gerechtvaardigd een voorkeur uit te spreken voor gestandaardiseerde informatieverstrekking, waarbij schriftelijke informatie wordt gecombineerd met een interactieve bespreking. Deze combinatie, waarbij de patiënt zowel persoonlijke aandacht krijgt als de mogelijkheid tot het herhaald 'absorberen' van schriftelijk verstrekte informatie, resulteert wellicht in een beter geïnformeerde en minder angstige patiënt dan wanneer enkelvoudige informatie plaatsvindt. Overigens dient hier te worden opgemerkt dat ondanks het vele onderzoek dat is verricht, nog niet alles bekend is over de beste wijze van het verstrekken van voorbereidende informatie.

Informatie en angst

Het belang van informatie begint al bij het verwerken van een al dan niet urgente noodzaak tot het moeten ondergaan van een medische behandeling. Niet alleen is de confrontatie met het ziek-zijn en als gevolg hiervan een veranderd toekomstbeeld, ook de andere omgeving waarin de patiënt is terechtgekomen kan als stressvol worden ervaren.⁴¹ Het moeten ondergaan van een medische ingreep kan deze stress doen toenemen en leiden tot meer angstgevoelens.³⁰ Hier ligt dan ook het belang van voorbereidende informatie: informatie die gericht is op het positief beïnvloeden van de patiënt, waardoor deze een bedreigende gebeurtenis als minder bedreigend ervaart of hier op een meer adequate manier mee leert omgaan.¹² Vooral het verstrekken van gewaarwordingsinformatie vervult hierbij een be-



Figuur 1. Op grond van Leventhal & Johnson (1983) samengesteld schema met de processen bij en effecten van voorbereidende informatie (Grypdonck, 1996)

langrijke rol. Deze informatie leidt tot schemavorming, hetgeen resulteert in het op voorhand weten wat je voor, tijdens en na de behandeling te wachten staat (zie figuur 1). Hieraan worden enkele belangrijke effecten toegekend: ont koppeling van emotionele herinneringen, herkenning en gewinning. Het verstrekken van voorbereidende informatie, waarbij ook aandacht uitgaat naar bovenstaande elementen, maakt de kans kleiner dat de patiënt een (verkeerde) invulling gaat geven aan dat wat hem te wachten staat. Zo'n verkeerde invulling opent de weg voor irreële angstfantasieën.³² Het verminderen van angst is een van de meest genoemde positieve effecten die aan het verstrekken van voorbereidende informatie ontleend kan worden.^{9,23,28,30} Naast angstreductie wordt melding gemaakt van een sneller postoperatief herstel²¹, reductie van het aantal postoperatieve complicaties⁶, een hoger welbevinden¹⁹, en een toename van patiëntentevredenheid.^{31,32}

Informatie en coping

Een ander aspect dat in de literatuur veel aandacht krijgt betreft de copingstijl van een patiënt. Patiënten reageren, mede als gevolg van hun ziekte, verschillend op problemen.^{6,34} Met coping, ofwel probleemhantering, wordt de cognitieve en gedragsmatige inspanning van een individu als reactie op specifieke in- of externe factoren bedoeld.^{34,42} Het hanteerbaar maken en verminderen van angst die door een bedreigende situatie wordt opgeroepen, staat hierbij op de voorgrond. Gebeurt dit op een effectieve wijze, dan laten patiënten veelal een sneller herstel na een medische ingreep zien.¹² Twee, binnen de

gezondheidszorg veelgebruikte copingstijlen, zijn 'monitor' en 'blunter'.⁴³ Onder monitor wordt informatiezoekend gedrag verstaan, terwijl een blunter juist afleidingzoekend gedrag vertoont. Blunters zijn niet alleen eerder tevreden met de verstrekte informatie dan monitors, in stressvolle situaties kan hun voorkeur zelfs uitgaan naar het niet, of zo min mogelijk ontvangen van informatie.²⁵ Dit kan zelfs resulteren in het niet geïnformeerd willen worden, hetgeen zoals eerder besproken een recht van de patiënt is. Geeft een patiënt te kennen geen informatie te willen ontvangen, dan is het belangrijk om na te gaan of deze weigering niet gebaseerd is op onjuiste beeldvorming.²⁶ Toch kan men zich afvragen of er niet een minimum aan informatie verstrekt moet worden, denk hierbij aan de bedrust die een patiënt tot enige uren na een PCI heeft om een bloedingcomplicatie te voorkomen.

Bovenstaande maakt duidelijk dat het van belang is rekening te houden met de copingstijl van een patiënt. Het vaststellen daarvan blijkt echter geen eenvoudige opgave. Moerman et al. zijn zelfs van mening dat met de copingstijl van de patiënt zelden rekening wordt gehouden, simpelweg omdat deze door de verstrekkers van informatie moeilijk is vast te stellen.⁴⁴ Grijpdonck komt met een even simpele als praktische oplossing: aan de patiënt zelf overlaten of deze uitgebreid of beperkt geïnformeerd wil worden, door dit gewoon te vragen.

Herhalingsinterventie

Aan het voorbereiden van patiënten op een herhalingsinterventie is in de litera-

tuur weinig aandacht geschonken. De meeste onderzoeksartikelen richten zich op patiënten die geen eerdere ervaringen met een bepaalde medische behandeling hebben.^{7-10,22,45,46} In een aantal onderzoeken zijn weliswaar patiënten met eerdere ervaringen geïnccludeerd, bij analyse van de onderzoeksgegevens werd echter geen onderscheid gemaakt tussen patiënten die voor een eerste procedure of een herhalingsprocedure kwamen.^{11,30,47,48} Een beperking van deze onderzoeken is dan ook dat niet duidelijk wordt of en in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn naar patiënten voor een herhalingsinterventie. Overigens signaleren Anderson & Masur in 1983 in hun overzichtsartikel over het psychologisch voorbereiden op een invasieve procedure al dat de wijze waarop patiënten hier tegenaan kijken, beïnvloed kan worden door eerdere ervaringen.²¹

In drie onderzoeken is wel aandacht geschonken aan patiënten met eerdere ervaringen. Zo signaleren Melamed et al. in hun onderzoek onder 80 kinderen die een tandheelkundige behandeling moesten ondergaan (van wie 48 voor een herhalingsbehandeling), dat een eerdere ervaring niet leidt tot een significant verschil in angstgevoelens.⁴⁹ Wel wordt aan eerdere ervaringen een positieve invloed op het gedrag tijdens de behandeling toegekend. Shipley et al. komen bij hun onderzoekspopulatie (allen met een eerdere ervaring) tot de conclusie dat het herhaald tonen van een voorbereidende videopresentatie een geringe angstreductie laat zien.³⁸ Wordt rekening gehouden met de copingstijl, dan blijken het met name de monitors te zijn bij wie de angstreductie is waargenomen. Moerman et al. concluderen aan de hand van hun validatieonderzoek, waar met behulp van een eenvoudig meetinstrument preoperatieve angst en informatiebehoefte is gemeten, dat patiënten met eerdere ervaringen lager scoren op informatiebehoefte dan patiënten die voor een eerste keer een operatie moeten ondergaan.⁴⁴ Bij de conclusies van bovenstaande onderzoekers kunnen enkele kritische kanttekeningen geplaatst worden. Zo staat de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten van Melamed et al.⁴⁹ ter discussie. Met name omdat dit onderzoek onder kinderen werd uitgevoerd, waardoor de resultaten niet zonder meer naar volwassenen te 'vertalen' zijn. Interessant aan de resultaten van het onderzoek van Shipley et al. is het feit dat patiënten, ondanks eerdere ervaringen, baat hebben bij herhaling van informatie.³⁸

Aangenomen mag immers worden dat ze al beschikken over kennis (procedureel en gewaarwordingen) die hen in staat stelt zich een beeld te vormen van de behandeling, die immers gelijk is aan de vorige. Juist aan deze invulling ligt het positieve effect van het verstrekken van voorbereidende informatie ten grondslag. Het zal duidelijk zijn dat deze drie artikelen niet voldoende gegevens opleveren om te beoordelen of patiënten voor een herhalingsinterventie behoefte hebben aan dezelfde of andere voorbereidende informatie.

