



Cordiaal

Inhoud

- ▶ pagina 148
Verpleegkundige relevantie van het Euro Heart Survey-programma
- ▶ pagina 151
Vraag en antwoord: Een consult van de chirurg Wat ziet u op het electrocardiogram?
- ▶ pagina 153
World Congress of Cardiology 2006
- ▶ pagina 154
Variantieanalyse klinische paden – een eerste verkenning
- ▶ pagina 158
Coronairarterie bypassgraft versus percutane coronaire interventie bij meervatscoronairlijden
- ▶ pagina 161
**Onderzoek...
...de theorie**
- ▶ pagina 162
**Onderzoek...
...en nu de praktijk**
- ▶ pagina 163
De distressed (type-D) persoonlijkheid: een nieuwe risicofactor in hart- en vaatziekten
- ▶ pagina 167
Vraag en antwoord, deel 2
- ▶ pagina 168
CarVasZ 2006 – congresverslag
- ▶ pagina 170
S!gnaal
- ▶ pagina 175
Acute Cardiac Care, 20-24 oktober 2006 te Praag

NVHVV bruist van vitaliteit

CarVasZ-congres

Met een zeer goed gevoel kijk ik terug op ons derde CarVasZ-congres van 10 november in de Reehorst. Ik vond het een enorme eer om voor zo'n volle zaal te mogen staan. Ik weet niet of het 10-jarig bestaan van de NVHVV de reden is geweest voor uw massale opkomst of dat u gewoon geïnteresseerd was in uw vak en kennis wilde opdoen.

Na een succesvol Venticare heeft de werkgroep Congressen zich dit jaar nog meer ingezet om u niet alleen een boeiend en leerzaam programma te bieden, maar ook op een feestelijke happening te trakteren. Zij zijn daarbij geweldig ondersteund door onze congresorganisatie Congress Care. Verderop vindt u een uitgebreid verslag van deze dag.

Nieuwe initiatieven uit 2006

Het was een prachtig jaar met veel positieve veranderingen en voorbereidingen tot veranderingen. Onze eerste studenten hart- en vaatverpleegkunde zijn afgestudeerd aan de Hoge School Utrecht. De tweede groep is inmiddels van start. Ook is het Platform Vitale Vaten van start gegaan. Patiënten en zorgaanbieders werken daarin samen om de preventie van hart- en vaatziekten, ontstaan als gevolg van atherosclerose, te verbeteren. Het doel is om vasculair risicomangement volgens de actuele multidisciplinaire richtlijn aan te bieden aan alle patiënten die in de doelgroep vallen. Verpleegkundigen van de NVHVV zijn hierbij nauw betrokken. Onze leden hebben inmiddels de richtlijn thuis ontvangen. U kunt hem ook downloaden van www.cbo.nl.

Internationaal is dit jaar de Nederlandse inbreng aanzienlijk geweest. Vele hart- en vaatverpleegkundigen hebben hun onderzoek, abstract of poster gepresenteerd tijdens *The 6th Annual Spring Meeting on Cardiovascular Nursing*. Ook in Barcelona op het *World Congress of Cardiology 2006* (zie blz. 153) was verpleegkundig Nederland goed vertegenwoordigd.

1000ste NVHVV-lid

Op CarVasZ hebben we ons 1000^{ste} lid mogen verwelkomen. Maar liefst 52 verpleegkundigen hebben zich die dag aangemeld. Voor 2006 betekent dit weer een stijging van 16 procent. En al onze leden, ook de niet-leden trouwens, kunnen bin-

nenkort op onze website www.nvhvv.nl nog meer informatie vinden en uitwisselen.

Werkgroepen

De werkgroepen Hartfalen en Vasculair hebben een fraai na- en bijscholingsprogramma (CNE) gepresenteerd. De cursusedagen zijn succesvol verlopen en werden als zeer leerzaam ervaren. Hierop aansluitend worden momenteel de eerste stappen gezet in het ontwikkeltraject van een accreditatiesysteem. Een systeem waarin aan na- en bijscholingen, congressen en cursussen met een kwaliteitskeurmerk punten toegekend zullen worden.

De werkgroep Hartrevalidatie heeft op meerdere locaties in Nederland regio-overleg gevoerd. Naast het netwerken zijn hier zijn tal van ideeën uit voortgekomen. De werkgroep Thoraxchirurgie heeft dit jaar een flinke doorstart gemaakt. Er is een netwerk ontstaan tussen verpleegkundigen van een groot aantal thoraxcentra. De werkgroep bevindt zich momenteel in een inventarisatiefase.

De werkgroep Acute Cardiale Zorg heeft indertijd het initiatief genomen tot de NVHVV-enquête. In de volgende Cordiaal presenteren we u de analyses hiervan. Nu is men bezig met een inventarisatie van alle Cardiac Cares in Nederland en wordt er hard gewerkt aan een consensusdocument ten aanzien van kwalitatief goede verpleegkundige zorg op de Cardiac Care. Alle redactieleden, ad interim en blijvend, en in het bijzonder onze hoofdredacteur a.i. Wilma Scholte op Reimer hebben zich het afgelopen jaar met behulp van de redactieraad enorm ingezet om *Cordiaal* te voorzien van kwalitatief goede artikelen, waar wij als verpleegkundigen behoefte aan hebben.

De werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek verzorgde in elke uitgave de rubriek *Onderzoek ... en nu de praktijk*. Op deze wijze maakten zij voor u de vertaalslag.

Cordiaal

Volgend jaar zal *Cordiaal* bij een andere uitgever worden ondergebracht en in een ander jasje worden gestoken. Het tijdschrift is ook dit jaar weer grotendeels door redactieleden (lees NVHVV-leden) gemaakt. Zij steken menig vrij uurtje in ons vakblad. Dit is een van de redenen waarom het bestuur tot het besluit is

gekomen dat het lidmaatschap van de NVHVV een voorwaarde zal worden om Cordiaal te blijven ontvangen.

In feite verandert er voor u als Cordiaal-abonnee niet veel. Uw abonnement zal per 1 januari 2007 worden omgezet in een NVHVV-lidmaatschap. Voor een paar euro per jaar meer kunt u dan gebruikmaken van de vele voordelen en kortingen van het NVHVV-lidmaatschap. Tenzij u dat niet wenst – U kunt hier uiteraard zelf over beslissen. Onlangs hebt u hierover een brief ontvangen.

Last but not least

Namens penningmeester *Mattie Lenzen* kan ik u vertellen dat het ook financieel goed gaat met de vereniging. Met behulp van een aantal sponsors (zie onze website) lukt het ons daarom scholingen te organiseren en projecten te ondersteunen waarvan u kunt profiteren. Zo blijven we werken aan de verdere professionalisering van hart- en vaatverpleegkundigen. Ten slotte wil ik graag *Mechtild Stavenuiter* voor het voetlicht plaatsen. Zij heeft het afgelopen jaar het complete NVHVV-secretariaat voor haar rekening genomen. Begin dit jaar was een aantal onderdelen nog ondergebracht bij het toenmalige servicebureau van de AVVV, maar vanaf 1 februari hebben we alles in eigen beheer gekregen. Zowel administratief als financieel als secretariaat is Mechtild onze steun en toeverlaat. Zij is een van die mensen die je nooit ziet, maar op bescheiden wijze bergen werk verzetten. Bedankt voor je constructieve bijdrage!

Verder wens ik u namens het voltallige NVHVV bestuur heel prettige kerstdagen en een gezond nieuwjaar toe.

Annette Galema-Boers

Voorzitter NVHVV

e-mail: voorzitter@nvhvv.nl

Cordiaal is een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen en verschijnt 5x per jaar.

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; Nienke Bruinsma, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden; Petra Frankhuizen, Erasmus MC, Rotterdam; Titia Rietema, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein; Marianne Tjissen-Humme, Barendrecht; 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
Basisonderwerp: ontwerp bureau Amsterdam

Lay-out: PH&D / Lette Papijlaja

Uitgever:

K. Linden,
Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum

Advertentie-exploitatie

Informatie en tarieven op aanvraag bij Wilma Scholte op Reimer, tel. 010-4635048 of e-mail w.scholteopreimer@erasmus.nl

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,
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

Nederlandse
uitgeversverbond

Groep uitgevers voor
vak en wetenschap

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning... Maar wie zal zij ondersteunen?

Eens in de zoveel jaren zien verpleegkundigen zich geconfronteerd met een nieuwe wet die de praktijk van alledag danig zal beïnvloeden. Meestal doordat bij invoering een periode van onzekerheid en gewenning ontstaat. Maar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), met de ingangsdatum van 1 januari 2007 en waarvan de praktische uitvoering bij de gemeente ligt, zal vrijwel zeker de opnameduur van patiënten ongunstig beïnvloeden. En dat in een tijd waarin de bedden schaars zijn en de zorg onder grote druk staat om meer en betere prestaties te leveren.

Laten we eens kijken naar een volkomen hypothetische, maar reële verpleegsituatie.

"Meneer, u mag naar huis. Fijn, hè! Heeft u thuis voldoende huishoudelijke hulp?"

"Nou zuster, ik zal u zeggen... Mijn dochter woont toch wel een uurtje rijden hiervandaan."

"Geen andere familie? Of een buurvrouw of iemand anders in uw omgeving die u kan helpen?"

"Nee zuster, ik woon weliswaar in een benedenwoning, maar mijn burens werken allemaal."

"Het zijn jonge mensen. Ik heb met hen helemaal geen contact."

"Oh..., eh... nou, dan zal ik een aanvraag voor u gaan doen voor huishoudelijke hulp."

"Even een gemeentelijk indicatieformulier halen. Meneer, ik vul het formulier in en dan"

"maar hopen dat het voor elkaar komt."

"Fijn zuster, dat hoop ik ook. Ik wil graag naar huis. Lekker in mijn vertrouwde omgeving."

"Meneer, in welke gemeente woont u? Oh, in Ik zal eens kijken hoe uw gemeente een en ander heeft geregeld. Misschien dat uw dochter even langs het loket in het gemeentehuis"

"kan gaan. Dan gaat het wellicht sneller. Maar u weet zeker dat u geen hulp heeft? Wij willen u namelijk voor het weekend ontslaan."

"Het spijt mij zuster, ik kan er echt niets aan doen. Maar het lukt gewoon niet met de"

"zware boodschappen en stofzuigen... Ja, dan ben ik hier waarschijnlijk met een paar"

"dagen weer terug. Maar als het niet anders kan, misschien moet ik dan toch..."

En zo is het gevolg van dit gesprek dat de patiënt zich machteloos voelt en de verpleegkundige ook. Een situatie waar niemand bij gebaat is. De patiënt zal in ieder geval tot na het weekend blijven. Immers, wie stuurt een patiënt in deze situatie naar huis?

De WMO is een nieuwe wet, die – in stappen – de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet Voorzieningen Gehandicapten en de Welzijnswet gaat vervangen.

Het uitgangspunt van de WMO is dat iedereen in eerste instantie verantwoordelijk is voor zichzelf en zijn familie. Het kabinet wil de vrijwillige inzet en informele zorg

beter verankeren in de Nederlandse samenleving.

Een ander doel is dat iedereen kan of gaat deelnemen aan de samenleving. Dat is echter niet voor iedereen vanzelfsprekend en daar gaat de wet aan voorbij. Oud zijn, een handicap hebben, een chronische aandoening zoals hartfalen, het zijn allemaal om-

standigheden die beperkingen met zich mee kunnen brengen waardoor volop functio-

neren in de maatschappij niet mogelijk is.

Elke gemeente mag zelf bepalen hoe zij maatschappelijke ondersteuning organiseert en

mag zelf keuzes maken met betrekking tot de inhoud. Want, zo is de redenering, de

gemeente kan de dienstverlening beter aanpassen aan iemands persoonlijke omstandig-

heden, al ontstaan er nu al wachttijden van jaren bij een aanvraag voor aanpassingen

in huis of een elektrische rolstoel vanuit een andere gemeentelijk voorzieningenbeleid.

Een heikel punt is dat er nieuwe gemeenteraden zijn geïnstalleerd, die pas een half jaar

echt aan het werk zijn. Veel raadsleden, maar ook wethouders hebben geen of weinig

ervaring. En zeker op het terrein van de gezondheidszorg bestaat een kennishiaat. Dus de

kans is groot dat het straks verschil maakt in welke gemeente iemand een infarct krijgt!

Wat kunnen wij doen om de nieuwe WMO op een patiëntvriendelijke manier invulling

te geven? Niet veel. Wellicht kan de enkeling die actief is binnen de lokale politiek echt

invloed uitoefenen. En verder? Verder houden wij een héél grote vinger aan de pols.

In ieder geval de beste wensen voor 2007.

Marianne Tjissen-Humme

NVHV SPONSOREN:

CAMPINA INSTITUTE
voor zuivel en gezondheid



Verpleegkundige relevantie van het Euro Heart Survey-programma

Robby Nieuwlaat, wetenschappelijk onderzoeker, afdeling Cardiologie, Academisch ziekenhuis Maastricht, Maastricht

Mattie Lenzen, verpleegkundige, epidemioloog, afdeling Cardiologie, Erasmus MC, Rotterdam

Chris Jansen, onderzoekscoördinator, afdeling Cardiologie, Erasmus MC, Rotterdam

Wilma Scholte op Reimer, verpleegkundige, epidemioloog, afdeling Cardiologie, Erasmus MC, Rotterdam
E-mail: m.lenzen@erasmusmc.nl

In dit artikel wordt ingegaan op het Euro Heart Survey (EHS) programma en de relevantie hiervan voor verpleegkundigen. Centraal bij het EHS-programma staat het evalueren van richtlijnen in de dagelijkse praktijk, de generaliseerbaarheid van gerandomiseerde klinische studies en de invloed van het volgen van richtlijnen op patiëntenuitkomsten. Deze survey heeft laten zien dat diagnostiek en behandeling veelal in overeenstemming met de richtlijnen zijn, maar dat er nog volop ruimte is voor verbetering. Bij deze verbeteringen kunnen verpleegkundigen een belangrijke rol spelen.

Introductie

Cardiovasculaire ziektebeelden worden in de meeste Europese landen gekenmerkt door een hoge morbiditeit en mortaliteit.^{1,2} De mogelijkheden voor preventie, diagnostiek en behandeling van patiënten met een cardiovasculaire ziekte zijn de afgelopen decennia sterk verbeterd. Om cardiologen en andere hulpverleners in de dagelijkse praktijk bij hun besluitvorming te ondersteunen zijn richtlijnen ontwikkeld. Deze zijn hoofdzakelijk gebaseerd op een combinatie van pathofysiologische inzichten, wetenschappelijke bewijsvoering en klinische expertise van deskundigen.^{3,4} Hoewel professionals in de gezondheidszorg en andere hulpverleners gestimuleerd worden om deze richtlijnen in hun praktijk toe te passen, kunnen er tal van redenen zijn waarom patiënten niet volgens richtlijnen behandeld worden. Denk hierbij aan onvoldoende bekendheid met de richtlijnen, twijfel over de juistheid van een richtlijn, onvoldoende middelen, wachtlijsten, maar ook het bewust afwijken van de richtlijnen omdat dit bij

een individuele patiënt juist verstandig kan zijn.

Naast het ontwikkelen van richtlijnen worden door organisaties zoals de *European Society of Cardiology* (ESC) en nationale beroepsverenigingen activiteiten ontplooid, zoals scholingsprogramma's en congressen, om de implementatie van richtlijnen te bevorderen. Om te kunnen vaststellen in hoeverre richtlijnen in de klinische praktijk gevolgd worden, heeft de ESC in 1999 het EHS-programma gestart. De belangrijkste onderzoeksvragen hierbij waren:

1. In hoeverre worden patiënten in de klinische praktijk behandeld volgens de richtlijnen?
2. Zijn de resultaten van de grote klinische trials generaliseerbaar naar de algemene praktijk?
3. In hoeverre heeft het al of niet volgen van richtlijnen invloed op de prognose van patiënten?

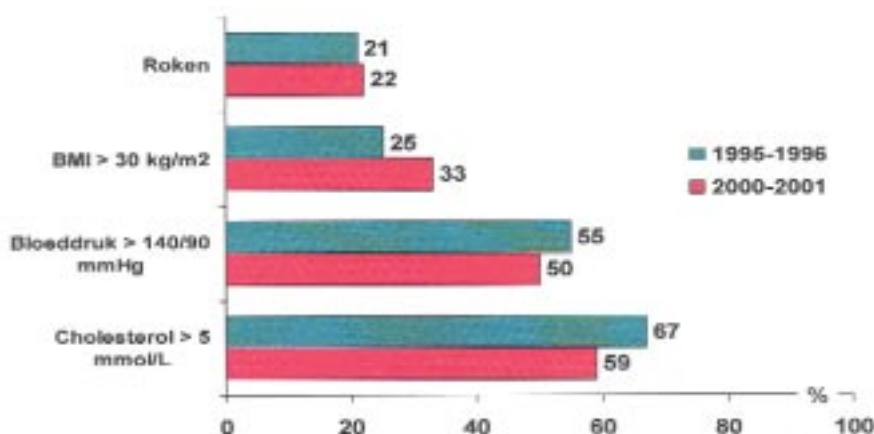
De Nederlandse Hartstichting (NHS) erkende het belang van dit initiatief en startte in december 2000 het NHS-Zorg-

programma als onderdeel van het EHS-programma. Hierdoor werd het Nederlandse aandeel in het EHS-programma aanzienlijk versterkt. Dit werd vooral duidelijk door de forse toename van het aantal deelnemende ziekenhuizen in Nederland, het grote aantal geïncludeerde patiënten, langere follow-up duur en het toevoegen van twee survey's (cerebrovasculaire accidenten en perifeer vaatlijden) aan het programma.

Hoewel het EHS-programma zich voornamelijk richt op de toepassing en toepasbaarheid van medische richtlijnen, zijn de resultaten van dit onderzoeksprogramma ook van belang voor de verpleegkundige praktijk. In dit artikel gaan we hier nader op in.

Methode

Tussen 1999 en 2007 zijn 14 surveys uitgevoerd, te weten: secundaire preventie, hartfalen-I, acute coronaire syndromen-I, klepaandoeningen, coronaire revascularisatie, stabiele angina pectoris, cerebrovasculaire accidenten (CVA), diabetes (bij patiënten met een ischemische hartziekte), aangeboren hartafwijkingen (onder volwassenen), atriumfibrilleren (AF), acute coronaire syndromen-II, Hartfalen-II, Perifeer vaatlijden en Percutane coronaire interventies. Het aantal deelnemende ziekenhuizen is in deze periode toegenomen van 47, verspreid over 15 landen, naar meer dan 150 ziekenhuizen in 37 landen, en er zijn inmiddels meer dan 100.000 patiënten geïncludeerd. De dataverzameling, inclusief 1-jaarsfollow-up, wordt in de meeste ziekenhuizen verzorgd door gekwalificeerde verpleegkundigen (Data Collecting Officers), die de benodigde gegevens van opeenvolgende patiënten na verkregen informed consent via inter-



Figuur 1. Leefstijl- en risicofactoren (vergelijking tussen EuroAspire-I en EuroAspire-II)

net naar een centrale databank zonden. In dit artikel worden de resultaten en hun verpleegkundige relevantie van vijf surveys gepresenteerd, namelijk secundaire preventie, hartfalen-I, acute coronaire syndromen-I, atriumfibrilleren en diabetes.

Bevindingen

De survey naar secundaire preventie (EuroAspire-II) heeft laten zien dat veel patiënten er een ongezonde leefstijl op nahouden, dat er veelal sprake is van beïnvloedbare risicofactoren (figuur 1) en dat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van leefstijlinterventies en het voorschrijven van bewezen effectieve medicatie.⁵ De Joint European Societies Guidelines on CVD prevention heeft hiervoor duidelijke richtlijnen opgesteld.⁶ Verpleegkundigen kunnen bij het beïnvloeden van risicovol gedrag (roken, ongezond eetpatroon, weinig lichaamsbeweging) en medicamenteuze interventies een belangrijke rol spelen. Door verpleegkundigen geleide secundaire preventiepoli's, zoals die momenteel worden onderzocht in het ESC EuroAction-programma, zijn hiervan een mooi voor-

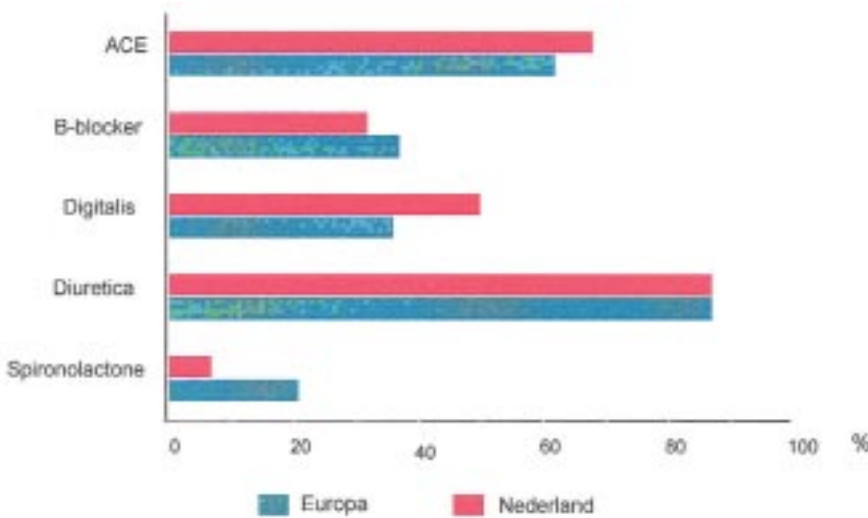
beeld. Voorlopige resultaten van dit programma laten zien dat verpleegkundigen erin slagen om een aantal risicofactoren positief te beïnvloeden. In navolging op EuroAspire-II heeft ook de survey naar hartfalen ondergebruik van evidence-based (bewezen effectieve) medicatie laten zien (figuur 2): zowel de toepassing als dosering bleven achter bij de richtlijnen.⁷ Ook bij deze groep patiënten kunnen verpleegkundigen een zinvolle bijdrage leveren aan het optimaliseren van de behandeling. Denk hierbij naast het titreren van medicatie volgens de richtlijnen ook aan het verstrekken van educatie en informatie (belang van dagelijks wegen, wanneer waarschuwen, enzovoort). Ook de survey naar acute coronaire syndromen heeft een discrepantie tussen richtlijnen en dagelijkse praktijk laten zien.⁸ Zo blijkt de tijd tussen aankomst in het ziekenhuis en start van een trombolytische behandeling 59 minuten te bedragen. Hier moet dan nog de gemiddelde vertraging van 176 minuten tussen het begin van de klachten en aankomst in het ziekenhuis bij worden opgeteld, hetgeen resul-

teert in een gemiddelde behandelvertraging van bijna 4 uur. De start van een trombolytische behandeling door ambulanceverpleegkundigen heeft al enige tijd geleden laten zien dat 47 minuten winst behaald kan worden in het vervroegen van de start van de behandeling.⁹ Opgemerkt dient te worden dat in Nederland de primaire percutane coronaire interventie inmiddels de eerste keuze is bij de behandeling van het acute myocardinfarct. Momenteel wordt echter de rol van een trombolytische behandeling bij patiënten met een CVA steeds belangrijker. Met name hier kunnen verpleegkundigen een belangrijke signalerende rol vervullen bij het zo vroeg mogelijk herkennen van een CVA en het verkorten van de behandelvertraging. De EHS-atriumfibrilleren laat eveneens zien dat de toepassing van richtlijnen bij patiënten met AF voor verbetering vatbaar is¹⁰, voornamelijk met betrekking tot orale anticoagulantia (OAC). Zo bleek dat een aanzienlijke groep patiënten mét een indicatie voor OAC niet, terwijl patiënten zonder indicatie voor een behandeling wél met OAC behandeld werden.

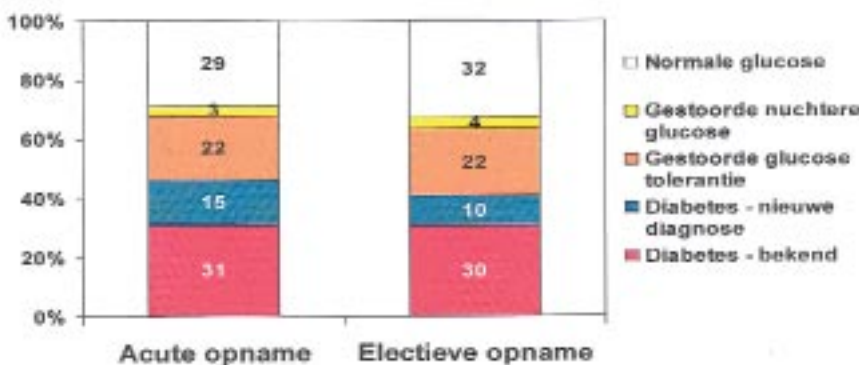
Gelijktijdig dient te worden opgemerkt dat 86% van de onderzoekspopulatie minimaal één risicofactor had voor een CVA. De inschatting dat verpleegkundigen ook hier een zinvolle bijdrage kunnen leveren, heeft bijvoorbeeld in het Academisch Ziekenhuis Maastricht en het Martini Ziekenhuis in Groningen geresulteerd in het opzetten van een door verpleegkundigen gecoördineerde polikliniek atriumfibrilleren. Tot slot willen we wijzen op het grote aantal patiënten met een ischemische hartziekte, dat een gestoorde glucosehuishouding, diabetes of een verminderde glucosetolerantie heeft (figuur 3).¹¹ Diagnostische onderzoeken (nuchtere glucose en/of OGTT) bleken bij een aanzienlijk deel van de patiënten niet volgens richtlijnen te worden verricht. Het vroegtijdig herkennen van een gestoorde glucosehuishouding kan resulteren in het eerder normaliseren van glucosespiegels bij patiënten met diabetes, maar ook in het voorkomen of uitstellen van de overgang van verminderde glucosetolerantie naar diabetes. Verpleegkundigen kunnen ook hier een belangrijke signalerende functie vervullen, inclusief het titreren van insuline bij patiënten met diabetes.

Conclusie

We willen afsluiten met de opmerking dat het EHS-programma een veelheid aan



Figuur 2. Medicamenteuze behandeling (EHS-hartfalen)



Figuur 3. Glucose regulatie bij patiënten met een ischemische hartziekte

informatie heeft opgeleverd wat betreft de behandeling van cardiovasculaire ziekten in de dagelijkse praktijk. Hoewel we ons realiseren dat we slechts enkele aspecten in dit artikel hebben besproken, hopen we u hiermee enig inzicht te hebben gegeven in het omvangrijke EHS-programma. Ook verpleegkundigen kunnen op basis van deze gegevens een zinvolle bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg aan patiënten met een cardiovasculaire ziekte. ☺

Literatuur

1. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *Eur Heart J.* 1997;18: 1231-48.
2. Scholte op Reimer WJM, Gitt A, Boersma E, Simoons ML (eds.). Cardiovascular Diseases in Europe. Euro Heart Survey and National Registries of Cardiovascular Diseases and Patient Management. Sophia Antipolis: European Society of Cardiology. 2004.
3. Schwartz PJ, Breithardt G, Howard AJ, Julian DG, Rehnqvist Ahlberg N. Task Force Report: The legal implications of medical guidelines - a Task Force of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 1999;20:1152-7.
4. Bassand JP, Ryden L. Guidelines: making the headlines or confined to the sidelines? *Eur Heart J.* 1999;20:1149-51.
5. The EUROASPIRE II group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J.* 2001;22:554-72.
6. Backer G de, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, Ebrahim S, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Cats VM, Orth-Gomer K, Perk J, Pyorala K, Rodicio JL, Sans S, Sansoy V, Sechtem U, Silber S, Thomsen T, Wood D. European guidelines on cardiovascular disease and prevention in clinical practice. *Atherosclerosis.* 2003;171:145-55.
7. Lenzen MJ, Boersma E, Scholte op Reimer WJM, Balk AHMM, Komajda M, Swedberg K, Follath F, Jimenez-Navarro M, Simoons ML, Cleland JGF. Under-utilization of evidence-based drug treatment in patients with heart failure is only partly explained by dissimilarity to patients enrolled in landmark trials. A report from the Euro Heart-Failure Survey. *Eur Heart J.* 2005;26: 2706-13.
8. Lenzen MJ, Boersma E, Bertrand ME, Maier W, Moris C, Piscione F, Sechtem U, Stahle E, Widimsky P, Jaegere P de, Scholte op Reimer WJM, Mercado N, Wijns W. Management and outcome of patients with established coronary artery disease: the Euro Heart Survey on coronary revascularization. *Eur Heart J.* 2005;26:1169-79.
9. Bouten MJ, Simoons ML, Hartman JA, van Miltenburg AJ, van der Does E, Pool J. Prehospital thrombolysis with alteplase (rt-PA) in acute myocardial infarction. *Eur Heart J.* 1992;13:925-31.
10. Nieuwlaat R, Capucci A, Gamm J, Olsson S, Andresen D, Davies D, Cobbe S, Breithardt G, Le Heuzey JY, Prins M, Lévy S, Crijs H. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC Member Countries The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur Heart J.* 2005;26:2422-34.
11. Bartnik M, Ryden L, Ferrari R, Malmberg K, Pyorala K, Simoons M, Standl E, Soler-Soler J, Ohrvik J. The prevalence of abnormal glucose regulation in patients with coronary artery disease across Europe. The Euro Heart Survey on diabetes and the heart. *Eur Heart J.* 2004;25:1880-90.

Agenda

13-14 december 2006

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

16-17 december 2006, met terugkomdag op 9 februari 2007

Cursus 'Psychosociale begeleiding van hart- en vaatpatiënten en hun familie door verpleegkundigen' Hartenark, Bilthoven www.hartstichting.nl/zorgverleners/

2007

Voeding en leefstijl als medicijn. Type-2 diabetes op steeds jongere leeftijd. Avondcursus geïnitieerd door de Eerste Associatie van Diabetes Verpleegkundigen (EADV) en Campina, en ondersteund door o.a. de NVHVV. 16 jan., Dorint Sofitel Cocagne, Eindhoven

6 februari, Schouwburg Ogterop, Meppel
 8 maart, Hilton, Rotterdam
 16 april, NH Hotel, Utrecht [www.pitactief.nl/scholing/voedingleefstijlmedicijn.htm](http://www.pitactief.nl/scholing/voedingleefstijlmedicijn/voedingleefstijlmedicijn.htm)

Cursus 'Psychosociale begeleiding van hart- en vaatpatiënten en hun familie door verpleegkundigen'
 15-16 februari, terugkomdag 30 maart
 19-20 april, terugkomdag 8 juni
 14-15 juni, terugkomdag 21 september
 27-28 september, terugkomdag 9 november
 15-16 november, terugkomdag 25 januari 2008
 Hartenark, Bilthoven www.hartstichting.nl/zorgverleners/n.kreuger@hartstichting.nl

1, 2 en 3 februari

The 26th annual scientific meeting of the Belgian Society of Cardiology, met veel aandacht voor verpleging Conrad Hotel, Brussel, België www.bscardio.be

23-24 maart

The 7th Annual Spring Meeting of the ESC Council of Cardiovascular Nurses and Allied Professions 'Changing practice to improve care' Manchester, Engeland www.escardio.org/bodies/WG/meetings/wg24_meet2006.htm

19-21 april

EuroPrevent. The annual congress of the ESC European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation Madrid, Spanje www.escardio.org/congresses/Europrevent

31 mei & 1 juni

Venticare. Hét congres voor de acute zorg. Inclusief tweedaags NVHVV-programma Jaarbeurs, Utrecht www.venticare.nl

Een consult van de chirurg

Wat ziet u op het elektrocardiogram?