Conclusie

Zoals bij de inleiding is aangegeven, is in deze literatuurstudie het antwoord gezocht op twee vragen. De eerste vraag *“Wat wordt verstaan onder het voorbereiden van patiënten op een bedreigende interventie?”* lijkt afdoende te zijn beantwoord. Met name de prominente plaats die het verstrekken van informatie inneemt is aan de orde gekomen. Informatie, in welke vorm dan ook aangeboden, dient te zijn opgebouwd uit procedurele, gewaarwordings- en gedragsinformatie. Als hieraan wordt voldaan, wordt melding gemaakt van een aantal positieve effecten. Angst-reductie is hierbij de meest genoemde. Angst blijkt een complex begrip, waarbij het verstrekken van informatie met name bedoeld is irreële angstfantasieën te beïnvloeden door het verschaffen van inzicht, hetgeen moet leiden tot een reëel verwachtingspatroon. Dit verwachtingspatroon speelt een belangrijke rol bij het emotioneel voorbereiden op een medische behandeling, waarbij gebruik gemaakt wordt van een copingstijl om de opgeroepen emoties hanteerbaar te maken. Tot het beantwoorden van de tweede vraag *“Welke (andere) behoefte hebben patiënten met betrekking tot het voorbereiden op een herhalingsinterventie?”* heeft deze literatuurstudie helaas onvoldoende gegevens opgeleverd. Hierin wordt slechts sporadisch onderscheid gemaakt tussen patiënten die voor een eerste medische behandeling komen en patiënten die al een eerdere ervaring met zo'n behandeling hebben. Of patiënten die een herhalingsinterventie moeten ondergaan gebaat zijn bij een gelijke benadering als voor een eerste interventie blijft een open vraag. Aangenomen mag worden dat deze patiënten, op basis van eerdere ervaring, een bepaald verwachtingspatroon hebben, waarvan niet op voorhand gesteld kan worden dat het irreëel is. Hebben deze patiënten nu juist meer of minder behoef-

te aan een bepaald aspect van voorbereidende informatie (procedurele, gewaarwordings- en gedragsinformatie), moet er meer aandacht besteed worden aan emotionele ondersteuning of zijn ze meer gebaat bij een op de individuele patiënt afgestemde wijze van voorbereiden? Op deze vragen heeft de literatuurstudie geen afdoende antwoord kunnen geven. Ondanks de veelheid aan informatie die deze literatuurstudie heeft opgeleverd kan geconcludeerd worden dat nog niet alles bekend is over het verstrekken van voorbereidende informatie. Naast het plaatsen van enkele kritische kanttekeningen, zijn ook onderwerpen aangeroerd die verder onderzoek nodig hebben. Denk hierbij aan de invloed van via verschillende kanalen verkregen informatie, of de invloed van ervaringskennis op patiënten. Maar ook de invloed die uit kan gaan van de persoon die informatie verstrekt of de informatiebehoefte van patiënten voor een herhalingsinterventie zijn aandachtsgebieden voor verder onderzoek. ☺

Literatuur

1. Kutryk MJB, Serruys PW. Current State of Coronary Stenting: Fourth Thoraxcenter Course on Coronary Stenting. Rotterdam: Barjesteh van Waalwijk van Doorn & Co's Uitgeversmaatschappij, 1997.
2. Serruys PW, Unger F, Sousa JE et al. The Arterial Revascularization therapies Study group. Comparison of coronary-artery bypass surgery and stenting for the treatment of multivessel disease. New England Journal of Medicine 2001;344:1117-24.
3. Hoffman ST, TenBrook JA, Wolf MP, Pauker SG, Salem DN, Wong JB. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Comparing Coronary Artery Bypass Graft With Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: One- to Eight-Year Outcomes. Journal of the American College of Cardiology 2003;41(8):1293-304.
4. Leegemaate J (red.). De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
5. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimentation: development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge P, Schmitt U, Skipper SKA, Leonard RC. Behavioral Science and Nursing Theory (pp. 189-262). St.-Louis: Mosby, 1983.
6. Grypdonck M. Voorbereiding van volwassen patiënten op chirurgische ingrepen. Verpleegkunde 1988;4:171-86.
7. Herrmann KS, Kreuzer H. A randomised prospective study on anxiety reduction by prepartory disclosure with and without video

- film show about a planned heart catheterisation. European Heart Journal 1989;10:753-7.
8. Anderson AO, Masur FT. Psychologic preparation for cardiac catheterisation. Heart & Lung 1989;18(2):154-63.
9. Peterson M. Patient anxiety before cardiac catheterisation: An intervention study. Heart & Lung 1991;20(6):643-7.
10. Davis TMA, Maguire TO, Haraphongse M, Schaumberger MR. Preparing adult patients for cardiac catheterisation: Informational treatment and coping style interactions. Heart & Lung 1994;23(2):130-9.
11. Houston ME, Freeborg S, Dougherty D. A comparison of structured versus guided preheart catheterisation information on mood states and coping resources. Applied Nursing Research 1996;9(4):189-194.
12. Grypdonck M. (1996) Het voorbereiden van patiënten voor bedreigende ingrepen en onderzoeken: Stand van zaken. Niet gepubliceerde versie uit reader van Master of Science in Nursing Course, 1999: Utrecht.
13. Grypdonck, M. Informeren en communiceren (1). Een verpleegkundige opdracht. Tijdschrift voor Ziekenverpleging 1993;19:639-43.
14. Leistra E, Liefhebber S, Geomini M, Hens H. Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.
15. Dumas RG. Psychological Preparation for Surgery. The American Journal of Nursing 1963;63:52-5.
16. Lehmann KG, Maas AC, Domburg R van, Feyter PJ de, Brand M van der, Serruys PW. Repeat Interventions as a Long-Term Treatment Strategy in the Management of Progressive Coronary Artery Disease. Journal American College of Cardiology 1996;27(6):1398-405.
17. Pick AW, Mullany MB, Orszulak TA, Daly RC, Schaff HV. Third and fourth operations for myocardial ischemia: short-term results and long-term survival. Circulation 1997;4,96 (9suppl):II-26-31.
18. Hathaway D. Effect of preoperative Instruction on Postoperative Outcomes: A meta-Analysis. Nursing Research 1986;35(5):269-275.
19. Devine EC, Cook TD. Clinical and Cost-saving Effects of Psycho-educational Interventions with Surgical Patients: a Meta-Analysis. Research in Nursing and Health 1986;9:89-105.
20. Suls J, Wan CK. Effects of Sensory and Procedural Information on Coping With Stressful Medical Procedures and Pain: A Meta-Analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989;57(3):372-9.
21. Anderson AO, Masur FT. Psychologic Preparation for Invasive Medical and Dental Procedures. Journal of Behavioral Medicine 1983;6(1):1-40.
22. Close A. Patient education: a literature review. Journal of Advanced Nursing 1988;13:203-13.
23. Teasdale K. Information and anxiety: a critical