Cyril Camaro, aios Cardiologie,
hartcentrum / cardiologie huispost 670,
UMC St Radboud, Nijmegen
E-mail: C.Camaro@cardio.umcn.nl

In dit artikel treft u een casus en een ECG aan. Na lezing van de casus en bestudering van het ECG stelt de auteur u vijf vragen, waarvan u de antwoorden op blz. 167 van dit nummer van Cordiaal vindt.

Vragen

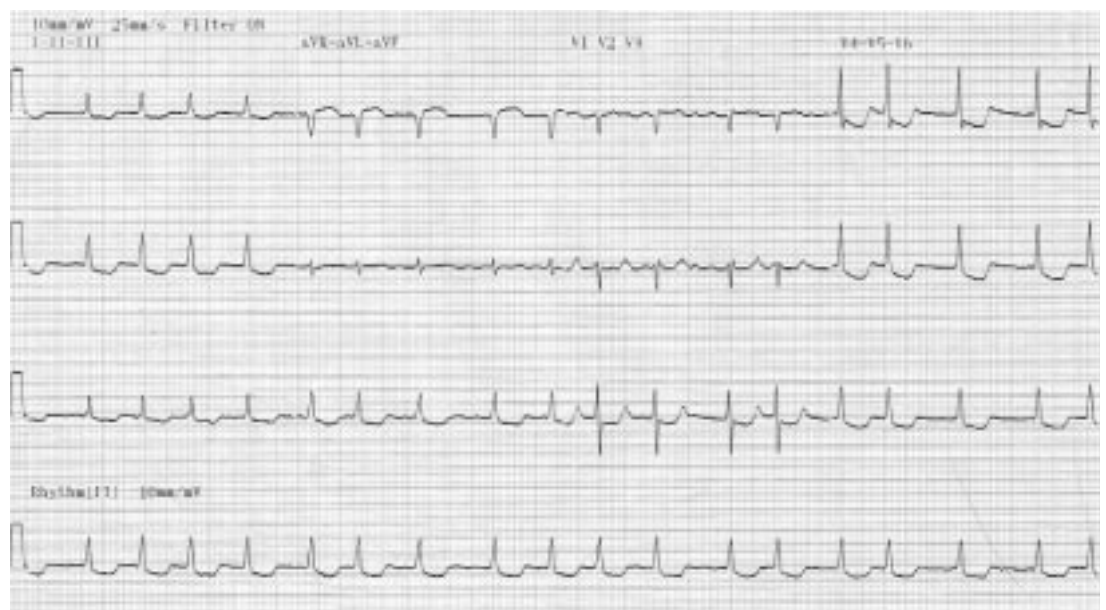
1. Wat ziet u op het elektrocardiogram (ECG)? Beschrijf het ECG systematisch.
2. Een van de genoemde medicijnen veroorzaakt de afwijkingen op het ECG. Weet u welke?
3. Waarom is het van belang om de nierfunctie en het kaliumgehalte te weten?
4. Wat is uw diagnose aan de hand van het verhaal en het ECG?
5. Had u deze patiënt laten opereren?

Casus:

Een 72-jarige man moet vanwege perifeer vaatlijden worden geopereerd. Het betreft een grote operatie met algehele anesthesie. De vaatchirurg vraagt de cardioloog preoperatief in consult vanwege de cardiale voorgeschiedenis (congestieve cardiomyopathie en boezemfibrilleren) en een afwijkend elektrocardiogram. Op het spreekuur heeft patiënt behoudens claudicatioklachten geen cardiale klachten. In het bijzonder geen borstpijn, geen palpitaties en geen recente syncope.

Hij vertelt dat hij recent ook de longarts heeft bezocht vanwege controle bij zijn obstructief longlijden. Aan medicatie gebruikt patiënt bisoprolol 10 mg, lanoxin 0,25 mg, acenocoumarol volgens voorschrift, lasix 40 mg, selektine 40 mg en longinhalatiemedicatie (ventolin zonodig en spiriva). Bij lichamelijk onderzoek is patiënt niet ziek, compos mentis. De bloeddruk is 166/90 mmHg, de hartfrequentie irregulair 110/min. De temperatuur is 36,9 graden Celsius. De halsvenen zijn verder niet gestuwd en over het hart worden zowel zachte, wisselend regulaire als irregulaire tonen gehoord zonder soufflés; over beide longen verminderd ademgeruis met iets verlengd piepende uitademing. Aan de extremiteiten geen oedemen. Vanwege de tachycardie wordt sinus carotis massage toegepast, maar dit resulteert niet in een verandering van het ritme.

De cardioloog vraagt laboratoriumonderzoek aan (onder andere het ureum-, kreatinine- en kaliumgehalte) en gaat akkoord met de voorgenomen ingreep van de chirurg. Nadat ook de internist en de longarts door de chirurg zijn geconsulteerd, wordt patiënt een week later geopereerd.



Figuur 1.

ADVERTENTIE
CAMPINA MILNER

World Congress of Cardiology 2006

Petra Frankhuizen, ICC-verpleegkundige,
Erasmus MC, Rotterdam
E-mail: n.frankhuizen@erasmusmc.nl



Het jaarlijkse congres van de European Society of Cardiology (ESC) vond van 2 t/m 6 september plaats in Barcelona. Een noviteit was dat het congres samen met de World Heart Federation (WHF) was georganiseerd en daarom het World Congress of Cardiology genoemd kon worden. Net als voorgaande jaren was er een uitgebreid programma met aandacht voor de meeste deelgebieden binnen de cardiologie. Door de samenwerking met de WHF was er ook aandacht voor wereldproblematiek, zoals verschillen in gezondheidszorgsystemen. Ook voor de verpleging was er veel interessants te beluisteren. De ESC Working Group on Cardiovascular Nursing wist een uitgebreid programma neer te zetten en kondigde aan dat ze voortaan als ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions door het leven zal gaan.

Verpleegkundige hoogtepunten

EuroAction is succesvol

EuroAction is een Europees onderzoeksproject dat nagaat of 'nurse-led cardiovascular prevention' vanuit een ziekenhuispoli of huisartsenpraktijk het cardiovasculaire risicoprofiel verbetert van hart- en vaatpatiënten en mensen met een verhoogd risico op hart- en vaataandoeningen. In zowel het ziekenhuis als de huisartsenpraktijk is de verpleegkundige verantwoordelijk voor een goede cardiovasculaire screening en het inzetten en coördineren van de nodige multidisciplinaire zorg. Daarbij worden vooral interventies voor verbetering van leefstijl ingezet en is er aandacht voor het optimaliseren van medicatie en therapietrouw.

EuroAction is het grootste gerandomiseerde interventieonderzoek op dit gebied en presenteerde in Barcelona haar succes. EuroAction laat zien dat door verpleegkundigen gecoördineerde cardiovasculaire preventie succesvol is, zowel in het ziekenhuis als in de huisartspraktijk. Roken blijkt ook hier weer het hardnekkigste probleem te zijn, maar lichaamsgewicht, voeding, lichamelijke inspanning, bloeddruk en cholesterol blijken door de preventie gunstig te worden beïnvloed. Uniek aan dit project is dat de deelnemende ziekenhuizen en huisartsenpraktijken reguliere, drukbezette instellingen zijn, die laten zien dat multidisciplinaire zorg met goede coördinatie van beschikbare hulpverleners en middelen een beter resultaat geeft.

Verpleegkundige sessies

Op het programma stonden maar liefst negen verpleegkundige sessies en vijf andere sessies die mede door en voor verpleegkundigen waren georganiseerd. Thema's waren familie, seksuele problemen, ouderen, therapietrouw, succesvolle

'nurse-led' interventies, acute cardiologie en cardiovasculaire preventie.

Veel aandacht kreeg de presentatie van Nayyar Naqvi (Londen) over de succesvolle 'nurse-led rapid chest-pain clinic (RACPC's)'. Patiënten met klachten die kunnen duiden op angina pectoris, worden in deze klinieken opgevangen door speciaal getrainde, ervaren CCU-verpleegkundigen. Die nemen op protocolgestuurde wijze een anamnese af, doen lichamelijk onderzoek en regelen waar nodig diagnostisch onderzoek als echo of inspanningstest. Alles gebeurt op één dag en de patiënt hoort aan het einde van de dag wat de diagnose is en hoe het verdere beleid zal zijn. Deze verpleegkundigen bleken heel goed in staat om diagnoses te stellen. Als belangrijkste succesfactor noemde Naqvi de uitgebreide training 'on the job'.

Nederland goed vertegenwoordigd

Tiny Jaarsma (Groningen) toonde dat seksuele problemen bij hartfalenpatiënten meer voorkomen dan we vaak denken en gaf suggesties voor het bespreekbaar maken ervan. Marie Louise Luttkik (Groningen) liet de omvangrijke rol van partners in de zorg voor hartfalenpatiënten zien en gaf aan welke problemen deze partners daarbij ervaren. Wilma Scholte op Reimer (Rotterdam) presenteerde Europese cijfers over hart- en vaatziekten en de betekenis ervan voor hart- en vaatverpleegkundigen. Ook besprak zij resultaten van de Basel Nurses' Cohort, waaruit blijkt dat verpleegkundigen slecht op de hoogte zijn van hun eigen cardiovasculaire risicofactoren. Petra Frankhuizen (Rotterdam) ging in op de voor- en nadelen van familieaanwezigheid bij reanimatie. Hoewel onderzoek en reanimatierichtlijnen positief adviseren, blijkt deze aanwezigheid in de praktijk en in de congreszaal nog veel discussie op te roepen.

Verder presenteerden Nederlandse verpleegkundigen een groot aantal posters.

ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions

Een mooie stap voorwaarts in de cardiovasculaire verpleging is gezet met de oprichting van de ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. De ESC Working Group (WG) 24 of de ESC WG on Cardiovascular Nursing zijn daarvoor opgeheven.

Waarom geen werkgroep meer, maar een Council? Binnen de ESC richten de werkgroepen zich elk op een specifiek deelgebied binnen de cardiologie, bijvoorbeeld acute cardiologie of congenitale hartaandoeningen, en ze richten zich vooral op onderzoek. Een ESC Council richt zich juist op de volle breedte van het vakgebied en concentreert zich niet alleen op onderzoek, maar ook op bijvoorbeeld onderwijs en de dagelijkse praktijk. Het brede doel van een Council past beter bij ons vakgebied dan het specifieke doel van een werkgroep.

Er zijn al wel verschillende verpleegkundigen actief binnen de specifieke ESC werkgroepen, zoals de werkgroep Acute Cardiac Care of de Heart Failure Association en de Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. De ESC Council zal de activiteiten van deze verpleegkundigen coördineren en stimuleren dat verpleegkundigen in de specifieke werkgroepen worden uitgenodigd. Een groot voordeel van de transformatie is ook de betere zichtbaarheid van de cardiovasculaire verpleging binnen en buiten de ESC. Van een van de vele werkgroepen zijn we nu een van de drie ESC Councils. Volgend jaar vindt het ESC congres plaats in Wenen. De deadline voor het indienen van abstracts is 14 februari. ☺

Variantieanalyse klinische paden – een eerste verkenning

Anne Graven, student Master Zorgmanagement, Erasmus Universiteit, Rotterdam

Tjitze Hoekstra, verplegingswetenschapper, coördinator Klinische Paden, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
E-mail: t.hoekstra@Antonius.net

In de Nederlandse gezondheidszorg begint de methodiek van de klinische paden door te dringen binnen de cardiologie en cardio-thoracale chirurgie. Het succes van deze methodiek ligt in het feit dat de voorspelbaarheid en het volume aan patiënten in deze specialismen groot is. Daarnaast kunnen klinische paden een belangrijke bijdrage leveren aan het inzichtelijk maken van structuren, processen en resultaten van zorg. Een onderdeel van het klinisch pad, het zogenaamde werkdocument, beschrijft de belangrijkste interventies. Als deze uitgevoerd worden, kunnen de vooropgestelde doelen binnen een zorgtraject behaald worden. Maar niet iedere patiënt is hetzelfde. Afwijkingen binnen een van tevoren opgesteld pad kunnen altijd ontstaan. Deze afwijkingen worden varianties genoemd. De theorie over de methodiek klinische paden beschrijft de mogelijkheden om deze afwijkingen of varianties te rapporteren en vervolgens te analyseren. In de praktijk blijkt dit een lastig te implementeren onderdeel te zijn. Dit artikel beschrijft een eerste verkenning van het gebruik en de mogelijkheden van variantierapportage.

Casus:

De heer Verbeek is 72 jaar oud en is opgenomen op de shortstay cardiologie van het St. Antonius Ziekenhuis voor een percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA). De voorbereidingen verliepen voorspoedig en volgens de afspraken die vermeld staan in het klinisch pad PTCA. Bij terugkomst op de afdeling lijken de controles in eerste instantie goed. Na een uur belt hij met de mededeling dat hij zich niet lekker voelt. Bij controle van de vitale functies blijkt een flinke bloeddrukdaling, mogelijk ten gevolge van een liesbloeding. Er volgt controle van de pulsatie van de arterie en een liescontrole waarbij het drukverband gecontroleerd wordt om te zien of er een bloeding is. De lies ziet er echter goed uit. Het waakinfuus wordt hoger gezet totdat de bloeddruk weer stabiel is. Na 15 minuten wordt de bloeddruk opnieuw gemeten en deze is nu weer goed. De bloeddrukcontroles worden weer volgens het pad vervolgd. De volgende dag gaat hij zonder problemen met ontslag.

Aanleiding

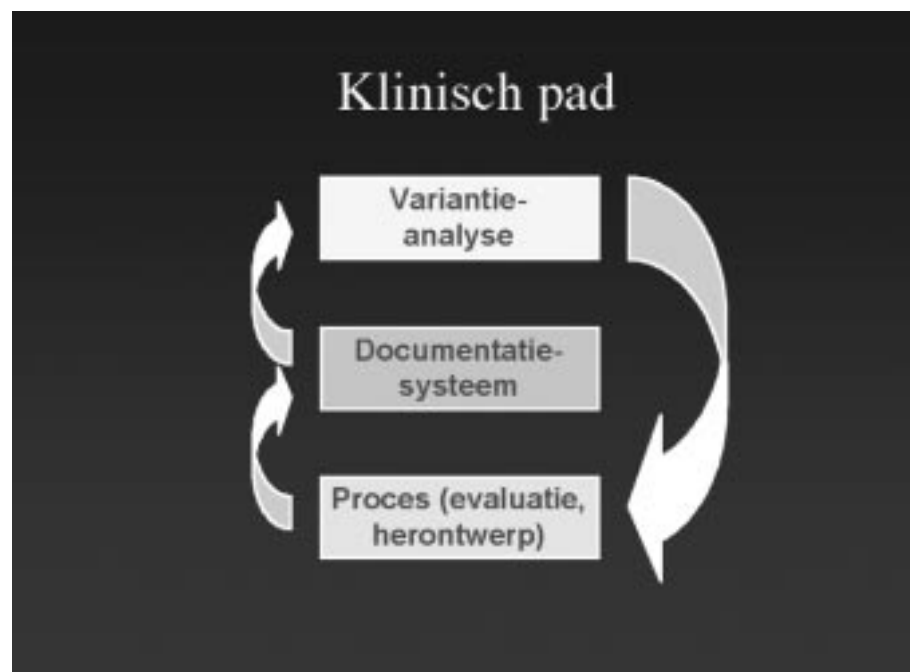
Een van de manieren om kwaliteit binnen een (zorg)proces te verbeteren, is het reduceren van afwijkingen, ook wel variantie genoemd.¹ Binnen de methodiek klinische paden is de analyse van de variantie een belangrijk instrument. Het geeft de mogelijkheid om als kwaliteitsverbeteringsinstrument te dienen. Als je de literatuur erop naslaat is bijna iedereen het daarover eens.^{2,3,4,5}

Maar nu de praktijk. In de literatuur zijn bijna geen beschrijvingen te vinden van het daadwerkelijke gebruik van de varian-

tieanalyse.⁶ Een mogelijk belangrijke belemmerende factor is het ontbreken van een adequate ICT-ondersteuning. Als onderdeel van een kwaliteitsverbeteringsproject zijn, op de verpleegafdelingen Cardiologie en Cardio-thoracale Chirurgie (CCTC) van het St. Antonius Ziekenhuis, de variantierapportage en -analyse van de methodiek klinische paden uitgewerkt en ingevoerd.

Werkdocument

Variantierapportage maakt in het Antonius onderdeel uit van het werkdocument kli-



Figuur 1. Klinisch pad

nisch pad. In het werkdocument worden kritische momenten in een chronologische volgorde beschreven. Dit zijn momenten waarop beslissingen genomen moeten worden of interventies uitgevoerd moeten worden, zodat de patiënt zijn route kan vervolgen binnen een bepaald zorgtraject. Als basis voor deze kritische momenten dienen onder andere protocollen en richtlijnen. In de casus van de heer Verbeek zijn kritische momenten bijvoorbeeld de controle van de lies en de vitale functies. Het is onmogelijk om alle details die in een protocol of richtlijn beschreven staan, te verwerken in een werkdocument. Wel kan een verwijzing naar een specifiek protocol of richtlijn gemaakt worden. Op deze manier kun je artsen en verpleegkundigen op een bepaald punt in het zorgtraject herinneren aan bijvoorbeeld frequenties van bepaalde controles.

Variantierapportage

Omdat iedere patiënt uniek is, kan bij een patiënt worden afgeweken van de afspraken die vermeld staan in het werkdocument. Johnson³ definieert variantie als 'elke afwijking van wat verwacht werd te gebeuren in een klinisch pad'. Zonder variantierapportage zou een klinisch pad niet meer zijn dan een checklist van interventies die opgevolgd moeten worden. De rapportage van de varianties wordt door verpleegkundigen ook als rapportagesysteem gebruikt. In plaats van per dienst een verslag te schrijven van wat bij een patiënt plaats heeft gevonden, wordt nu op tijd verslag gedaan van wat geconstateerd is als afwijking en wat ermee gedaan is of wat nog moet gebeuren. Een andere doelstelling van de variantierapportage is het inwinnen van logistieke informatie over het doorlopen zorgtraject van patiënten. Aan de hand van variantierapportage kan namelijk berekend worden wat bijvoorbeeld de gemiddelde opnameduur, length of stay (LOS), is van patiënten die een PTCA ondergingen. Voldoet deze aan de vooropgestelde norm (in de casus maximaal 24 uur) of wijkt deze af en welke knelpunten kunnen dan geïdentificeerd worden? Zo nodig kan op basis van veelvoorkomende afwijkingen de logistieke planning worden aangepast. Is de gemiddelde opnameduur bijvoorbeeld langer dan verwacht, dan is het klinisch pad mogelijk niet realistisch en dient het te worden aangepast.

Codes

Om het mogelijk te maken de afwijkingen met behulp van Excel te analyseren wordt

gebruikgemaakt van codes.⁸ Elke activiteit in het werkdocument heeft een eigen activiteitscode (AC).² De activiteit 'waakinfuus NaCl 0,9%' heeft bijvoorbeeld activiteitscode B14. Als een variantie geschreven wordt, dan moet deze AC-code vermeld worden op het variantieformulier. De variantiecode (VC-code) geeft vervolgens de reden aan van de ontstane afwijking en wordt vermeld op het variantieformulier (in de casus heeft da afwijking van het klinisch pad direct te maken met de conditie van de patiënt). De oorzaak van de afwijking kan liggen in één van de vier volgende categorieën.^{2,4,8}

A Wijzigingen als gevolg van de toestand patiënt / familie

Deze variantie komt voor als gevolg van patiëntgerelateerde problemen, bijvoorbeeld de conditie van de patiënt laat iets niet toe.

B Wijzigingen als gevolg van beslissingen van de zorgverlener

Deze vorm van variantie kan voortkomen uit een besluit van de zorgverlener. Zo kan een verpleegkundige op grond van de actuele toestand van een patiënt besluiten van het klinisch pad af te wijken.

C Wijzigingen als gevolg van tekortkomingen van het ziekenhuis

Bij deze categorie kan een patiënt het klinisch pad niet volgen vanwege organisatorische problemen in het ziekenhuis; een operatie wordt bijvoorbeeld uitgesteld, omdat er een spoedoperatie tussenkomt en er geen operatiekamer beschikbaar is.

D Wijzigingen door maatschappelijke factoren

Deze variantie treedt op wanneer de noodzakelijke middelen niet ter beschikking zijn: een patiënt kan na een CABG niet overgeplaatst worden op de vijfde dag na de operatie, omdat er geen bed beschikbaar is op de afdeling Cardiologie in de andere kliniek.

Ter illustratie. Het infuus van De heer Verbeek wordt niet verwijderd en de oorzaak van de afwijking is zijn conditie. Zodoende wordt op het variantierapportageformulier de VC-code A1 vermeld (zie schema 2).

Op de verpleegafdeling Cardiologie en Cardio-thoracale Chirurgie van het St. Antonius Ziekenhuis worden van elke patiënt die met ontslag gaat, alle AC-codes met bijbehorende VC-code bijgehouden. Door analyse van deze codes kan nuttige informatie worden verkregen over de haalbaarheid en kwaliteit van het zorgtraject.^{2,3} Het is echter wel van belang dat

de codes op een consistente wijze worden gehanteerd door de verpleegkundigen en andere zorgverleners. De AC-code zal altijd kloppen, omdat deze code te vinden is in het klinisch pad en overgenomen wordt op de variantierapportage. De VC-code zal echter variatie (kunnen) vertonen, bijvoorbeeld omdat verpleegkundigen zelf moeten bedenken waar de oorzaak van ontstane variantie ligt.

Vervolg casus:

Het zorgtraject dat de heer Verbeek moet doorlopen, is multidisciplinair vastgesteld in een werkdocument. De cardioloog heeft uiteindelijk zijn goedkeuring voor het werkdocument gegeven. Hij is dan ook eindverantwoordelijk voor de inhoud van het PTCA-zorgpad. Per tijdseenheid, in dit geval een traject bestaande uit twee dagen (24 uur maximaal) waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen voorbereiden, ingreep en nazorg, is beschreven wat voor interventies gedaan moeten worden of welke resultaten bereikt moeten zijn. Zo staat in het pad beschreven dat na 1 uur na terugkomst op de afdeling het waakinfuus verwijderd mag worden bij voldoende vochtintake en als de patiënt niet misselijk is. In het geval van de heer Verbeek blijft het waakinfuus zitten, omdat zijn bloeddruk flink daalt. Dit is dus een variantie op het oorspronkelijke plan. De verpleegkundige zal dan ook in de variantierapportage noteren wat geconstateerd is (forse daling van de bloeddruk) en wat vervolgens gedaan is (infuus laten zitten totdat de bloeddruk weer genormaliseerd is – daarna na overleg arts verwijderen).

Het voordeel van deze manier van rapporteren is dat het mogelijk wordt om te onderzoeken hoe vaak het voorkomt dat een waakinfuus langer dan 1 uur blijft zitten. Stel dat uit de analyse blijkt dat dit bij meer dan 80% van de gevallen voorkomt, dan biedt dat de mogelijkheid om aan de eindverantwoordelijke arts voor te leggen of het beter is de tijdsduur te veranderen in '2 uur na terugkomst op de verpleegafdeling'. Op deze manier wordt dus getoetst of een interventie realistisch en haalbaar is.

Prestatie-indicatoren

In het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen moeten zorginstellingen en zorgverleners verantwoording afleggen over de geleverde kwaliteit. Gegevens over prestaties worden opgevraagd en gebruikt door bijvoorbeeld zorgverzekeraars, patiënten- en consumentenorganisaties,

beleidsmakers en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Zorgverzekeraars zijn als inkoopers en financiers van zorg geïnteresseerd in informatie over kwaliteit, kosteneffectiviteit en overbodig gebruik van zorgvoorzieningen. Patiënten- en consumentenorganisaties richten zich op bijvoorbeeld de be-

schikbaarheid van zorg en de technische kwaliteit van het zorgaanbod om zo keuzes te kunnen maken met betrekking tot behandeling. De overheid is geïnteresseerd in informatie over de toegankelijkheid van de zorg en tot slot is de IGZ' in haar rol van toezichthouder op zoek naar informatie over het realiseren van mini-

SCHEMA 2

Procedure: PTCA Opnamecode: 510 verblijfsduur: max 24 uur

Shortstay Fase: NZ 1

Nazorg

Datum.....

A.C.	INTERVENTIES	RESULTAAT
ZIE VERPLEEGKUNDIGE OVERDRACHT		
Röntgen-cardio		
B11	A. Wondverzorging: LIESCONTROLE * zwelling * bloeding * pijn * koud been	O
B14	B. Waakinfuus Naci 0,9% (Waakinfuus verwijderen bij voldoende vochtintake en niet misselijk en niet eerder dan 1 uur na de procedure)	X O
C35	Pulsatie controle enkel / voet om de 60 min 4 keer	O
C13	C. ECG O	O
	D. 2 uur na terugkomst ECG O	O
C21	E. Bloeddruk en pols om de 30 minuten 6 keer	O
C17	F. Lichamelijk observaties	O
C33	G. Geürineerd JA / NEE (voor 22 uur)	O
ADL	D13 Gedeeltelijke zelfstandig	O
Activiteiten	F22 Bedrust ZIE BELEID OVERDRACHT	O
Voeding	G11 Normaal	O
Voorlichting		
Medicatie	J11 Patiënt zelf medicatie in beheer: JA / NEE	O
	J22 Bij alle dotterprocedures: plavix (al voor de ingreep gestart) en ascal	O
Overplaatsing/ ontslag		O
Eindresultaat	Patiënt heeft stabiele vitale functies	
	Dag	Late
	Nacht	
Paraaf verantwoordelijke verpleegkundige		

Procedure: PTCA Opnamecode: 510 LOS, verblijfsduur: max 24 uur

Variantierapportage

Datum/tijd	Fase	A.C	V.C.	Ondernomen actie	Paraaf	Resultaat	Paraaf
12/01/06 13uur	NZ1	B14	A1	Forse daling bloeddruk, infuus laten zitten totdat bloeddruk weer genormaliseerd is	TH	12/01 14 uur RR weer normale waarden	TH
Etc.							
Variantie Code= V.C. * voorzie de omschrijving van een code							
A. Patiënt/familie		B. Klinisch		C. Ziekenhuis		D. Extramuraal	
1. conditie patiënt	2. besluit patiënt / familie	3. mogelijkheden patiënt / familie	4. overig patiënt/familie	5. opdracht arts	6. tijd respons arts	7. besluit zorgverlener	8. beschikbaarheid / tijd zorgverlener
				9. overig klinisch	10. beschikbaarheid bed / afspraak	11. beschikbaarheid OK	12. beschikbaarheid informatie
					13. beschikbaarheid middelen	14. overig ziekenhuis	15. beschikbaarheid thuiszorg
							16. beschikbaarheid andere kliniek
							17. beschikbaarheid transport
							18. overig extramuraal

Opnamedatum: 12/01/06

Ontslagdatum:

Verblijfsduur bij ontslag:

Figuur 2. Voorbeeld klinisch pad met variantierapportage

male kwaliteit van zorg.

Een manier om externe verantwoording af te leggen, is door middel van indicatoren. Dit zijn meetbare elementen, die een aanwijzing geven over de mate van kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie: het is geen directe maat voor kwaliteit, maar wijst op een bepaald aspect van presteren en kan aanleiding zijn tot nader onderzoek. De variantieanalyse kan een bijdrage leveren aan het verzamelen van indicatoren. Voor de PTCA staat 24 uur in het ziekenhuis. De methodiek van de klinische paden maakt het mogelijk om te kijken bij hoeveel patiënten dat niet het geval was. Op grond van die informatie kan onderzocht worden hoe dat kan. Zijn er bijvoorbeeld meer complicaties of zijn er knelpunten in de patiëntenlogistiek?

Verbetermogelijkheden

De variantieanalyse geeft inzicht in de verbetermogelijkheden op afdelings- en instellingsniveau. Als blijkt dat de reden van afwijking bijvoorbeeld te wijten is aan stagnaties in het zorgtraject (er was bijvoorbeeld een zorgverlener of een apparaat niet beschikbaar), dan kunnen gerichte acties worden ondernomen om het zorgtraject te verbeteren. Of als blijkt dat veel patiënten een infectie ontwikkelen, is dat aanleiding tot het starten van een gericht onderzoek naar de reden van het hoge aantal infecties en het treffen

van de juiste verbeteracties om dit probleem aan te pakken.

Conclusie

In de literatuur wordt gesteld dat het onderdeel variantierapportage en de daaraan gekoppelde analyse een lastig te implementeren onderdeel is binnen de methodiek van de klinische paden. Uit de praktijk van het Antonius blijkt echter dat het mogelijk is.

De variantieanalyse bevat elementen die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan bijvoorbeeld het verzamelen van prestatie-indicatoren en het optimaliseren van het zorgproces.

Door bij afzonderlijke activiteitencodes het percentage patiënten te berekenen die de gestelde norm niet halen, kan nuttige informatie worden gegenereerd over de haalbaarheid van de afspraken in het werkdocument. Eventueel kan er bijstelling plaatsvinden van de norm, die in het werkdocument gesteld wordt.