- reappraisal. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18:1125-32.
24. **Shuldham C.** A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International Journal of Nursing Studies* 1999;36:171-7.
 25. **Regt HB de, Haan RJ de, Haes JCJM.** Uitvoering van de informed consent-vereiste: een kwestie van communicatie: KNMG-project 'Informed consent' nr. IC-4. Utrecht, 1997
 26. **Kompanje EJO.** Medisch-ethische opvattingen en voorwaarden met betrekking tot informed consent: KNMG-project 'Informed consent' nr. IC-1. Utrecht, 1995.
 27. **Dumas RG, Leonard RG.** The effect of nursing on the incidence of post-operative vomiting. *Nursing Research* 1963;12:12-5.
 28. **Wilson-Barnett J.** Patients' emotional responses to barium X-rays. *Journal of Advanced Nursing* 1978;3:37-46.
 29. **Gammon J, Mulholland CW.** Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on post-operative physical coping outcomes. *International Journal of Nursing Studies* 1996;33(6):589-604.
 30. **Kendall PH, Williams L, Pechacek TF, Graham LE, Shisslak C, Herzoff N.** Cognitive-Behavioral and Patient Education Interventions in Cardiac Catheterisation Procedures: The Palo Alto Medical Psychology Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979;47(1):49-58.
 31. **Poroch D.** The effect of preparatory patient education on the anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiation therapy. *Cancer Nursing* 1995;18(3):206-14.
 32. **Utens EMWJ.** Voorlichting aan Hartchirurgie Patiënten. Een gerandomiseerd gecontroleerd interventie-onderzoek. Rotterdam: proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, 1989.
 33. **McDaniel WR, Rhodes VA.** Development of a preparatory sensory information videotape for woman receiving chemotherapy for breast cancer. *Cancer Nursing* 1998;21(2):143-8.
 34. **Borne B van den, Geelen K, Pruyn, J.** Coping: omgaan met chronische en levensbedreigende ziekten. Assen: Van Gorcum, 1993.
 35. **Biley FC.** Nurses' perception of stress in pre-operative surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 1989;14:575-81.
 36. **Verheggen FWSM.** Myth and reality of informed consent and the patient's choice to participate in clinical trials. Maastricht: Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Rijksuniversiteit van Maastricht, 1996.
 37. **Freeman WR, Pichard AD, Smith H.** Effect of Informed Consent and Educational Background on Patient Knowledge, Anxiety, and Subjective Respons to Cardiac Catheterisation. *Catherisation and Cardiovascular Diagnosis* 1981;7:119-34.
 38. **Shipley RH, Butt JH, Horwitz EA.** Preparation to Reexperience a Stressfull Medical Examination: Effect of Repetitious Videotape Exposure and Coping Style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979;47(3):485-92.
 39. **Beaufort I de.** Ethiek en medische experimenten met mensen. Assen: Van Gorcum, 1985.
 40. **Goldberger JJ, Kruse J, Parker MA, Kadish AH.** Effect of Informed Consent on Anxiety in Patients Undergoing Diagnostic Electrophysiology Studies. *American Heart Journal* 1997; 134(1):119-27.
 41. **Hartfield MT, Cason CL, Cason GJ.** Effects of Information about a Threatening Procedure on Patients' Expectations and Emotional Distress. *Nursing Research* 1982;31:202-6.
 42. **Lazarus RS.** Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine* 1993;55:234-47.
 43. **Zuuren FJ van.** Omgaan met bedreigende medische situaties: een evaluatie van de Nederlandse Threatening Medical Situation Inventory (TMSI). *Gedrag & Gezondheid* 1996;24(1):39-46.
 44. **Moerman N, Dam FSAM van, Muller MJ, Oosting H.** The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesthesia Analgetica* 1996;82:445-51.
 45. **Turton J.** Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perception of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing* 1998;27:770-8.
 46. **Heikkilä J, Paunonen M, Virtanen V, Laippala P.** Fear of patients related to coronary arteriography. *Journal of Advanced Nursing* 1998;28(1):54-62.
 47. **Brezynskie H, Pendon E, Lindsey P, Adam M.** Identification of the Percieved Learning Needs of Balloon Angioplasty Patients. *Canadian Journal of Cardiovasculair Nursing* 1998; 9(2):8-14.
 48. **Verlaat PG van 't.** De informatiepreferenties van patiënten die een Coronary Artery Bypass Graft operatie moeten ondergaan of ondergaan hebben. Utrecht: Afstudeerscriptie van de studie Gezondheidswetenschappen, afstudeerrichting Verplegingswetenschap. Universiteit van Utrecht, 1999.
 49. **Melamed BG, Yurcheson R, Fleece EL, Hutcherson S, Hawes R.** Effect of Film Modeling on the Reduction of Anxiety-Related Behaviors in Individuals Varying in Level of Previous Experience in the Stress Situation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978;46(6):1357-67.

(Advertentie)

OPROEP

ENTHOUSIASTE REDACTIELEDEN VOOR CORDIAAL

De interim-redactie van **Cordiaal** is op zoek naar enthousiaste mensen die zich willen inzetten voor hét vakblad van de Nederlandse hart- en vaatverpleegkundige.

Cordiaal is een toonaangevend vakblad en verschijnt vijfmaal per jaar. De redactie van Cordiaal maakt deel uit van de Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaatverpleegkundigen (NVHVV) en komt vijf keer per jaar bijeen.

Functie-eisen:

- inzicht in ontwikkelingen op het gebied van de zorg voor patiënten met cardiovasculaire aandoeningen;
- ervaring met of belangstelling voor het redactioneel beoordelen van kopij;
- een uitgebreid netwerk binnen het eigen werkveld of in staat dit op te zetten;
- goede contactuele eigenschappen;
- in staat auteurs te motiveren en enthousiasmeren;
- teamspeler binnen de redactie met een visie op het vak en vakbladen.

U beantwoordt aan dit signalement? Neem dan contact op met Wilma Scholte op Reimer, Erasmus MC, Afdeling Cardiologie, kamer Ba561, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; e-mail: w.scholteopreimer@erasmusmc.nl.

TREES VAN BRAGT, HARTPATIËNT:

‘Ik wil zo lang mogelijk genieten’

Trees van Bragt (72) is een vechter. Ondanks al haar beperkingen wil ze zo lang mogelijk blijven genieten van het leven. Trees oefent met haar elektrische wagentje, zodat ze weer zelf boodschappen kan gaan doen. Want in het voorjaar wil ze naar buiten. Van het mooie weer profiteren en minder afhankelijk zijn. Die bewegingsvrijheid wordt mede mogelijk gemaakt door het gebruik van de Easypump, vertelt Trees. Zonder de thuisinfusie met de Easypump zou ze elke week één of twee dagen naar het ziekenhuis moeten voor een dagopname om te worden ontwaterd. Dat kan nu gewoon thuis.

Twintig jaar geleden wordt bij Trees van Bragt een afwijking aan de hartklep geconstateerd. ‘Die is toen vervangen. Maar de levensduur van zo’n nieuwe klep is niet eeuwig. Dus bijna twee jaar geleden was die klep weer aan vervanging toe. Bij die operatie is zo ongeveer alles misgegaan, wat er mis kon gaan. Mijn goede hartklep is geraakt en ernstig beschadigd. Ik kreeg een darmbloeding, waarvan men eerst dacht dat het kanker was. Maar dat bleek gelukkig niet het geval. Ik ben bovendien behandeld met een verkeerd antibioticum, waar ik een ernstige allergische reactie van kreeg. Na de operatie heb ik langdurig in coma gelegen en heb vervolgens een jaar moeten revalideren. Maar ik ben verlamd gebleven en kan niet meer lopen. Ik kan zelfs niet meer op mijn benen staan. Dus moet ik voortdurend met de tillift naar toilet, en in en uit bed en mijn rolstoel worden geholpen. Mijn “goede” hartklep is blijven lekken. Ik was er op een gegeven moment erg slecht aan toe. Door al het vocht zag ik eruit als een Michelin-vrouwje. Ik was compleet volgelopen. Men gaf geen cent voor me en mijn huisarts vergeleek me met een kaarsje dat langzaam uitging. Nou, dat was beslist niet prettig om te horen. Ik wil graag leven en ik blijf vechten. Al is het maar voor mijn kinderen.”

Om het vocht kwijt te raken, wordt Trees langdurig opgenomen. Ze vertelt: ‘Tijdens die opname, ruim een jaar gelden, is een poortsysteem aangebracht. Daardoor raak ik het vocht nu kwijt met behulp van pillen en de Easypump®. Dat bevalt me uitstekend. Het is voor mij een enorme belasting om naar het ziekenhuis te moeten. Nu komt de thuiszorg twee keer in de week om het pompje aan te sluiten voor de toediening van mijn medicijnen. Het enige dat ik ervan merk is dat ik die dagen veel plas. Mijn katheter loopt dan wel erg snel vol, maar ik voel me er heel goed bij. Mijn vochtthuishouding is op orde. Dat merk ik aan mijn handen en met name aan mijn ringen. Als die strak gaan zitten, heb ik te veel vocht. Dat is het laatste jaar niet meer gebeurd. Het pompje past bij wijze van spreken in mijn broekzak. Je hebt er dus ook helemaal geen last van. Kijk, ik was natuurlijk liever 27 en nog actief, maar ja. Ik probeer zo veel mogelijk te genieten van wat ik nog wel heb. Twee borreltjes elke dag, daar word je toch een beetje een ander mens van. Een vakantie met de Zonnebloem waar ik me enorm op verheug. Of gewoon lekker lezen en puzzelen en naar de recreatuurneem hier in huis. En straks in mijn elektrische karretje fijn naar buiten.”

HARTFALENVERPLEEGKUNDIGE RIET SCHOUTEN:

‘Thuisbehandeling eenvoudig, veilig en goed voor patiënt’

Riet Schouten is werkzaam als hartfalenverpleegkundige in de hartfalenpoli van het Westfries Gasthuis in Hoor. Trees van Bragt is één van haar patiënten met een Easypump®. Riet legt uit voor welke categorie patiënten de Easypump® is bedoeld: ‘Het betreft hier de zwaarste categorie patiënten met hartfalen. De zogenaamde NYHA-4-klasse. Deze mensen hebben het in rust doorgaans al benauwd en ontwateren met alleen tabletten is niet meer mogelijk. Voorheen werd deze groep wekelijks één of twee keer een dag opgenomen om hen te ontwateren. Dat is erg belastend. Ze moeten hier al voor 8 uur ’s morgens zijn en brengen dan de dag door op een doorgaans drukke zaal. Dat is uitermate vermoeiend. Met behulp van de Easypump®, die thuisinfusie mogelijk maakt, kan het ontwateren eenvoudig in de thuissituatie. Het Medisch Technisch Handelen Team van de thuiszorg sluit het pompje aan op het poortsysteem. Bloed afnemen kan via hetzelfde poortje. Je hoeft de mensen dus niet meer voortdurend te prikken. Wij maken de thuisbehandeling compleet door als hartfalenverpleegkundigen ook op huisbezoek te gaan. We belasten mensen dus niet met controles op de poli. Thuisbehandeling levert een wezenlijke bijdrage aan de kwaliteit van het leven van de patiënten. Het is bovendien, en dat is zeker zo belangrijk, goed werkzaam en veilig.’