Tot slot

Door gebruik te maken van ICT-oplossingen wordt het mogelijk om nog effectiever met het werkdocument, variantierapportage en analyse om te gaan. De invoer van data en de analyse vergen veel tijd. Het St. Antonius Ziekenhuis is dan ook in een vergevorderd stadium om onderdelen van de methodiek van de klinische paden, te weten het werkdocument, variantie-

rapportage en analyse, in te voeren als onderdeel in het elektronisch patiëntendossier. Dit zal uiteindelijk de kwaliteit van de patiëntenzorg alleen maar ten goede komen. ☺

Literatuur

1. **Deming WE.** Out of the Crisis. Press Syndicate of the University of Cambridge. Melborne, 1982.
2. **Hoekstra TS.** De mogelijkheden van variantie-analyse bij een klinisch pad voor CABG. Acta Hospitalia 2002;3:96-100.
3. **Johnson S.** Pathways of Care. Blackwell Science. Oxford 1997:24-39.
4. **Vanhaecht K, Sermeus W, Vleugels A, Peeters G.** Ontwikkeling en gebruik van klinische paden (clinical pathways) in de gezondheidszorg. Tijdschrift voor Geneeskunde 2002;58(23):1542-52.
5. **Judong M, Janssen L, De Wispelaere G, Monstrey J.** Klinisch pad electieve chirurgie van intracranieële tumoren in Ziekenhuis Oost Limburg. Acta Hospitalia 2002;2:78-84.
6. **Mussele H van der, Dooren J van, Sitter J de.** Het 'Patient Care System'-ziekenhuisinformatiesysteem ter ondersteuning van het klinisch pad voor heupprothese. Acta Hospitalia 2002;2:62-8.
7. **www.igz.nl**
8. **Hoekstra TS.** Klinische paden in het St. Antonius Ziekenhuis. Cordiaal 2004; 5:27-9.

(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.

Coronairarterie bypassgraft versus percutane coronaire interventie bij meervatscoronairlijden

Arjan Weijerse, arts-assistent, afdeling Thoraxchirurgie, Thoraxcentrum, Erasmus MC, Rotterdam
E-mail: a.weijerse@erasmusmc.nl

Over de vraag wat de beste revascularisatiemethode is bij meervatscoronairlijden is nog steeds geen eenduidig antwoord: percutane coronaire interventie (PCI) of coronaire bypasschirurgie. In dit artikel wordt ingegaan op het waarom van de keuzes die thoraxchirurgen en interventiecardiologen maken en worden aan de hand van de richtlijnen de mogelijkheden en onmogelijkheden bekeken.

Inleiding

Sinds de coronaire angiografie tijdens de jaren 60 van de vorige eeuw klinisch toegankelijk werd, is er veel veranderd. Allereerst begon men met percutane transluminale coronaire angioplastiek (PTCA), later maakte men gebruik van metalen stents. Tegenwoordig worden de drug-eluting stents wereldwijd het meest toegepast. Daarnaast is in de laatste decennia de coronaire bypasschirurgie ontwikkeld. Allereerst door het aanleggen van een pectoralisflap op het myocard, waarbij door ingroei anastomosen ontstonden en later door het direct anastomosen van bypassgrafts op de coronairarteriën, met zowel veneus en arterieel materiaal. De meest gebruikte vaten zijn de arteria mamma interna, zowel de rechter als de linker, de vena saphena magna en de vena saphena parva. Met behulp van de arteria radialis is het mogelijk compleet arterieel te revasculariseren in combinatie met de arteria mamma interna.¹

Casus:

De heer De Man, een 62-jarige patiënt met langer bestaande klachten van angina pectoris, wordt gezien door zijn cardioloog. Hij vertelt dat de klachten erger worden. Sinds een aantal weken heeft hij enkele malen per week een drukkend gevoel op de borst, waardoor hij weinig inspanning verricht. Als risicofactoren heeft hij hypertensie en diabetes mellitus. Bij lichamelijk onderzoek wordt een hoge bloeddruk gezien, verder geen afwijkingen. Het ECG laat geen afwijkingen zien. De inspanningstest was positief. Bij deze patiënt werd een hartkatheterisatie verricht.

Van belang bij de keuze van revascularisatie is de noodzaak voor een ingreep, gelet op de klachten van de patiënt en diens prognose, en daarnaast de keuze van de ingreep. Er zijn drie mogelijke keuzes van ingreep:

1. medicamenteuze (conservatieve) behandeling;
2. coronaire bypasschirurgie;
3. percutane coronaire interventie.

Medicamenteuze behandeling versus coronaire bypasschirurgie

De huidige inzichten ten aanzien van het verbeteren van de prognose door middel van coronairchirurgie berusten op enkele grote onderzoeken uit de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw. Een aantal momenteel geaccepteerde behandelingen bestond toen niet of werd weinig toegepast, zoals aspirine, cholesterolverlagende medicatie, katheterinterventies en arteriële bypassgrafts.

Uit analyse is gebleken dat de geopereerde patiënten op termijn een lagere mortaliteit hadden dan de medicamenteus behandelde patiënten. De grootste winst wordt echter behaald bij patiënten met een vernauwing van de hoofdstam van de linker coronairarterie en bij patiënten met vernauwingen in alledrie de grote kransvaten. Een betere prognose is eveneens geconstateerd bij patiënten met een vernauwing proximaal in de ramus descendens anterior. Voorts bleek dat de grootste reductie in sterfte werd behaald bij patiënten die het hoogste risico hadden van overlijden. Dit risico kan worden geschat op basis van klinisch verkrijgbare variabelen. De sterkste hiervan zijn: hoge leeftijd, een gestoorde functie van het linkerventrikel, de ernst van de angineuze klachten, hypertensie, doorgemaakt myocardinfarct en ST-segmentdepressie in rust. In vakkringen is men het er in grote lijnen over eens dat onder andere voor de vol-

gende situaties is aangetoond dat het uitvoeren van coronairchirurgie leidt tot een langere levensverwachting in vergelijking met medicamenteuze behandeling:

- Bij patiënten met significante vernauwingen bij visuele beoordeling in elk van de drie grote epicardiale kransvaten en een gestoorde linkerventrielfunctie. Ook bij matig gestoorde linkerventrielfunctie is de overleving beter, mits er ten minste één significante proximale stenose (in de dominante rechterkransslagader) bestaat.
- Bij patiënten met > 50% vernauwing in diameter van de hoofdstam van de linker coronairarterie bij visuele beoordeling, ongeacht de aanwezigheid van klachten.
- Bij patiënten met > 50% diametervernauwing proximaal in de beide hoofdtakken van de linker coronairarterie bij visuele beoordeling (hoofdstamstenose).
- Bij patiënten met klasse III of IV angina volgens de classificatie van de New York Heart Association en drietaks coronairlijden, onafhankelijk van de lokalisatie (proximaal of distaal) van het significante coronairlijden en onafhankelijk van de linkerventrielfunctie.
- Bij patiënten van het mannelijke geslacht met stille ischemie, aangetoond met een inspannings-ECG, vooral bij drietaks coronairlijden en een verminderde linkerventrielfunctie.

In vergelijking met medicamenteuze behandeling leidt coronairchirurgie niet alleen tot een betere levensverwachting, maar ook tot minder infarcten. Dit geldt reeds bij een proximale ramus ascendens anterior stenose met een matig tot ernstig gestoorde linkerventrielfunctie, bij tweetakafwijkingen, maar ook bij patiënten met drietakslijden en klasse I of II angina pectoris. In deze gevallen wordt veelal coronairchirurgie aanbevolen. Bij contra-

indicaties voor coronairchirurgie kunnen bij deze patiëntencategorieën katheterinterventies in aanmerking komen.

Coronaire bypasschirurgie versus PCI

Bij de patiënten die ondanks volledige medicamenteuze therapie klachten houden, en dat is kwantitatief de grootste categorie, dient op basis van de volgende gegevens een individuele afweging te worden gemaakt tussen coronairchirurgie en katheterinterventies. Uit onderzoek komt naar voren dat het mortaliteitsvoordeel van coronairchirurgie ten opzichte van katheterinterventies toeneemt naarmate het coronairlijden ernstiger is. Er zijn inmiddels verschillende vergelijkingen beschikbaar, die gezamenlijk hebben geleid tot de volgende conclusie:

Na een follow-up van één tot drie jaar is er geen verschil in sterfte of het aantal myocardinfarcten tussen beide revascularisatietechnieken. Met katheterinterventies wordt tegen lagere initiële kosten goede symptoombestrijding verkregen. Het aantal recidieven van klachten en ingrepen is hierna echter hoger dan bij geopereerde patiënten, zodat na circa drie jaar de kosten gelijk zijn. Uit een recent onderzoek blijkt dat bij een langere follow-up van vijf jaar voordelen gaan optreden voor de patiënten die geopereerd zijn in vergelijking met de patiënten die een katheterinterventie ondergingen, al zijn hierbij de meer recente kathetertechnieken als stentimplantatie, maar ook recente chirurgische technieken als complete arteriële revascularisaties, nog niet betrokken.

Bij de keuze van de techniek spelen verder enkele individuele kenmerken van de patiënt een rol:

- De anatomische kenmerken van de vaten en de vernauwing(en), gelet op de technische haalbaarheid van coronairchirurgie of katheterinterventies.
- Een belangrijke functiestoornis van het linkerventrikel verhoogt voor beide revascularisatietechnieken de morbiditeit en mortaliteit. Hoewel een gestoorde linkerventrikel functie vroeger als contra-indicatie voor revascularisatie werd gezien, is nu duidelijk dat juist deze patiënten een verbetering van de prognose kan worden geboden met coronairchirurgie. Bij patiënten die naast een gestoorde functie van het linkerventrikel drievats coronairlijden hebben, gaat de voorkeur uit naar coronairchirurgie, omdat is aangetoond dat deze behandeling hun levensverwachting verlengt.

- Bij de niet-vitale oudere patiënten is de kans op complicaties en vroege sterfte bij coronairchirurgie verhoogd, en is het dus zinvol om voor een katheterinterventie te kiezen.
- Bij erg jonge patiënten (tot ongeveer 60 jaar) ging men er tot voor kort van uit dat de beperkte levensduur van veneuze grafts het wenselijk maakt de operatie zo lang mogelijk uit te stellen, om zo te voorkomen dat zij verscheidene malen in hun leven moeten worden geopereerd. Deze redenatie verliest aan waarde nu in toenemende mate gebruik wordt gemaakt van arteriële grafts, die een langere levensduur hebben dan veneuze. Voor een a. mamma-ria-graft geplaatst op de ramus descendens anterior is dit aangetoond.
- Het aantal kransvaten met > 50% vernauwing in de diameter bij visuele beoordeling speelt een rol. Bij patiënten met afwijkingen in alledrie de grote epicardiale kransvaten verdient chirurgie daarom de voorkeur, vooral als zij ook lijden aan chronische totale occlusies, hoofdstamafwijkingen of een slechte linkerkamerfunctie. Volledige revascularisatie is een belangrijk doel, indien wordt gekozen voor coronairchirurgie, mede omdat dit directe consequenties heeft voor de vroege en late resultaten. Volledige revascularisatie bij patiënten met drietaklijden en angina pectoris III of IV leidt tot een betere incidentvrije (door myocardinfarct, recidiefangina of reoperatie) overleving na zes jaar. Dit geldt nog sterker bij een gestoorde linkerventrikel functie.
- Voorgaande revascularisatie(pogingen) en het succes en de complicaties daarvan. Hiermee wordt bijvoorbeeld bedoeld dat een tweede poging tot coronairchirurgie niet zinvol wordt geacht, wanneer het verslag van de eerste operatie beschrijft dat de coronaire vaten zich niet voor coronairchirurgie leenden. Hetzelfde geldt voor een tweede katheterinterventie in een vat dat bij een eerdere poging om anatomische redenen niet adequaat kon worden behandeld.
- Comorbiditeit, met name diabetes, long-, lever- en nieraandoeningen. Deze verhogen het risico van de ingrepen, met name van coronairchirurgie. Onderzoek suggereert dat bij diabetici met meertaklijden coronairchirurgie leidt tot een betere prognose dan katheterinterventies. Bij deze patiëntengroep gaat de voorkeur daarom richting coronairchirurgie. Doorgemaakte cerebrovasculaire en andere neurologische aandoe-

ningen zijn eveneens van belang. Zij geven bij coronairchirurgie een verhoogd risico van nieuwe neurologische complicaties.^{2,3,4,5}

Vervolg casus:


De katherisatie liet een significante hoofdstamlaesie zien, overgaand in zowel de ramus circumflexus als in de ramus descendens anterior (RDA). Daarnaast was in de RDA sprake van een langgerekte laesie (> 50%) en het ostium van de rechter coronairarterie was significant stenotisch. Het ventriculogram toonde een goede linkerventrikel functie.

De gegevens van de patiënt werden besproken in het hartteamoverleg en men besloot tot coronaire bypasschirurgie op basis van drievats coronairlijden met een significante hoofdstamstenose, een langgerekte laesie in de RDA en als risicofactor diabetes mellitus. Binnen twee weken kon de patiënt worden geopereerd. De coronaire bypasschirurgie bestond uit een veneuze jumpgraft vanaf de aorta naar de ramus marginalis obtusus en de ramus descendens posterior. De linker arterie mamma-ria interna werd geanastomoseerd op de ramus descendens anterior. De patiënt heeft de operatie goed doorstaan en is na acht dagen met ontslag gegaan.

Toekomst

Al tientallen jaren is coronairarterie bypassgrafting (CABG) de gouden standaard voor patiënten met meervatscoronairlijden. Met de ontwikkeling van drug-eluting stents, die lokaal ter hoogte van de stenose medicatie afgeven, is er een grote verandering in het behandelen van coronairlijden. Gekoppeld aan de verbeteringen van de peri- en postoperatieve methoden voor zowel percutane coronaire interventie (PCI) als CABG zal dit in de toekomst mogelijk leiden tot verschuivingen in de behandeling van coronairlijden. In het verleden werd een aantal behandelingen, zoals het gebruik van trombo-cytenaggregatiemmers, statines, drug-eluting stents en arteriële bypassgrafts, niet of weinig toegepast. Deze behandelingen zijn inmiddels algemeen aanvaard. Momenteel lopen er verscheidene onderzoeken, waarbij CABG en PCI bij meervatslijden en hoofdstamstenose worden

vergelijken. In deze studies wordt ook de comorbiditeit meegenomen. In Nederland loopt op dit moment de SYNTAX (synergy between PCI with taxus and cardiac surgery) studie, waaraan meerdere centra meedoen. Deze studie is prospectief en is de eerste studie waarin naar alle uitkomsten, zoals hiervoor beschreven, gekeken wordt. Alle patiënten die in een bepaalde periode komen met meervatslijden inclusief hoofdstamletsel krijgen follow-up. Een selectie van patiënten, die volgens een team bestaande uit een cardiochirurg en cardioloog voor zowel chirurgie als PCI in aanmerking lijkt te komen, wordt gerandomiseerd naar of CABG of PCI. Beide behandelingen worden uitgevoerd volgens de laatste standaard, met zo veel mogelijk arteriële omleidingen of zo veel mogelijk drug-eluting stents. De eerstejaarsresultaten van de SYNTAX-studie worden verwacht in het voorjaar van 2008. Hiermee wordt een nieuw

hoofdstuk toegevoegd aan de discussie over de vraag wat de beste revascularisatiemethode is bij meervatscoronairlijden.^{6,7} 

Literatuur

1. **Mehta NJ, Khan IA.** Cardiology's 10 greatest discoveries of the 20th century. *Tex Heart Inst J.* 2002;29:164-71.
2. **Hoffman SN, 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. *J Am Coll Cardiol.* 2003;41:1293-304.
3. **Peters RJ, Bredee JJ.** Indications for coronary revascularisation: guidelines for the Netherlands. *Heart.* 2000;83:3-4.
4. **Hannan EL, Racz MJ, Walford G et al.** Long-term outcomes of coronary-artery bypass grafting versus stent implantation. *N Engl J Med.* 2005;352:2174-83.
5. **Bakhai A, Hill RA, Dundar Y, Dickson R, Walley T.** Percutaneous transluminal coronary angioplasty with stents versus coronary artery bypass grafting for people with stable angina or acute coronary syndromes. *Cochrane Database Syst Rev* 2005.
6. **Kappetein AP, Dawkins KD, Mohr FW et al.** Current percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass grafting practices for three-vessel and left main coronary artery disease. Insights from the SYNTAX run-in phase. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2006;29:486-91.
7. **Ong AT, Serruys PW, Mohr FW et al.** The SYnergy between percutaneous coronary intervention with TAXus and cardiac surgery (SYNTAX) study: design, rationale, and run-in phase. *Am Heart J.* 2006;151:1194-204.

(Advertentie)



Nederlandse Hartstichting zoekt vrijwilligers

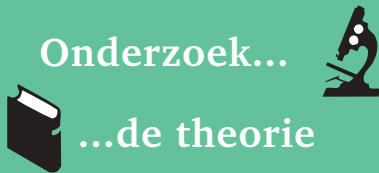
De Nederlandse Hartstichting organiseert jaarlijks vakantieweken voor kinderen, jongeren en verstandelijk gehandicapten met een aangeboren hartafwijking en voor gezinnen met een kind met een aangeboren hartafwijking. Deze weken vinden plaats in de Hartenark, het trainings- en ontmoetingscentrum van de 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 17 augustus 2007 op vrijwillige basis een week hun medewerking willen verlenen aan een vakantieweek.

Naast het genieten van een bijzondere 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



Onderzoek... ...de theorie

Het belang van blinding in (gerandomiseerd) klinisch onderzoek

Mattie Lenzen en Ingrid Schiks, namens de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek van de NVHVV. E-mail: m.lenzen@erasmusmc.nl

Gedrag van mensen wordt beïnvloed door wat zij weten of waar zij al dan niet in geloven. Daar ook onderzoekers menselijk gedrag niet vreemd is, kan niet worden uitgesloten dat ook zij zich hierdoor laten beïnvloeden. Om te voorkomen dat dit 'geloven in' de uitkomsten van hun onderzoek beïnvloedt, moet onderzoek aan een aantal voorwaarden voldoen. Zo is het veelal gebruikelijk om een experimentele behandeling te vergelijken met de standaardbehandeling van dat moment. Hiertoe worden de proefpersonen ingedeeld in twee groepen: één groep krijgt de experimentele behandeling (*interventiegroep*) en één groep de standaardbehandeling (*controlegroep*). Het lot bepaalt in welke groep een proefpersoon wordt ingedeeld (*randomisatie*). De betrokkenen worden, indien mogelijk, in het ongewisse gelaten of zij tot de interventiegroep of controlegroep behoren (*blinding*). Wanneer geen van de bij het onderzoek betrokken personen, dus zowel proefpersonen, behandelaren, onderzoekers als statistici, weet wie welke behandeling krijgt, wordt gesproken van een dubbelblind onderzoek. Maar waarom is het nu eigenlijk verstandig om betrokkenen (indien mogelijk) in het ongewisse te laten over de groep waarin zij zijn ingedeeld? Per categorie gelden daarvoor de volgende verklaringen.

De patiënt:

- Het beoordelen van het effect, met name bij subjectieve uitkomstmaten zoals pijn, jeuk, misselijkheid, enzovoort, kan worden gekleurd door het wel of niet geloven in de nieuwe behandeling.
- De wetenschap dat hij/zij de experimentele behandeling krijgt, kan van invloed zijn op de beslissing wel of niet mee te doen. Hierdoor kunnen de kenmerken van de patiënten in de experimentele groep en de controlegroep verschillend zijn.

De behandelaar:

- Om te voorkomen dat de behandelaar een vorm van selectie kan toepassen bij het benaderen van patiënten, of het

bewust indelen van een patiënt in de interventie- of controlegroep.

- Het kan niet worden uitgesloten dat de wetenschap tot welke behandelingsgroep een patiënt hoort, van invloed is op het aanpassen van de dosering of het voortijdig beëindigen van de studie door de behandelaar. De behandelaar moet niet in de verleiding kunnen komen om het onderzoek in een bepaalde richting te sturen door bepaalde proefpersonen een voorkeursbehandeling of juist een mindere behandeling te geven om daarmee de onderzoeksresultaten te beïnvloeden.
- Om te voorkomen dat klachten of complicaties mogelijk ten onrechte aan de experimentele behandeling c.q. standaardbehandeling kunnen worden toegeschreven.

De onderzoeker:

- Bij het verzamelen van onderzoeksgegevens dienen de gegevens soms geïnterpreteerd te worden. Wanneer bekend is wie welke behandeling krijgt, kan dit van invloed zijn op de interpretatie.
- Het simpele feit dat positieve studieresultaten de kans op een publicatie vergroten, mag niet worden uitgesloten. Dit kan van invloed zijn op het verwerken of benadrukken van bepaalde gegevens in een artikel.

De statisticus:

- Bij de statistische analyses wordt veelal gebruikgemaakt van verschillende analysetechnieken en bepaalde afkappunten (bijvoorbeeld of bij een 5-puntsschaal de middelste waarneming ingedeeld moet worden bij de 'goede' of 'slechte' kant). Een statisticus moet niet in de verleiding worden gebracht om afkappunten 'goed' of 'slecht' te scoren.
- De statisticus kan door het naar boven (of positief) afronden of negeren van onderzoeksgegevens de uitkomsten van de analyses beïnvloeden.

Het opheffen van de blinding dient pas te gebeuren, nadat alle onderzoeksgegevens zijn verzameld en geanalyseerd. Wel

bestaat de mogelijkheid om tijdens groot-schalige onderzoeken op van tevoren aangegeven tijdstippen tussentijdse analyses te verrichten. Overigens hebben dan alleen leden van een 'Safety Committee' inzage in deze tussentijdse resultaten. Deze onafhankelijke commissie heeft de bevoegdheid om een onderzoek voortijdig te stoppen (bij onverwachte positieve of negatieve resultaten).

Verder is het van belang te weten dat wanneer de situatie daarom vraagt, de blinding te 'breken' is. Denk hierbij aan een patiënt die met een nieuwe bloedverdunner behandeld wordt (of placebo) en met spoed geopereerd moet worden. Om bloedingcomplicaties te voorkomen zal de chirurg moeten weten of en hoe hij de werking van dit medicijn (of placebo) moet couperen.

Het zal echter niemand verbazen dat blinding niet altijd mogelijk is, zoals bij een chirurgische behandeling of een interventie op het Cath lab (dotterprocedure met stenting). Blijf bij een niet-geblindeerd onderzoek altijd alert op beïnvloeding van onderzoeksresultaten door het 'geloof' van de betrokkenen in de behandeling. ☞

Literatuur

1. Simon J Day, Douglas G Altman. Statistical notes: Blinding in clinical trials and other studies. *BMJ* 2000;321:504.
2. Dassen ThWN, Keuning F.M. Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties. Baarn: Intro, 1997.
3. Bouter LM, Dongen MCIM van. Epidemiologisch onderzoek. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.



De invloed van angst en depressie bij partners op het psychosociale herstel van patiënten na een myocardinfarct of revascularisatie

Samenvatting artikel¹

Marie Louise Luttik en Anne-Margreet van Dishoeck, namens de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek van de NVHV. E-mail: m.l.a.luttik@thorax.umcg.nl

Introductie

Bij patiënten met ischemische hartziekten zijn angst en depressie belangrijke voorspellers van uiteindelijke gezondheidsuitkomsten, zoals re-infarctie en overleving, zowel op de korte als langere termijn. Een belangrijke variabele bij psychosociaal herstel is het gevoel van controle hebben over de situatie (*perceived control*). Patiënten die meer gevoel van controle ervaren ofwel patiënten die meer het idee hebben dat zij zelf invloed hebben op de situatie tijdens of na een myocardinfarct (MI), rapporteren een beter psychosociaal welzijn.

Onderzoek heeft aangetoond dat succesvol herstel na een MI en/of het leren leven met een chronische conditie, in sterke mate afhangt van de mate waarin iemand positieve steun ontvangt van zijn of haar echtgenoot.

De studie van Moser en Dracup beoogt ten eerste een vergelijking te maken tussen patiënten en hun partners met betrekking tot de ervaren psychosociale stress (in de vorm van angst en depressie) en het ervaren gevoel van controle van patiënten na een bedreigende cardiovasculaire gebeurtenis, zoals een MI en/of revascularisatie, te vergelijken met de mate van psychologische stress en het ervaren gevoel van controle van hun partners in diezelfde periode. Vervolgens onderzoekt men de relatie tussen psychosociale stress van partners en patiënten en psychosociale aanpassing van de patiënt na een cardiale gebeurtenis.

Methode

De vraagstelling werd onderzocht met behulp van een vergelijkend, cross-sectioneel (gegevens werden verzameld op één moment in de tijd) design. De patiënt-partnerparen zijn gevraagd te participeren na een ziekenhuisopname voor een MI of revascularisatie. In totaal hebben 417 paren deelgenomen, waarbij de volgende in- en exclusiecriteria werden gehanteerd; 1. patiënten waren herstellend van een MI, PCI of CABG;

2. patiënten en partners leefden samen;
3. de patiënt had geen ernstige comorbiditeiten;
4. de partner had geen cardiale of andere ernstige aandoening; en
5. patiënt en partner hadden geen cognitieve beperkingen die het invullen van vragenlijsten belemmeren.

Gegevens werden verzameld door middel van vragenlijsten, die de patiënten en hun partners afzonderlijk kregen thuisgestuurd. Hun werd gevraagd de lijsten onafhankelijk van elkaar in te vullen en te retourneren. Het pakket vragenlijsten bestond uit gestandaardiseerde meetinstrumenten, gericht op angst, depressie, gevoel van controle en de mate van aanpassing aan ziekte. Tevens werd de kwaliteit van de huwelijksrelatie gemeten en werden klinische en demografische gegevens verzameld.

Resultaten

De onderzoekspopulatie bestond hoofdzakelijk uit paren, waarvan de patiënt man was (86%). De gemiddelde leeftijd van patiënten was 62 jaar en van partners 59 jaar.

- Patiënten na een MI en hun partners scoorden hoger op de meetschalen angst en depressie in vergelijking met normscores op de gebruikte meetschalen in de algemene populatie.
- Partners scoorden hoger op de meetschalen voor angst en depressie in vergelijking met patiënten, dat wil zeggen dat partners meer angst en depressie ervaren. Verder scoorden partners lager op de meetschaal voor ervaren controle in vergelijking met de patiënt, dat wil zeggen dat partners minder het gevoel hebben dat zij invloed hebben op de situatie.
- Daarnaast bleek meer angst en depressie bij partners samen te hangen met slechtere scores van patiënten op de meetschaal psychosociale aanpassing aan de ziekte.
- De gevonden relaties stonden los van leeftijd, geslacht en de kwaliteit van de huwelijksrelatie.

Conclusie

Een gebeurtenis als een MI is een stressvolle gebeurtenis voor patiënten, maar evenzeer voor de directe naasten, zoals partners. Nog belangrijker is de bevinding dat angst en depressie bij partners samenhangen met slechtere psychosociale uitkomsten bij patiënten. Begeleiding van partners na een MI of revascularisatie lijkt dan ook van groot belang.

Een belangrijke beperking van deze studie is het gebruik van een cross-sectioneel design, waarbij data zijn verzameld op één moment in de tijd. Hierdoor kan slechts worden vastgesteld dat er samenhang is tussen psychosociale stress bij partners en psychosociale aanpassing aan de ziekte bij patiënten. Longitudinale studies, waarbij op verschillende momenten in de tijd gegevens worden verzameld, zijn noodzakelijk om oorzaak en gevolg tussen beide variabelen te kunnen aantonen.

Betekenis voor de praktijk

Voor de dagelijkse praktijk van verpleegkundigen betekent dit dat goede begeleiding na een MI, PCI of CABG en een goede voorbereiding op een PCI of CABG niet alleen belangrijk zijn voor patiënten, maar even zozeer voor de partners van deze patiënten. Het betekent dat verpleegkundigen partners actief moeten betrekken bij deze begeleiding c.q. voorbereiding. Het verminderen van angst en het bevorderen van het gevoel van controle bij partners kan – net als bij patiënten – worden bereikt door het geven van informatie over de ziekte en revascularisatieprocedure en door empathie en aandacht voor de rol en mogelijke psychosociale problemen van partners. ☺

Literatuur

1. Moser DK, Dracup K. Role of Spousal Anxiety and Depression in Patients' Psychosocial Recovery after a Cardiac Event. *Psychosomatic Medicine* 2004;66:527-32.

De distressed (type-D) persoonlijkheid: een nieuwe risicofactor in hart- en vaatziekten

Susanne S. Pedersen, psycholoog, afdeling Medische Psychologie, Universiteit van Tilburg en Thoraxcentrum, Erasmus MC, Rotterdam.

E-mail: s.s.pedersen@uvt.nl

Angélique Schiffer, psycholoog, afdeling Medische Psychologie, Universiteit van Tilburg en afdeling Cardiologie, TweeSteden Ziekenhuis, Tilburg

Psychologische factoren spelen een rol in de prognose en kwaliteit van leven van patiënten met hartaandoeningen. Hoewel een grote nadruk op depressiviteit wordt gelegd, komen andere psychologische factoren, zoals een type-D persoonlijkheid, steeds meer in de belangstelling te staan.



Tekening: Franka van der Loo

Introductie

Psychologische factoren spelen een rol in de prognose en kwaliteit van leven van patiënten met hartaandoeningen.^{1,2} Met name de relatie tussen depressiviteit enerzijds en mortaliteit^{3,4} en kwaliteit van leven^{2,4} anderzijds is veelvuldig onderzocht bij patiënten met coronaire hartaandoeningen, met soms tegenstrijdige resultaten voor wat betreft het verband tussen depressieve symptomen en prognose. De grote nadruk die gelegd wordt op depressiviteit, brengt het gevaar met zich mee dat andere psychologische risicofactoren over het hoofd worden gezien.

Definitie type-D persoonlijkheid

De type-D, ofwel distressed, persoonlijkheid is zo'n andere psychologische risicofactor voor hart- en vaatziekten waarover in de laatste jaren regelmatig gepubliceerd is.⁵⁻⁸ Het type-D construct bestaat uit de combinatie van twee stabiele persoonlijkheidstrekken, namelijk negatieve affectiviteit (NA) en sociale inhibitie (SI).⁷ Type-D patiënten hebben de neiging om veel negatieve emoties te ervaren, zoals zich zorgen maken en een gevoel in de put te zitten (*negatieve affectiviteit*). Daarbij hebben ze de neiging om deze emoties op te kroppen en niet met anderen te delen, omdat ze angstig zijn om afgewezen te worden of kritiek te krijgen (*sociale inhibitie*).