Wat is een Easypump®?

Easypump® elastomeer infusiesystemen zijn ontwikkeld om aan mobiele patiënten, in het ziekenhuis of in de thuissituatie, de mogelijkheid te bieden een vooraf bepaalde hoeveelheid medicatie toe te dienen op een veilige, betrouwbare en eenvoudige manier. De Easypump® is niet afhankelijk van stroom of batterijen. De patiënt is daardoor mobiel en er tevens van verzekerd dat de medicatie gewoon toegediend wordt, waar de patiënt zich ook bevindt. Een elektronische pomp is dus niet (altijd) nodig. De Easypump® is een compleet infusiesysteem met medicijncontainer, toedieningsslang, open/dicht-klem en een lucht- en deeltjesfilter. Het gesleep met infuuspalen in en rond het huis is zo niet nodig. De patiënt kan de Easypump® onopvallend in een heuptasje met zich meedragen.



Psychosociale factoren en kwaliteit van leven bij kinderen met een inwendige defibrillator

Hella Knobbe en Mattie Lenzen, namens de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek van de NVHV

Achtergrond

Niet alleen bij volwassenen, maar ook bij steeds meer kinderen en adolescenten met een ernstige hartafwijking wordt een inwendige defibrillator (ICD) ingebracht. Hoewel er een veelheid aan literatuur gepubliceerd is over de kwaliteit van leven van patiënten met een ICD, beperkt deze literatuur zich tot volwassenen. Over de kwaliteit van leven bij kinderen en adolescenten met een ICD is nog maar weinig bekend. Uit onderzoek onder volwassenen met een ICD blijkt dat angst en depressiviteit vaak voorkomen. Omdat kinderen minder ver ontwikkeld zijn op fysiek, intellectueel en emotioneel gebied is het niet mogelijk om deze conclusie zo maar door te trekken. In deze studie wordt onderzocht hoe het is gesteld met angst, depressie en kwaliteit van leven bij kinderen en adolescenten met een ICD en hoe het gezin functioneert waarvan zij deel uitmaken.

Onderzoeksopzet

Aan dit onderzoek namen 20 kindercardiologische patiënten deel, die tussen de 9 en 19 jaar oud waren en gemiddeld 1,4 jaar een ICD hadden. Zij kwamen op poliklinische controle in het Childrens Hospital te Boston. Van elke patiënt werd aan de hand van het medisch dossier en de Defibrillator Severity Index de ernst van de hartafwijking bepaald. Zowel de patiënt als één van de ouders vulden onafhankelijk van elkaar een aantal vragenlijsten in. De patiënt vulde de Reynold's Adolescent/Children Depression Scale, de Revised Childrens Manifest Anxiety Scale, de Child Health Care Questionnaire-87 en de voor kinderen aangepaste Worries About ICD Scale in, de ouders vulden de Child Health Questionnaire-50 en de Impact-on-Family-Scale in. De uitkomsten werden vergeleken met de Amerikaanse standaardnorm voor gezonde kinderen en hun ouders. Bovendien werd er onderzocht of er een verschil in uitkomsten bestond tussen de scores van de patiënten bij wie de ICD wel is afge-

gaan en patiënten bij wie de ICD niet is afgegaan, en of er een relatie bestond met de ernst van de hartafwijking.

Resultaten

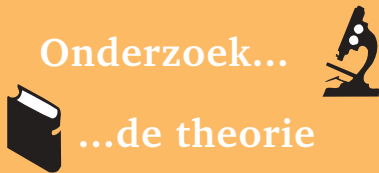
Ouders vonden dat hun kinderen een lagere kwaliteit van leven hadden met betrekking tot het fysieke functioneren. Op het totale item 'psychosociaal functioneren' bestond er geen verschil met de normgroep, maar op de subitems 'sociaal-emotioneel gedrag', 'gevoel van eigenwaarde' en de 'emotionele impact van de ziekte van het kind op de ouders' waren de scores wel significant lager dan op basis van de Amerikaanse norm werd verwacht. Ouders vonden overigens niet dat hun gezinsleven minder functioneerde dan in gezinnen met gezonde kinderen. De scores van de patiënt zelf met betrekking tot depressiviteit waren wel lager dan de normscores, maar konden niet gedefinieerd worden als depressief. De scores met betrekking tot angst waren vergelijkbaar met die van de normatieve groep. Interessant gegeven was dat de kinderen minder zorgelijk en minder overgevoelig waren dan hun gezonde leeftijdsgenoten. Ze hadden echter wel een significant hogere wens tot sociale acceptatie. Niet uitgesloten kon worden dat door het geven van sociaal wenselijke antwoorden ze wellicht minder zorgelijk en overgevoelig overkwamen dan ze in werkelijkheid waren. Bij een vergelijking tussen kinderen bij wie de ICD in het verleden is afgegaan en kinderen bij wie dit niet het geval was, bleek dat deze groepen geen verschillen in angst en depressie lieten zien. Op de vraag of hun leven beter, slechter of hetzelfde is gebleven sinds de ICD-implantatie antwoordden 9 kinderen hetzelfde, 6 kinderen beter en 5 kinderen slechter. Op de vraag wat hun grootste zorg is over de ICD, werden de volgende antwoorden gegeven: het ontvangen van schokken (10), geen zorgen (4), niet functioneren van de ICD (2), minder kunnen (2), een heroperatie (1) en 'gek' lijken (1).

Betekenis voor de praktijk

De implantatie van een ICD bij kinderen en adolescenten is een relatief nieuwe techniek en het is belangrijk om in te kunnen schatten wat deze kinderen helpt of juist hindert bij de acceptatie van hun ziekte en bij hun leven met een ICD. Pediatriche patiënten met een ICD bleken significant lager fysiek te functioneren dan hun gezonde leeftijdsgenoten. Toch ervoeren de meeste kinderen geen depressiviteit of angst, wel leken zij een grotere behoefte te hebben aan sociale acceptatie. Ze vonden niet dat ze psychosociaal minder functioneerden, maar waren wel kwetsbaarder in hun sociaal-emotionele leven en in hun gevoel van eigenwaarde dan hun gezonde leeftijdsgenoten. Door het geringe aantal participanten is de generalisatie van dit onderzoek overigens wel een discussiepunt. Toch maakt de conclusie duidelijk dat gerichte psychosociale begeleiding bij deze groep patiënten en hun ouders zich vooral zou moeten richten op het sociaal-emotionele gedrag van de patiënt, het gevoel van eigenwaarde van de patiënt en de impact van de ziekte van het kind op de ouders.

Samenvatting van:

- DeMaso DR, Lauretti A, Spieth L, Van der Feen JR, Jay KS, Gauvreau K, Walsh EP, Berul CI. Psychosocial Factors and Quality of Life in Children and Adolescents with Implantable Cardioverter Defibrillators. The American Journal of Cardiology 2004;93:582-7.



Onderzoek... ...de theorie

Kwalitatief en kwantitatief onderzoek

Madeleen Uitdehaag en Binie Geut, namens de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek van de NVHV

In de praktijk wordt de term ‘onderzoek’ losjes gebruikt. Wanneer we naar nieuwe kennis zoeken noemen we iets al snel onderzoek. Het is vaak niet duidelijk of er wel of niet over wetenschappelijk onderzoek mag worden gesproken. In dit artikel willen we aan de hand van een casus verhelderen wanneer gesproken kan worden van wetenschappelijk onderzoek.

Achtergrond

In dit artikel worden de twee hoofdstromingen binnen wetenschappelijk onderzoek beschreven, te weten kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Om een artikel goed te kunnen beoordelen is het van belang om te weten vanuit welke stroming een onderzoek is verricht en of het onderzoeksontwerp daarbij past. Elk onderzoeksontwerp heeft namelijk specifieke kenmerken, waarop het beoordeeld dient te worden.

Welke stroming is het?

Bij *kwantitatief onderzoek* worden verschijnselen (of fenomenen) onderzocht, waarbij de feiten zo objectief mogelijk worden gemeten en in maat en getal worden weergegeven.