Het hebben van een type-D persoonlijkheid is niet hetzelfde als depressief zijn, omdat het construct ook iets zegt over hoe mensen met negatieve emoties omgaan, namelijk door de gevoelens op te kroppen. Bovendien is negatieve affectiviteit (zoals zich zorgen maken of geïrriteerd zijn) kenmerkend voor type-D, terwijl het bij depressie specifiek gaat om een ziekelijke somberheid. Een ander onderscheid heeft betrekking op het tijdbestek waarin de risicofactoren invloed uitoefenen, waarbij type-D als chronische

risicofactor (≥ 2 jaar) beschouwd kan worden en depressie als episodische (< 2 jaar). Aangezien type-D een persoonlijkheidsconstruct is en geen toestandsbeeld, verschilt het ook in deze van depressie. Tenslotte betreft type-D een normaal persoonlijkheidskenmerk en gaat het niet om psychopathologie, zoals bij depressie het geval is.⁹

Type-D kan gemeten worden met een gestandaardiseerd, valide en betrouwbaar meetinstrument, de 'Type-D Schaal' (DS14).⁷ Deze schaal bestaat uit twee subschalen (NA en SI) van elk zeven vragen, die beantwoord kunnen worden op een 5-puntsschaal lopend van 0 (onjuist) tot 4 (juist). Voorbeelden van items die NA meten zijn: "Ik zie de zaken somber in" en "Ik maak me dikwijls zorgen". Voorbeelden van items van de SI-subschaal zijn: "Ik voel me vaak geremd in de omgang met anderen" en "Ik ben een gesloten persoon". Aangezien de schaal relatief kort is en de vragen eenvoudig geformuleerd zijn, is de vragenlijst voor de patiënt gemakkelijk en in korte tijd in te vullen. Het gebruik van de DS14 als een screeningsinstrument in de klinische praktijk voor het identificeren van hoogrisicopatiënten met een cardiovasculaire aandoening is eerder door Albus et al. aanbevolen.¹⁰ De DS14 is ook

meegenomen in het *Euro Cardio-Qol Project*, een internationaal project binnen *The European Society of Cardiology*. Het doel van het project is een 'gouden standaardvragenlijst' te ontwikkelen voor het meten van kwaliteit van leven in patiënten met hart- en vaatziekten.¹¹

Prevalentie

Bij hart- en vaatziekten ligt de prevalentie van patiënten met een type-D persoonlijkheid tussen de 27-31%^{5,12,13,14}, in gezonde mensen tussen de 13-24%^{7,15,16}, terwijl in een studie bij hartfalenpatiënten een prevalentie van 45% gevonden is.⁸ Bij 53% van patiënten met hypertensie is een type-D persoonlijkheid gevonden.⁷ Momenteel is nog niet bekend welke betekenis aan deze relatieve hoge prevalentie van type-D in patiënten met hypertensie gegeven moet worden en of type-D een invloed heeft op het ontstaan van risicofactoren zoals hypertensie.

Samenvatting van onderzoeksresultaten

Binnen verschillende groepen hartpatiënten, maar ook binnen andere groepen patiënten, zoals patiënten met perifeer vaatlijden, is de relatie tussen type-D persoonlijkheid en mortaliteit, morbiditeit, kwaliteit van leven, en psychologische distress onderzocht. Onderstaand wordt een overzicht gegeven van de resultaten, geordend per patiëntengroep.

Coronaire hartziekte

Onderzoek heeft aangetoond dat type-D patiënten met een coronaire hartziekte een vier keer zo groot risico hebben om te overlijden als niet-type-D patiënten, onafhankelijk van biomedische risicofactoren.¹³ Bij patiënten met coronairlijden en hartfalen bleek type-D een onafhankelijke voorspeller voor mortaliteit of een niet-fataal myocard infarct (MI) op de lange termijn (6-10 jaar).¹⁷ Naast het verhoogde risico op overlijden of een MI te krijgen bleek er bij patiënten met een coronaire hartziekte een verband te bestaan tussen type-D en verminderde kwaliteit van leven.⁵

Behalve deze verbanden tussen type-D, prognose en kwaliteit van leven zijn er binnen de groep van patiënten met een coronaire hartziekte ook relaties aangetoond tussen type-D en andere psychologische risicofactoren voor hart- en vaatziekten, zoals vitale uitputting.¹⁸ Vitale uitputting wordt gekenmerkt door uitgesproken vermoeidheid, geïrriteerdheid en een gevoel van demoralisatie.¹⁸ Type-D

patiënten met coronairlijden rapporteren meer symptomen van vitale uitputting dan niet-type-D patiënten.¹⁹

Chronisch hartfalen

Ook bij hartfalenpatiënten is type-D persoonlijkheid onderzocht.^{8,20} Type-D persoonlijkheid bleek onafhankelijk samen te hangen met een verminderde kwaliteit van leven en toename van depressieve symptomen.⁸ Ook werd er een verband gevonden tussen type-D en enkele parameters van het immuunsysteem (TNF- α en TNF- α -receptoren).²⁰ Uit eerder onderzoek is gebleken dat TNF- α en TNF- α -receptoren een verslechterde prognose bij hartfalen voorspellen.²¹ Het eerdergenoemde verband tussen type-D persoonlijkheid en slechtere prognose zou mogelijk mede verklaard kunnen worden door veranderingen in immuunparameters, maar verder onderzoek op dit terrein is nodig.

Medische interventies

Het type-D construct is ook onderzocht bij patiënten die verschillende interventies ondergingen, waaronder bypasschirurgie (CABG), percutane coronaire interventie (PCI) of implanteerbare defibrillator (ICD). Bij CABG-patiënten is type-D een onafhankelijke voorspeller gebleken van zowel fysieke als mentale kwaliteit van leven.²² Bij PCI patiënten, behandeld met een *drug-eluting stent*, was type-D gerelateerd aan een hoger risico op overlijden en het optreden van een MI.²³ Tot slot bleek bij ICD-patiënten en hun partners een relatie te bestaan tussen type-D persoonlijkheid en angstige en depressieve gevoelens.⁶ Type-D patiënten liepen een zeven keer zo groot risico op angst en depressie als niet-type-D patiënten.

Type-D persoonlijkheid en fysiologische reacties

Er zijn ook onderzoeken gedaan naar de relatie tussen type-D persoonlijkheid en fysiologische reactiviteit. Zo bleek dat bij mannen de *sociale inhibitie* van type-D tijdens een stressvolle opdracht gerelateerd was aan verhoogde bloeddruk, terwijl *negatieve affectiviteit* gerelateerd was aan vertraagde hartslag.²⁴ *Negatieve affectiviteit en sociale inhibitie* bleken elk afzonderlijk te correleren met verhoogde uitscheiding van cortisol bij stress.²⁴ Waarschijnlijk beïnvloedt de combinatie van *negatieve affectiviteit en sociale inhibitie* de werking van de hypothalamische-pituitary-adrenal (HPA).²⁵ Het is moeilijk om te verklaren waarom

Verklarende woordenlijst

Betrouwbaarheid: De nauwkeurigheid van een (meet)instrument. Met nauwkeurigheid bedoelen we dat bij een tweede of herhaalde meting de onderzoeksresultaten hetzelfde moeten zijn (reproduceerbaarheid).

Onafhankelijke voorspeller: Een variabele (bijvoorbeeld type-D) is een onafhankelijke voorspeller als deze zijn effect op de uitkomstmaat (bijvoorbeeld overlijden) behoudt na statistische controle voor andere relevante variabelen (bijvoorbeeld klinische risicofactoren, zoals diabetes en meertaklijden).

Prevalentie: De prevalentie van een aandoening is het aantal gevallen per 1.000 of per 100.000 in de bevolking op een specifiek moment. Niet te verwarren met 'incidentie' dat het aantal nieuwe gevallen in een bepaald tijdvak aangeeft.

Valideren: Het onderzoeken of een instrument valide is, dat wil zeggen of het instrument meet wat het beoogt te meten.

deze relaties alleen bij mannen werden gevonden, aangezien in de literatuur op dit punt normaalgesproken geen verschillen tussen mannen en vrouwen zijn te vinden. Wel plaatsen wij de kanttekening dat de studie gebaseerd is op een gezonde populatie en niet op patiënten met hart- en vaatziekten.

Samenvatting en implicaties voor de praktijk

Bovenstaand overzicht maakt duidelijk dat het onderzoek naar de rol van type-D persoonlijkheid in de prognose van cardiovasculaire aandoeningen volop in beweging is. Type-D persoonlijkheid blijkt in verschillende patiëntengroepen gerelateerd te zijn aan een verhoogde kans op mortaliteit, morbiditeit, een verminderde kwaliteit van leven en psychologische dis-

dan ook aan te bevelen. Kennis van deze mechanismen zou kunnen leiden tot het ontwikkelen van beter toegespitste interventies om de prognose en kwaliteit van leven van type-D patiënten te verbeteren. Wij zijn van mening dat het in de klinische praktijk in de eerste plaats belangrijk is om type-D patiënten te identificeren, waarbij de DS14 gebruikt kan worden. Er zijn voldoende aanwijzingen dat deze patiënten extra zorg en aandacht nodig hebben om evenveel baat bij medische behandelingen en interventies te hebben als niet-type-D patiënten.^{5,19,22,23} Verpleegkundigen kunnen een belangrijke rol vervullen bij het verbeteren van het zelfmanagementgedrag van type-D patiënten door herhaaldelijk te benadrukken hoe belangrijk compliance is, waarbij niet alleen medicatie, maar ook revalidatie en

vinden zich immers in een risicogroep voor het ontwikkelen van depressieve of angstige gemoedstoestanden. De verpleegkundige dient hier alert op te zijn en indien nodig hulp van een ziekenhuispsycholoog of psychiater in te schakelen.

Conclusie

Type-D persoonlijkheid is een nieuwe risicofactor binnen het cardiovasculaire domein, waar in de praktijk rekening mee gehouden dient te worden. Het is belangrijk om op te merken dat het een misvatting is dat een type-D persoonlijkheid niet te veranderen zou zijn, omdat het een persoonlijkheidstype is. Hoewel type-D patiënten de neiging hebben om veel negatieve emoties te ervaren, betekent dit niet dat de mate van emotionele stress niet gereduceerd kan worden. Ook kun-



stress, zoals angst en depressie. De mechanismen die deze relaties verklaren, zijn vooralsnog onduidelijk. Er bestaan, zoals vermeld, aanwijzingen voor verschillen tussen type-D en niet type-D patiënten in fysiologische reactiviteit, maar ook gedragsmatige verschillen zouden een verklaring kunnen vormen voor het verband tussen dit persoonlijkheidstype en negatieve uitkomsten. Men kan zich voorstellen dat type-D patiënten er een ongezondere levensstijl op na houden, zich minder houden aan voorschriften van hun artsen (compliance) of minder snel hun arts opzoeken op momenten dat ze symptomen ervaren. Onderzoek naar de fysiologische en/of gedragsmatige verklaring(en) voor de gevonden verbanden is

gedragsveranderingen aandacht verdienen. Daarnaast is aandacht voor de relatie en communicatie tussen gezondheidszorgprofessionals en type-D patiënten van groot belang. Door de *sociale inhibitie*-component zal deze patiëntengroep niet geneigd zijn negatieve gevoelens en gedachten, onzekerheden en twijfels, te bespreken. Verpleegkundigen kunnen een belangrijke rol spelen bij het bespreekbaar maken van deze negatieve gevoelens. Indien nodig kunnen patiënten doorverwezen worden naar een ziekenhuispsycholoog, die socialevaardigheidstraining of assertiviteitstraining kan overwegen. Ten slotte dient er ook aandacht te zijn voor het ontstaan van een depressie of angstproblematiek. Type-D patiënten be-

nen deze patiënten leren om anders met hun negatieve gevoelens om te gaan, bijvoorbeeld door socialevaardigheidstraining of assertiviteitstraining. Er zijn nog geen interventiestudies gedaan binnen het type-D domein en hierin is dan ook een aanbeveling voor toekomstig onderzoek gelegen. ☺

Literatuur

1. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999;99:2192-217.
2. Rumsfeld JS, Havranek E, Masoudi FA, Peterson ED, Jones P, Tooley JF,

- Krumholz HM, Spertus JA.** Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2003;42:1811-7.
3. **Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, White W, Smith PK, Mark DB, Jones R, Mathew JP, Newman MF.** Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet* 2003;362:604-9.
 4. **Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers G, Lip GYH.** Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosom Med*;63:221-30.
 5. **Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL.** Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effect of Type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation* 2000;102:630-5.
 6. **Pedersen SS, Van Domburg RT, Theuns DAMJ, Jordaens L, Erdman RAM.** Type D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Psychosom Med* 2004;66:714-9.
 7. **Denollet J.** DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005;89-97.
 8. **Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershoven JW, Hendriks EH, Winter JB, Denollet J.** Type D personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005;12:341-6.
 9. **Denollet J.** Type D personality: a potential risk factor refined. *J Psychosom Res* 2000;49:255-66.
 10. **Albus C, Jordan J, Herrmann-Lingen C.** Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart disease – recommendations for clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2004;11:75-9.
 11. **Oldridge N, Saner H, McGee HM;** for the HeartQoL Study Investigators. The Euro Cardio-QoL Project. An international study to develop a core heart disease health-related quality of life questionnaire, the Heart QoL. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005;11:87-94.
 12. **Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL.** Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1995;57:582-91.
 13. **Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL.** Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 1996;347:417-21.
 14. **Pedersen SS, Denollet J.** Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev and Rehabil* 2003;10:241-8.
 15. **Pedersen SS, Denollet J.** Validity of the Type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *J Psychosom Res* 2004;57:265-72.
 16. **Aquarius AE, Denollet J, Hamming JF, Vries J de.** Role of disease status and Type D personality in outcomes in patients with peripheral arterial disease. *Am J Cardiol* 2005;96:996-1001.
 17. **Denollet J, Brutsaert DL.** Personality and disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation* 1998;97:167-73.
 18. **Appels A.** Vital exhaustion, extent of atherosclerosis and the clinical course after successful percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Eur Heart J* 1995;16:1880-5.
 19. **Pedersen SS, Middel B.** Increased vital exhaustion among Type D patients with ischemic heart disease. *J Psychosom Res* 2001;51:443-9.
 20. **Denollet J, Conraads VM, Brutsaert DL, de Clerck LS, Stevens WJ, Vrints CJ.** Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of Type D personality. *Brain, Behavior & Immunity* 2003;17:304-9.
 21. **Deswal A, Petersen NJ, Feldman AM, Young JB, White BG, Mann DL.** Cytokines and cytokine receptors in advanced heart failure: An analysis of the cytokine database from the Vesnarinone Trial (VEST). *Circulation* 2001;103:2055-9.
 22. **Al-Ruzzeq S, Athanasiou T, Mangoush O, Wray J, Modine T, George S, Amrani M.** Predictors of poor mid-term health related quality of life after primary isolated coronary artery bypass grafting surgery. *Heart* 2005;91:1557-62.
 23. **Pedersen SS, Lemos PA, Voorden PR van, Liu TKK, Daemen J, Erdman RAM, Smits PC, Serruys PWJC, Domburg RT van.** Type D personality predicts death or myocardial infarction after bare metal stent of sirolimus-eluting stent implantation: A Rapamycin-Eluting Stent Evaluated At Rotterdam Cardiology Hospital (RESEARCH) registry sub-study. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:997-1001.
 24. **Habra ME, Linden W, Andersom JC, Weinberg J.** Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res* 2003;55:235-45.
 25. **Sher L.** Type D personality: the heart, stress and cortisol. *Q J Med* 2005;98:323-9.

(Advertentie)

OPROEP

OP KOSTEN VAN DE **NVHV** NAAR HET JAARLIJKSE
ESC CONGRES 2007 IN WENEN?

Kijk op www.nvhv.nl voor meer informatie.

Een consult van de chirurg

Wat ziet u op het elektrocardiogram?

Cyril Camaro, aios Cardiologie,
hartcentrum / cardiologie huispost 670,
UMC St Radboud, Nijmegen
E-mail: C.Camaro@cardio.umcn.nl

Op blz. 151 stelde de auteur van deze bijdrage u vijf 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 het elektrocardiogram (ECG)? Beschrijf het ECG systematisch.