Een voorbeeld van een kwantitatief onderzoek is de volgende vraagstelling: “Welke interventie is het meest effectief om een patiënt te helpen om te stoppen met roken?” Hierbij worden de patiënten verdeeld in bijvoorbeeld drie groepen. Elke groep wordt behandeld met een verschillende interventie, zoals schriftelijk voorlichtingsmateriaal of regelmatige telefonische begeleiding. Er is ook altijd een groep bij die de normale interventie krijgt, of geen interventie. Tevoren en na verloop van bijvoorbeeld 1, 2, 6 en 12 maanden wordt in alle groepen gemeten *hoeveel sigaretten* de patiënten op dat moment nog roken. De interventie van de groep die na afloop het minst aantal sigaretten rookt, is dus het meest effectief.

Bij *kwalitatief onderzoek* worden ervaringen, gevoelens, gedachten en herinneringen (het innerlijke) van de mens onderzocht: hoe personen een situatie beleven. De resultaten van dit type onderzoek kunnen niet in getallen weergegeven worden, maar wel in taal. Het gaat hierbij immers

vaak om verhalen die mensen vertellen. Een voorbeeld van kwalitatief onderzoek is de volgende vraagstelling: “Welke informatiebehoefte heeft de familie van een patiënt, die opgenomen is met een acuut hartinfarct?”

In dit geval worden familieleden van patiënten geïnterviewd en de onderwerpen die zij aangeven worden beschreven, geclusterd en ‘gewogen’. Het gaat er dus niet om hoe vaak zij een bepaald onderwerp noemen, maar het gaat erom de *verschillende onderwerpen* te inventariseren.

Wanneer wordt welke stroming toegepast?

Kwantitatief onderzoek wordt gebruikt als:

- we willen weten hoe vaak iets voorkomt of hoeveel, meer of minder dan... (beschrijvend onderzoek);
- we mogelijke verbanden tussen de verschillende verschijnselen willen aantonen (verklarend onderzoek);
- we een bepaald verband tussen de verschillende verschijnselen willen toetsen aan de hand van een hypothese (toetsend onderzoek).

Kwalitatief onderzoek wordt gebruikt als:

- we allerlei factoren (variabelen) die een rol spelen bij een bepaald verschijnsel nog niet of onvoldoende kennen;
- we op zoek zijn naar ervaringen, gevoe-

lens, gedachten en herinneringen (het innerlijk) van mensen.

Hoe herken je het in een onderzoeksartikel?

Bij kwantitatief onderzoek worden statistische methoden gebruikt om het geheel te analyseren. Er worden veel metingen gedaan bij grote aantallen proefpersonen (respondenten), vaak meer dan 50. In een onderzoeksartikel zie je vaak tabellen en grafieken met diverse resultaten hiervan. Bij kwalitatief onderzoek wordt de informatie die verzameld is, in woorden weergegeven. Er wordt veel verhalend materiaal verzameld door bijvoorbeeld diepte-interviews of observaties van gedrag. De aantallen respondenten of bronnen (zoals bijvoorbeeld dagboeken) zijn vaak klein, meestal gemiddeld rond de 20. Een onderzoeksartikel is geschreven in verhaalvorm met veel letterlijke citaten als illustratie.

De genoemde kenmerken van kwantitatief en kwalitatief onderzoek worden in onderstaande tabel samengevat:

In een volgend artikel zullen we nader ingaan op de verschillende onderzoeksontwerpen die uit bovenstaande stromingen zijn voortgekomen en hun bewijskracht voor de wetenschap. ☞

Onderzoeksbenadering	Kwantitatief onderzoek	Kwalitatief onderzoek
Toepassing	• beschrijvende, verklarende of toetsende vraagstelling	• weinig bekend over het onderwerp • vraag naar het innerlijk, de beleving
Kenmerken analyse/resultaten	• gegevens in getallen • analyse door statistische berekeningen • resultaten in tabellen, grafieken	• gegevens in woorden • resultaten in verhaalvorm

Een patiënt met harttonen aan de rechterzijde. Wat ziet u op de longfoto?

Cyril Camaro, cardioloog in opleiding, afdeling Interne Geneeskunde Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch. E-mail: cyrilcamaro@hotmail.com

Op bladzijde 14 stelde de auteur van deze bijdrage u vier vragen aan de hand van een casus. Nadat u de vragen heeft beantwoord, kunt u in dit deel controleren of u de juiste antwoorden heeft gegeven.

Antwoorden op de gestelde vragen

1. Wat ziet u op de thoraxröntgenfoto?

De thoraxröntgenfoto is een staande achtervoorwaartse opname. Het hart is abnormaal gepositioneerd, maar niet vergroot. De apex van het hart bevindt zich aan de rechterzijde van de thorax. Er is sprake van een dextrocardie. Bij de onderpool van de linkerhilus bevindt zich een infiltratieve afwijking (aangegeven met de zwarte pijl), die de klachten van patiënte kan verklaren.

2. Wat voor klachten geeft deze aandoening? Hoe vaak komt het voor?

Dextrocardie wordt vaak gezien in het kader van een situs inversus. Bij een situs

inversus liggen alle organen in het lichaam gespiegeld. Deze aandoening komt voor in ongeveer 1 op de 10.000 mensen. In de literatuur wordt de conditie beschreven als een zeldzame autosomaal recessieve genetische aandoening.¹ Bij 90 tot 95% van de patiënten met dextrocardie en een complete situs inversus zijn er geen structurele afwijkingen aan het hart. Derhalve zijn er ook geen medische klachten en is de levensverwachting gelijk aan die van de algemene populatie. 25 Procent van de patiënten met een situs inversus heeft primaire ciliaire dyskinesie (PCD). Deze ziekte openbaart zich met name bij zeer jonge patiënten: zelfs vanaf de geboorte kunnen zich al klachten openbaren. Naast de dextrocardie hebben

zij ook vaak structurele en functionele afwijkingen aan de trilhaartjes (cilia). Het cilia-epitheel bedekt onder andere de bovenste luchtwegen inclusief het neusslijmvlies. Het is dus goed te begrijpen dat dit bij deficiënties chronische ontstekingen van de bijholten (sinussen) kan geven met verhoogde kans op (luchtweg-) infecties.

Wanneer de drie volgende kenmerken bij een patiënt aanwezig zijn, spreekt men van het syndroom van Kartagener:

- verwijde luchtwegvertakkingen;
- herhaalde bijholteontstekingen; en
- situs inversus.

Overigens heeft de patiënte in deze casus een situs inversus, maar het is onduidelijk of zij ook PCD of het syndroom van Kartagener heeft.

3. Wat kunt u verwachten van de anatomische locatie van de andere organen in het lichaam? Heeft dit consequenties voor toekomstige medische consultaties?

De organen van deze patiënt (zowel in de thorax als in het abdomen) zijn gespiegeld. Belangrijk is dat ook de klachten bij aandoeningen van de buikorganen gespiegeld zijn. Zo kan een appendicitis links in de buik pijn aangeven in plaats van rechts. De behandelend arts dient te weten dat hij of zij met een situs inversus te maken heeft om fouten bij bijvoorbeeld operatieve ingrepen te voorkomen.

4. Wat is uw diagnose aan de hand van de foto?

Dextrocardie bij een patiënte met een situs inversus; hoesten en kortademigheid bij een pneumonie.

Literatuur

1. Aylsworth AS. Clinical aspects of defects in the determination of laterality. *Am J Med Genet* 2001;101:345-55 (review).



Figuur 1

Wanneer actie bij overgewicht?

Behandelkaart Overgewicht schept duidelijkheid

Mary Stottelaar, voedingskundige

Ongeveer 40 procent van de Nederlandse bevolking heeft overgewicht, 10 procent is zelfs obees. Overgewicht is een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten. Toch bestaat er nog steeds geen standaard of consensus voor het behandelen van overgewicht. In een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde⁷ hebben dr. P.M.J. Zelissen en prof. dr. E.M.H. Mathus-Vliegen een voorzet gedaan voor een standaard. Ze hebben een stroomdiagram ontwikkeld aan de hand waarvan de Behandelkaart Overgewicht is ontstaan. De Behandelkaart Overgewicht vormt een praktische richtlijn voor iedereen die mensen met overgewicht adviseert, dus ook voor hart- en vaatverpleegkundigen.

Body Mass Index

Als maat voor overgewicht wordt wereldwijd gebruikgemaakt van de Body Mass Index (BMI) (gewicht in kg, gedeeld door het kwadraat van de lengte in m). Bij een BMI van 25 tot en met 29,9 spreekt men van overgewicht en bij een BMI van 30 of meer van obesitas. Hoe hoger de BMI, des te groter is de kans op ziekten ten gevolge van die hoge BMI. Uit het RIVM-rapport 'Ons eten gemeten'⁴ blijkt dat jaarlijks 16.000 gevallen van hart- en vaatziekten aan overgewicht zijn toe te wijzen.

Appels en peren

Het risico van overgewicht is echter niet alleen af te leiden uit de BMI. Ook de vetverdeling in het lichaam dient bij de risicobepaling betrokken te worden. Bij mensen met een appelvormig overgewicht (vooral intra-abdominaal (buik)vet) is het risico op het metabool syndroom veel hoger dan bij mensen met een peervormig overgewicht (subcutaan (heup)vet). Het metabool syndroom is de veelvoorkomende combinatie van dyslipidemie, hypertensie en een gestoorde glucosetofwisseling. De vetverdeling in het lichaam en het bijbehorende risico voor de gezondheid kan bepaald worden door een meting van de tailleomtrek (zie tabel 1). Dit geldt vooral bij mensen met een BMI tussen de 25 en 35.

Indicaties voor behandeling

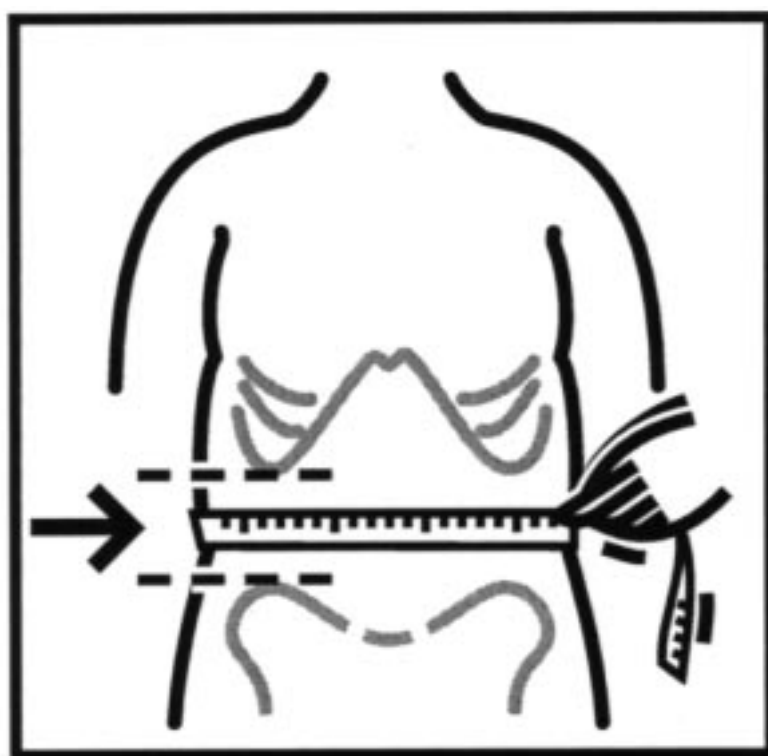
Behandeling van overgewicht is noodzakelijk bij een BMI van 30 of meer, maar ook bij een BMI van 25 tot en met 29,9, waarbij tegelijk sprake is van een (sterk) verhoogd risico door een ongunstige vetverdeling. Behandeling is tevens geïndiceerd bij mensen met een BMI tussen de

25 en 29,9 die twee of meer andere risicofactoren hebben (zie kader 1). Deze basisafweging in de behandeling van overgewicht is overzichtelijk terug te vinden op de Behandelkaart Overgewicht. De kaart geeft verder weer welke stappen er

nog meer ondernomen moeten worden in evaluatie en behandeling van overgewicht. De kaart vormt ook een goed aanknopingspunt om met verschillende disciplines afspraken te maken over de behandeling van overgewicht.

Geslacht	Verhoogd risico	Sterk verhoogd risico
vrouwen	80-88 cm	> 88 cm
mannen	94-102 cm	> 102 cm

Tabel 1. De tailleomtrek is een indicator voor een (sterk) verhoogd risico op hart- en vaatziekten



Figuur 1. De taille-/middelomtrek wordt gemeten op het smalste deel van het middel tussen de onderste rib en de bovenkant van het heupbeen (bekkenkam).

Kader 1: Risicoanalyse

Deze risicoanalyse schat de kans op het ontwikkelen van aan overgewicht gerelateerde klachten, waaronder hart- en vaatziekten en het metabool-syndroom.

Bij een BMI van 30 of hoger is behandeling van overgewicht altijd geïndiceerd. Bij een BMI tussen 25 en 29,9 is behandeling geïndiceerd, als er tevens sprake is van:

- vergrote tailleomtrek; en/of:
- twee of meer van de volgende risicofactoren:
 - roken;
 - positieve familieanamnese voor overgewicht, diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten op jonge leeftijd;
 - hypertensie;
 - diabetes mellitus type 2, gestoorde glucosetolerantie of gestoorde nuchtere glucosewaarde;
 - andere aan overgewicht gerelateerde klachten, zoals obstructief slaap-apneusyndroom, artrose, lage rugklachten, jicht en menstruatiestoornissen.

Motivatie

Hulpverleners kunnen de behandeling van het overgewicht noodzakelijk vinden, maar het succes van de behandeling valt of staat met de motivatie van de patiënt. Is die motivatie er niet, dan kunnen beter de door het overgewicht optredende gezondheidsklachten behandeld worden.⁷ En de patiënt moet dan het advies krijgen het gewicht niet verder te laten stijgen. Bij patiënten die wel iets aan hun gewicht willen gaan doen, staat in eerste instantie het streven naar een gewichtsdeling van 5 tot 10 procent voorop. Uit onderzoek blijkt namelijk dat deze gewichtsdeling al tot een belangrijke daling van risicofactoren leidt. Zowel systolische als diastolische bloeddruk dalen en het lipidenpatroon verbetert: het totaal cholesterol daalt met 10 procent, LDL-cholesterol met 15 procent en triglyceriden met 30 procent. Tegelijkertijd treedt er door deze relatief geringe gewichtsdeling een stijging op van het HDL-cholesterol van 8 procent en is er sprake van een verbetering van de glucoseregulatie en de insulinegevoeligheid.^{1-3,5,6} Specialisten en huisartsen vervullen bij het begeleiden van patiënten met overgewicht uiteraard een belangrijke motive-

rende rol. Uit onderzoek blijkt echter dat een behandeling in een multidisciplinaire setting de meeste kans van slagen heeft en dat vooral langdurige behandeling tot blijvende resultaten leidt. Bij mensen met hart- en vaatziekten en overgewicht is daarom ook een belangrijke taak weggelegd voor de hart- en vaatverpleegkundige in samenwerking met diëtist, arts en eventueel psycholoog. Denk hierbij aan het bevorderen van de motivatie, uitleg over gezondheidsrisico's en de voordelen van een lager gewicht en het uitvoeren van gewichtscontroles.

Behandeling

De behandeling van overgewicht is in de meeste gevallen gericht op een matige gewichtsreductie van 5 tot 10 procent van het gewicht, het handhaven van die gewichtsreductie en het behandelen van de eventueel medeoptredende gezondheidsproblemen. De belangrijkste onderdelen zijn een voedingsadvies, een bewegingsadvies en gedragsadviezen. Voor

Kader 2: Behandelkaart Overgewicht

De Behandelkaart Overgewicht is een praktisch en overzichtelijk hulpmiddel voor iedereen die in de praktijk te maken heeft met mensen met overgewicht. De kaart bestaat uit het volledige beslissingsdiagram en veel relevante achtergrondinformatie. Het stroomdiagram is ontwikkeld door dr. Zelissen en prof. dr. Mathus-Vliegen. Het Campina Institute maakte de uitgave van deze kaart mogelijk. U kunt deze kaart geheel gratis op de volgende manieren in bezit krijgen:

- Stuur een e-mail, met naam, adres, woonplaats, functie en organisatie waar u voor werkt naar institute@campina.com.
- Bezoek de website www.campina-institute.nl en vul onder het kopje 'contact' een bestelformulier in.
- Stuur een briefje met naam, adres, woonplaats, functie en organisatie waar u voor werkt, naar Campina Institute, Antwoordnummer 3310, 3440 ZB Woerden (geen postzegel nodig).

U krijgt de kaart dan thuisgestuurd, vergezeld van het in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde verschenen artikel over een voorstel voor een behandelrichtlijn.

sommige patiënten zijn aanvullende behandelvormen noodzakelijk. Zo kunnen, bij onvoldoende resultaten, medicijnen soms uitkomst bieden. De in Nederland voor dit doeleinde geregistreerde medicatie is Orlistat en Sibutramine. Deze middelen zijn echter altijd ondersteunend en nooit genezend. Behalve medicatie kunnen ook chirurgische ingrepen zoals maagverkleiningen worden toegepast. Deze ingrepen worden alleen gedaan na een uitgebreide screening en indien er sprake is van zeer ernstige obesitas.

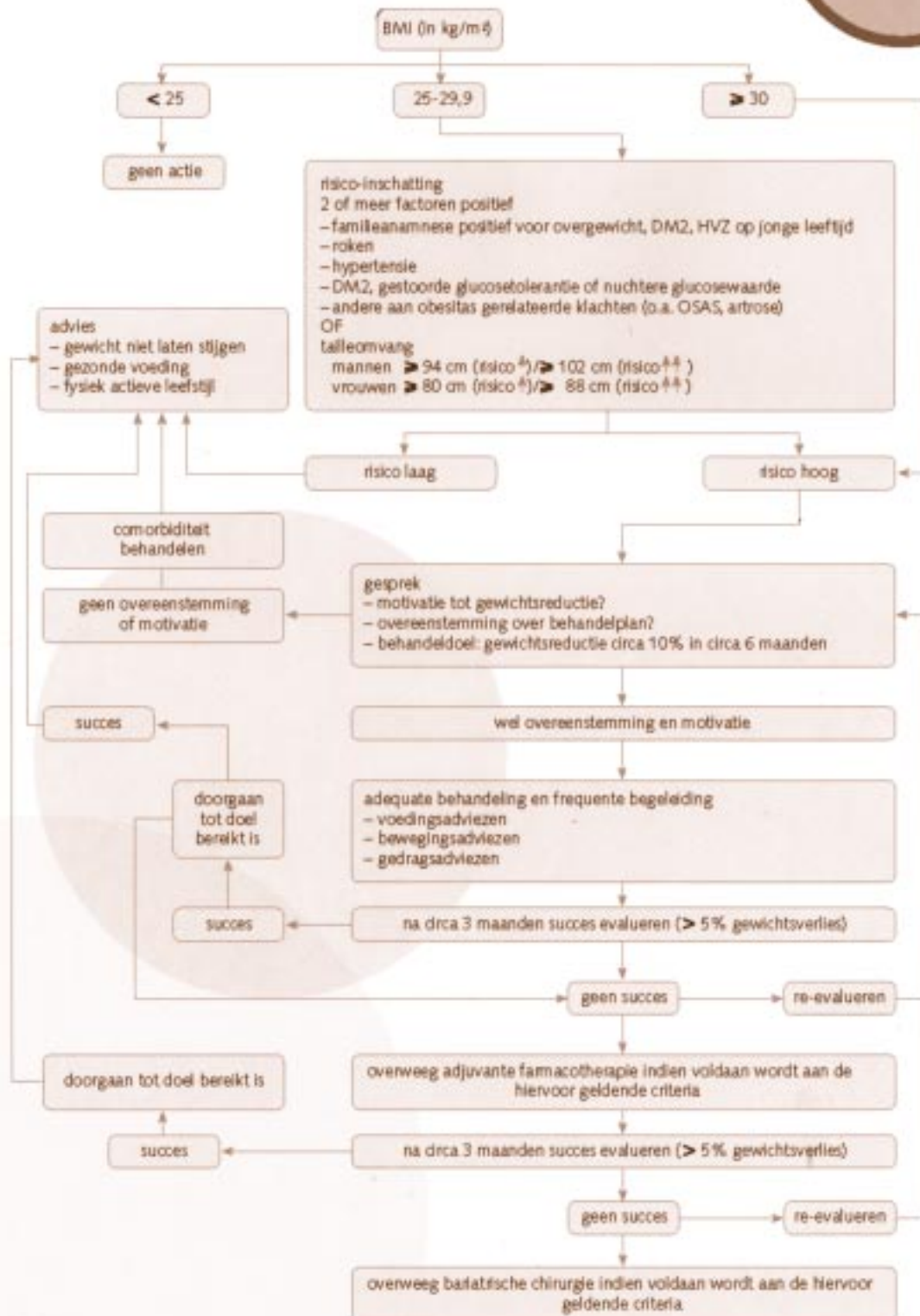
Behandelkaart Overgewicht

Om de nadelige gevolgen van overgewicht zo veel mogelijk te voorkomen, is het nodig mensen regelmatig te screenen op overgewicht en ze te wijzen op de risico's van overgewicht. Vooral mensen met hart- en vaatziekten hebben veel baat bij het verminderen van het gewicht. Met behulp van het ontwikkelde stroomdiagram is heel duidelijk te zien bij welke mensen het noodzakelijk is tot behandeling van overgewicht over te gaan. De Behandelkaart Overgewicht bevat het volledige stroomdiagram en relevante achtergrondinformatie. Hart- en vaatverpleegkundigen kunnen deze kaart nu gratis aanvragen (zie kader 2).⁸

Literatuur

1. Datillo AM, Kris-Etherton PM. Effects of weight loss on blood lipids and lipoproteins: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1992;56:320-8.
2. Goldstein DJ. Beneficial effects of modest weight loss. *Int J Obes* 1992;16:397-415.
3. Lean MEJ, Powrie JH, Anderson AS, Garthwaite PH. Obesity, weight loss and prognosis in type 2 diabetes. *Diab Med* 1990;7:228-33.
4. RIVM, Ons eten gemeten, RIVM-rapportnummer: 270555007, Bohn, Stafleu Van Loghem, Houten, 2004.
5. Staessen J, Fagard R, Amery A. The relationship between body weight and blood pressure. *J Human Hypertension* 1988;2:207-17.
6. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic – results of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO/NUT/NCD/98.1 1998;1-276.
7. Zelissen P.M.J., Mathus-Vliegen E.M.H., Behandeling van overgewicht en obesitas bij volwassenen: voorstel voor een richtlijn, *Ned Tijdschr Geneesk* 2004, 16 oktober; 148 (42): 2060-2066

Behandelkaart Overgewicht bij volwassenen



DM2 = diabetes mellitus type 2; HVZ = hart- en vaatziekten; OSAS = obstructief slaap-apnoesyndroom; + verhoogd; ++ sterk verhoogd.

Bron: Zelissen P.M.J., Mathus-Vliegen E.M.H. Behandeling van overgewicht en obesitas bij volwassenen: voorstel voor een richtlijn. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2004;148(42):2060-2066.

Behandelkaart Overgewicht bij volwassenen

De Behandelkaart Overgewicht geeft de aanpak van overgewicht en obesitas schematisch weer. Op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek wordt de mate van overgewicht vastgesteld en het risico op de daarmee samenhangende ziekten geschat. Gecombineerd met de motivatie van de patiënt volgt hieruit een eventuele beslissing tot behandeling. De kaart vormt ook een goed aanknopingspunt om met verschillende disciplines afspraken te maken over diagnose, behandeling en behandeldoel van overgewicht en obesitas. Ook de taakverdeling is helder af te stemmen. Meer informatie staat in het NTVG-artikel waarop de Behandelkaart Overgewicht is gebaseerd: Zelissen P.M.J., Mathus-Vliegen E.M.H. Behandeling van overgewicht en obesitas bij volwassenen: voorstel voor een richtlijn. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2004;148(42):2060-2066.

BMI

De Body Mass Index (BMI) is het gewicht in kg gedeeld door het kwadraat van de lengte in m. De BMI afkappunten zijn vastgesteld voor blanken; andere bevolkingsgroepen, zoals Aziaten, lopen bij eenzelfde BMI grotere gezondheidsrisico's.

Tailleomtrek

De tailleomtrek geeft een goede indruk van de hoeveelheid intra-abdominaal vet.

Intra-abdominaal vet geeft meer kans op ziekten dan subcutaan vet.

De taille-/middelomtrek wordt gemeten op het smalste deel van het middel tussen de onderste rib en de bovenkant van het heupbeen (bekenkam).



Risico en motivatie bepalen behandeling

Het stroomdiagram geeft drie verschillende gewichtadviezen. De keuze voor één van deze adviezen wordt bepaald door het risico en de motivatie van de patiënt. Het risico wordt geschat op basis van de parameters in het diagram. De motivatie wordt in een gesprek getoetst.

Gewichtsadvies 1

Niet interveniëren bij

- BMI < 25 kg/m²

Gewichtsadvies 2

Gewicht niet laten toenemen bij

- BMI 25-29,9 kg/m² met laag risico
- BMI 25-29,9 kg/m² met hoog risico, maar zonder motivatie
- BMI ≥ 30 kg/m² zonder motivatie

Gewichtsadvies 3

Circa 10% gewichtsverlies in zes maanden bij

- BMI 25-29,9 kg/m² met hoog risico en goede motivatie
- BMI ≥ 30 kg/m² met motivatie

Gering gewichtsverlies, grote gezondheidswinst

Gewichtsverlies van 5-10% betekent relevante gezondheidswinst want het resulteert in een daling van

- systolische bloeddruk met 10 mm Hg
- diastolische bloeddruk met 20 mm Hg
- totaal cholesterol met 10%
- LDL cholesterol met 15%
- triglyceriden met 30%
- een stijging van HDL met 8%
- en een verbetering van glucoseregulatie
- insuline gevoeligheid

Meer informatie

Gezonde voeding

Het Voedingscentrum (www.voedingscentrum.nl) biedt consument en professional informatie over gezonde voeding.

Actieve leefstijl

De campagne Flash (www.flash123.nl), geïnitieerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, geeft tips aan consument en professional voor een actieve leefstijl.

Het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (www.nisb.nl) is een bron van kennis over sport en bewegen.

Drie pijlers

De behandeling van overgewicht en obesitas rust op drie pijlers:

1. verantwoorde voedingsadviezen
2. verantwoorde beweegadviezen
3. verantwoorde gedragsadviezen

Multidisciplinaire behandeling verdient de voorkeur.

Voor specifieke patiëntengroepen, bijvoorbeeld in geval van ernstige of morbide obesitas, kan een behandeling aanvullend op de genoemde drie pijlers wenselijk zijn.

Multidisciplinair

De (huis)arts is hoofdbehandelaar van overgewicht en obesitas. Het verdient aanbeveling om de patiënt voor medebehandeling te verwijzen naar een diëtist met speciale interesse voor en kennis van overgewicht en obesitas. De (huis)arts wordt ondersteund door de doktersassistent, de praktijkondersteuner, de diabetesverpleegkundige en de hart- en vaatverpleegkundige.

- de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) (www.nvdiest.nl)
- de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) (www.nvda-utrecht.nl)
- de Eerste Associatie van Diabetes Verpleegkundigen (EADV) (www.eadv.nl)
- de Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen (LVW) (www.lvw.nl)
- de Nederlandse Vereniging voor Hart- en Vaat Verpleegkundigen (NVHV) (www.nvhv.nl)

Deze uitgave is mogelijk gemaakt door het Campina Institute. Het Campina Institute biedt informatie en advies aan professionals op wetenschappelijke basis over voeding, zuivel en gezondheid (www.campina-institute.nl) institute@campina.com.

CAMPINA INSTITUTE
voor zuivel en gezondheid

VENTICARE 20 JAAR

Op donderdag 11 en vrijdag 12 mei a.s. wordt in de Utrechtse Jaarbeurs voor de 20ste keer het Venticare-congres gehouden. Door de jaren heen is dit congres uitgegroeid tot een van de grote evenementen voor verpleegkundigen die betrokken zijn bij de acute zorg in het Nederlandse taalgebied.

Zoals ieder jaar is het aanbod erg gevarieerd. Er is ruime aandacht voor de nieuwe reanimatierichtlijnen, de traumapatiënt, neonatologie, kinderen op de IC, oudere patiënten, CVVH, cardiochirurgie, peritonitis, shockbehandelingen en alledaagse lastige problemen op een IC. Ook worden er weer een cursus beademing verzorgd en work-

shops ECG-beoordeling voor beginners en gevorderden. Op vrijdag is er de jaarlijkse reanimatiecompetitie. Daar zal de winnaar van vorig jaar, het team van het Universitair Ziekenhuis Gent, zijn titel verdedigen.

Zoals de laatste jaren gebruikelijk is, heeft de congrescommissie van de NVHVV ook dit jaar weer twee dagen van het programma ingevuld.

Op donderdagochtend zal er uitgebreid ingegaan worden op de circulatie in de cardiologie. Daarin zullen de volgende onderwerpen de revue passeren: pre- en afterload, starling curve, microcirculatie, compensatiemechanismen, meetmethoden, vaso-actieve medicatie en de assist devices. Voor de donderdagmiddag hebben wij de problematiek rond reanimatie op het programma gezet. Er zal worden stilgestaan bij de invoering van de AED en de nieuwe reanimatierichtlijnen. En wat vindt men van familieaanwezigheid bij een reanimatie? Post-reanimatiezorg en tot slot het Brughada-syndroom en acute hartdood bij sporters. Onderwerpen die niet alleen boeiend zijn, maar ook zeer actueel.

De vrijdagochtend is gereserveerd voor stolling. Er is ruim tijd uitgetrokken voor de ingewikkelde materie van de stollingsmechanismen. Daarna komt de antistollingmedicatie aan bod en zal er gesproken worden over trombectomieën op het cath-lab.

Tijdens de middagpauze is er traditiegetrouw de ALV van de NVHVV.

In de middag zal er gekeken worden naar het hartinfarct anno 2006. De taken van de ambulanceverpleegkundige bij de snelle diagnose, hoe gaan wij om met pijn, welke overwegingen maken we als er een oudere patiënt aangeboden

wordt voor primaire interventie en tot slot, welke complicaties komen we nog tegen; dit zijn vragen waar we in deze sessie antwoord op krijgen.

Je ziet, de NVHVV weet ook tijdens dit congres weer een boeiend programma neer te zetten. Mocht je meer willen weten over Venticare dan kun je terecht op www.venticare.nl.

Als lid van de NVHVV krijg je 10% korting op de toegangsprijs, als je je lidnummer op het aanvraagformulier invult.

Bezoek tijdens Venticare ook de NVHVV-stand. Hier vind je het programma van CarVasZ 2006.

Annelies Helsloot,
Lid congrescommissie NVHVV





Continuing Nursing Education Vascular Care (CNE-VC) 2006

Met veel genoegen nodigen wij u uit voor deelname aan de bijscholingscursus CNE-VC, die georganiseerd wordt door de werkgroep Vasculaire Verpleegkundigen van de NVHV en het Internistisch Vasculair Genootschap (IVG). In 2006 zullen drie bijeenkomsten van een hele dag worden aangeboden.



De scholingen zullen plaatsvinden in congrescentrum De Eenhoorn, Koningin Wilhelminalaan 33, 3818 HN Amersfoort, van 9.30 tot 17.00 uur. Met de NS is gezorgd voor een speciaal tarief om per trein naar Amersfoort te kunnen reizen. Voor slechts € 12,00 reist u van elk station in Nederland naar Amersfoort en terug. Het treinkaartje bestelt u bij de organisatie.

Doelgroep:
Verpleegkundigen die de zorg hebben voor patiënten met vasculaire problematiek.

Thema's en data 2006

7 MAART:

Angst en depressie bij cardiovasculaire patiënten

Angst en depressie is een vaak onbesproken onderwerp dat een veel groter probleem is dan wordt gedacht. Angst na het doormaken van een ernstig cardiovasculair event, het niet meer in de hand hebben van het probleem, niet meer geaccepteerd worden door je omgeving en verminderd functioneren in het arbeidsproces. Bij de nascholing wordt dit onderwerp zowel vanuit de psychosociale als somatische invalshoek uitvoerig besproken.

19 MEI:

Motiverende gespreksvoering bij cardiovasculair risicomanagement

In deze scholingsdag worden de nieuwste inzichten over een aantal belangrijke gedragsaspecten van vasculair risicomanagement gecombineerd met vaardigheidstraining in het toepassen van motiverende gesprekstechnieken.

14 SEPTEMBER:

Organisatie van vasculaire zorg

Bij secundaire preventie voor vasculaire patiënten en hoogrisicogroepen wordt de zorg afgestemd op de patiënt. Deze multidisciplinaire zorg vraagt om deskundigheid en kwaliteit van de gespecialiseerde verpleegkundige die hier een centrale rol in speelt. Tijdens deze scholingsdag staat verdere professionalisering van vasculaire zorg en de opzet van een vasculaire polikliniek in uw ziekenhuis centraal.

Inschrijving en kosten

U kunt zich aanmelden via www.nvhv.nl onder het kopje agenda of door een e-mail te sturen naar info@debaar.net

De kosten voor een dag bijscholing zijn:

€ 50,00 voor NVHV-leden
€ 97,50 voor niet-leden.

Dit is inclusief koffie, thee en lunch. Bewijs van deelname wordt na afloop verstrekt.

Informatie

Voor informatie m.b.t. de organisatie en inschrijving kunt u contact opnemen met: de baar advies & organisatie: info@debaar.net

Voor informatie m.b.t. de inhoud, benadert u de cursusleiding:

7/3: Suuske Vasbinder
Sverbee@sint.azm.nl

19/5: Berna Sol
b.sol@azu.nl

14/9: Hella Grandjean P.C.
hgrandjean@alysis.nl

De nascholing wordt mede mogelijk gemaakt dankzij een unrestricted educational grant van:

AstraZeneca