Gezien de voorgeschiedenis lijkt het voor de hand liggend het ritme af te geven als boezemfibrilleren. Als u echter goed kijkt, ziet u een regelmatig terugkerende onregelmatigheid. Zeer waarschijnlijk is hier sprake van boezemfibrilleren mét een junctionele tachycardie.

De stand van de gemiddelde elektrische hartas is normaal. De QRS-duur meet 0,08 sec. De QT-tijd meet 0,38 sec en is bij deze hartfrequentie verlengd. Er zijn geen pathologische q-golven. De repolarisatie is afwijkend: het dalende been van de R-top gaat geleidelijk over in het dalende been van het ST-segment, dat licht verlaagd is. Het opstijgende been van het ST-segment is weer steil. In de onderwandsafleidingen en de linksprecordiale afleidingen is te zien dat de amplitude van de T-top is verminderd, maar wel boven de iso-elektrische lijn uitkomt.

2. Een van de genoemde medicijnen veroorzaakt de afwijkingen op het ECG. Weet u welke?

De hartglycoside digoxine of digitalis is de meest waarschijnlijke oorzaak van de afwijkingen op het ECG. Digoxine vertraagt de hartfrequentie en de AV-geleiding en het verkort de duur van de actiepotentiaal. Een bijkomstig effect van digoxine is de positief inotrope werking, waardoor het vaak wordt gebruikt bij patiënten met hartfalen. Door blokkade van de Na⁺-K⁺-pomp neemt de intracellulaire natriumconcentratie toe. Het teveel aan natrium wordt uitgewisseld met calcium, waardoor de intracellulaire calciumconcentratie weer stijgt. Dit resulteert in toename van contractiliteit van het hart. Een teveel aan digoxinegebruik (digoxine-intoxicatie) kan resulteren in vrijwel iede-

re ritme- en geleidingsstoornis. Vaak komt op het ECG zelfs een combinatie van meerdere ritme- en geleidingsstoornissen voor, waardoor de interpretatie bijzonder moeilijk wordt. De mechanismen van digoxine-intoxicatie zijn (1) de geleidingsvertraging en blok in de sino-atriale junctie en in de AV-knoop, en (2) de abnormale prikkelvorming als gevolg van getriggerde activiteit.

3. Waarom is het van belang om de nierfunctie en het kaliumgehalte te weten?

Digoxine heeft een eliminatiehalfwaardetijd van 36 tot 48 uur en wordt renaal geklaard. Digoxine dient op geleide van de nierfunctie te worden aangepast om toxiciteit te voorkomen. Zo dient de dosering digitalis bij een slechte nierfunctie (die zich onder andere uit in een te hoog kreatininegehalte) te worden verlaagd. Door hypokaliëmie (in deze casus door onder andere lasixgebruik) kan een digitalisintoxicatie eerder tot expressie komen. Een laag kaliumgehalte dient daarom altijd te worden gecorrigeerd.

4. Wat is uw diagnose aan de hand van het verhaal en het ECG?

Het ECG vertoont duidelijk kenmerken van digoxinegebruik. Het feit dat er onverwacht een regelmatig ritme optreedt in een patiënt die bekend is met een irregulair hartritme (boezemfibrilleren), doet vermoeden dat er sprake is van een digoxine-intoxicatie. Patiënt vertoont geen andere (klinische) kenmerken van een digoxine-intoxicatie.

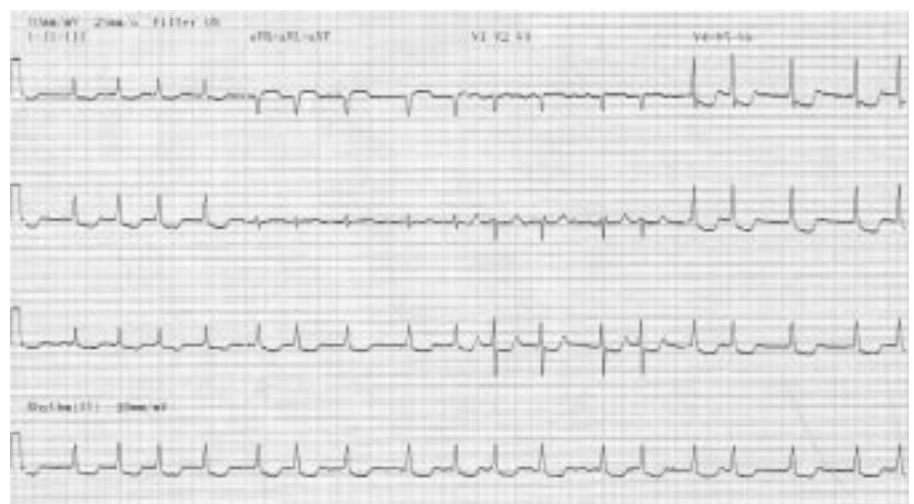
Diagnose: Elektrocardiogram van een patiënt met digoxinegebruik.

5. Had u deze patiënt laten opereren?

Het advies zou hier moeten zijn patiënt (vooralsnog) niet te laten opereren. Het bepalen van een digoxinespiegel dan wel aanpassing van de huidige dosering aan de hand van nierfunctie was op zijn plaats geweest.

Aanbevolen literatuur

1. Wellens HJ. Digitalis-induced emergencies. In: H. Wellens & M. Conover M (eds). The ECG in emergency decision making. 1st edition. Philadelphia: WB Saunders company, 1992:139-59.



Figuur 1.

CarVasZ 2006 – congresverslag

Op 10 november jl. vond het derde CarVasZ-congres plaats, hét congres voor de CardioVasculaire Zorg. Onder de titel 'Nieuwe tijden, nieuwe kansen' kwamen veel verpleegkundige pioniers aan het woord. Tijdens dit CarVasZ-congres vierde de NVHVV haar 10-jarige jubileum en Annette Galema, die als NVHVV-voorzitter het congres opende, maakte duidelijk dat er veel te vieren is. Zo is het aantal leden weer flink gestegen, waardoor we het 1000^{ste} lid op het congres konden begroeten. Dat het niet alleen maar feest is maakte ze ook heel duidelijk. Steeds meer mensen hebben een ongezonde leefstijl, waardoor het aantal patiënten met hart- en vaatziekten almaar blijft stijgen. Ruim 700 congresbezoekers discussieerden mee over de zorg aan deze groeiende groep patiënten. Met ongeveer 100 personen op een wachtlijst voor een CarVasZ-toegangkaart is het in de toekomst misschien tijd voor een grotere locatie.

Wilma Scholte op Reimer, Erasmus MC, afdeling Cardiologie, Rotterdam

Plenaire sessie

Marcelis Boereboom, directeur Curatieve Zorg en Plaatsvervangend Directeur Generaal Gezondheidszorg bij het Ministerie van VWS, schetste de veranderingen in de zorg. Met het regeerakkoord 2003 'Meedoen, meer werk, minder regels' en het programma 'Andere Overheid' van begin 2004 is er meer verantwoordelijkheid en vrijheid voor burgers gekomen en is het aantal bureaucratische regels verminderd. Voor de zorg betekent deze veranderingsrichting onder andere meer ruimte en verantwoordelijkheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars via de nieuwe zorgverzekeringswet of blijkt dit uit het 'Sneller Beter'-project en de vrije prijsvorming voor 70% van de ziekenhuiszorg. De consequentie is dat instellingen nu zelf heel goed moeten weten waar de kosten en de kostenbesparingsmogelijkheden liggen, maar ook dat er ruimte is voor betere zorg. Ook voor verpleegkundigen biedt dit kansen. Wat diabetesverpleegkundigen bijvoorbeeld goed hebben opgepakt is om vanuit het ziekenhuis met huisartsen en de eerstelijns de nazorg beter te regelen. Met het oog op de naderende verkiezingen werden ook de huidige politieke standpunten ten aanzien van de zorg nog eens op een rij gezet – met als extreme typering die van 'Mooi zelf geregeld' (VVD) tot 'Gecontroleerd geluk' (SP) of van 'Zorg in eigen kring' (PVV) tot 'Europese solidariteit' (Groen Links) en in het midden van deze extremen het CDA (iets meer aan de private kant) en de PvdA (iets meer naar de publieke zijde).

Marcelis Boereboom: "Investeren in zorg is investeren in maatschappelijke stabiliteit"

Ivo Sindram van De Mul Zegger Advocaten uit Nijmegen legde uit dat de net ingevoerde BIG-wet nu al weer achterhaald is. Elke discipline, en vooral medisch specialisten, bakenen daarin hun eigen beroep sterk af. Met de komst van bijvoorbeeld nurse practitioners, physician assistants en verpleegkundige specialisten wordt het doorbreken van de grenzen tussen beroepen juist belangrijk.

Verder benadrukte hij dat het belangrijk is om te beseffen dat 'eindverantwoordelijkheid' juridisch gezien een begrip is dat niet bestaat. Elke functionaris heeft zijn eigen verantwoordelijkheid en daarmee aansprakelijkheid voor zijn taken. Op die taken kun je worden aangesproken, niet op eindverantwoordelijkheid. De verpleegkundige staat dus zelf terecht als door zijn of haar toedoen iemand overlijdt. Bij een verkeerde opdracht door een arts

én een verkeerde uitvoering staan beiden voor het gerecht. Tot slot kwamen de juridische consequenties van protocollen aan bod. Belangrijk om te beseffen is dat protocollen die op een afdeling liggen up-to-date moeten zijn en gebaseerd op consensus. Gemotiveerd afwijken mag en moet zelfs als dat nodig is. Dus 'kip-zonder-kopacties' of 'kookboekverpleegkunde' worden ook juridisch gezien niet getolereerd. Belangrijk is om te rapporteren waarom je afwijkt van protocollen en dat je binnen de grenzen blijft van wat in redelijkheid tot de deskundigheid van verpleegkundigen mag worden gerekend.

Ivo Sindram:

"De BIG wet is een ouderwetse wet."

"Wat iemand kan, gaat bepalen wat iemand mag."

"Eindverantwoordelijkheid in de zorg bestaat niet."

"Verouderde protocollen of protocollen waarover geen multidisciplinaire consensus bestaat, zijn gevaarlijk – ook juridisch gezien."

Enkele hoogtepunten uit 27 parallelsessies

PA?

Nort Braam (PA thorax-hartchirurgie, UMC St Radboud) belichtte de verschillen tussen Nurse Practitioners (NP) en Physician Assistants (PA). Zo is de NP'er altijd een verpleegkundige en kan de PA'er ook een paramedicus zijn; de PA'er is vaak gebonden aan een medisch specialisme, terwijl de NP'er meestal gebonden is aan een bepaald ziektebeeld en werkt de NP'er vaker zelfstandiger en de PA'er meer onder supervisie van een medicus. Dit gaf veel discussie en liet zien dat de taken en verantwoordelijkheden van NP'ers en PA'ers in het land sterk verschillen.

NP?

Bianca Tan (NP Hartfalen, Dirksland ziekenhuis) meldde dat Nederland nu ongeveer 500 gediplomeerde NP'ers telt, waarvan ruim 30% werkzaam is binnen de tweedelijns, en dan vooral op het terrein van de hart- en vaatverpleegkunde. Een combinatie van relatief goed te protocolleren zorg en ruimdenkende medisch specialisten gaf zij daarvoor als verklaring. Ook besprak ze de wildgroei aan nieuwe functies: NP'ers, PA'ers, verpleegkundig consulenten en specialisten, enzovoort. Ze maakte duidelijk dat op basis van het VBOC-rapport van afgelopen juni wettelijk gezien straks twee beroepen worden onderscheiden: verpleeg-

kundigen en verpleegkundig specialisten. NP is geen beroep, maar een functie. Of je als NP'er straks in aanmerking komt voor de beschermde titel van verpleegkundig specialist is afhankelijk van je opleiding en werkzaamheden.

Vasculair verpleegkundige?

Hella Grandjean (Vasculair verpleegkundige, Rijnstate Ziekenhuis) maakte duidelijk dat de behandeling van hart- en vaatpatiënten vaak erg gefragmenteerd is. Met de multidisciplinaire richtlijn *Cardiovasculaire aandoeningen* in de hand, coördineert zij vanuit haar functie de zorg en zorgt ze dat de patiënt centraal staat. Duidelijk werd ook dat verpleegkundigen met de post-HBO-opleiding tot hart- en vaatverpleegkundige, net als NP'ers, straks niet automatisch in aanmerking komen voor de beschermde titel verpleegkundig specialist. Dit wordt per persoon bekeken en is ondermeer afhankelijk van vooropleiding, deskundigheid en werkzaamheden.

Workshop ECG leer

Gerard Nijkerk en John Peringa gaven een zeer interactieve workshop over verstandige interpretaties van ECG's. Veel casuïstiek en handige tips passeerden de revue. Ook werd het nut van 'even googelen op het web' voor een juiste interpretatie geïllustreerd.

Klinische lessen

Op het programma stond een aantal klinische lessen. Een heldere les getiteld 'Harttamponade als complicatie' werd gegeven door Wim Lagrand (Cardioloog-intensivist, Erasmus MC). Met een zeer uitgebreide presentatie over wat harttamponade is, de gevolgen, de diagnose en de behandeling wist hij het publiek tijdens de laatste parallelsessie van een lange symposiumdag nog zeer te boeien. Hij betrok het publiek bij de inhoud door vragen te stellen en een appèl te doen op de eigen ervaring, wat in een zaal van bijna 200 aanwezigen al een hele prestatie is. Belangrijkste boodschap: ondanks alle schitterende, met name diagnostische plaatjes en bewegende beelden, blijft de klinische presentatie van de patiënt ons uitgangspunt.

Brein

Karin Kanselaar (NP neurovasculaire aandoeningen, UMC St Radboud) en Michel Wijlens (verpleegkundig consultant neurologie, Ziekenhuisgroep Twente) lieten met prachtige animatiefilms zien hoe het brein de schade bij een infarct weet te beperken. Ook werd duidelijk dat cognitie een breed begrip is en dat het belangrijk is om helder te zijn in wat we dan precies bedoelen: aandacht en concentratie problemen, of problemen in waarneming, handelen, geheugen of executieve functies. De zorgaanpak is immers sterk afhankelijk van het precieze probleem. De zaal was voor ongeveer driekwart gevuld met neuroverpleegkundigen en voor een kwart met cardiologieverpleegkundigen. Een mooie manier, zo vond men in de zaal, om deze twee aandachtsgebieden dichter bij elkaar te brengen.

Startrek

Jan Elders, NP EFO/Pacing UMC St Radboud, en Startrek-fan gaf in zijn presentatie '(S)PACE... the final frontier' de ontwikkeling en het bestaansrecht van zijn functie weer. Samen met een medicus verricht hij pacemakerimplantaties. De vragen 'Kan dat?' en 'Mag dat?' wist hij positief te beantwoorden.

Feestelijkheden

1000^{ste} lid

Tijdens het CarVasZ-congres is het 1000^{ste} lid ingeschreven. Haar naam is Caroline Wulffraat en ze is werkzaam als IC-CCU-verpleegkundige en op de hartfalen polikliniek van het IJsselland Ziekenhuis te Rotterdam. Een jaar lang gratis lidmaatschap kreeg ze als cadeau. Welkom!

Caroline Wulffraat: "Ik ben erg verbaasd dat ik pas het 1000^{ste} lid ben."

Posterprijs



De posterprijs werd gewonnen door Martje van der Wal en Tiny Jaarsma, verpleegkundig onderzoekers in het Universitair Medisch Centrum Groningen. De titel van de poster was: 'Ervaren barrières bij het opvolgen van leefregels bij patiënten met hartfalen'. Op basis van resultaten van het COACH-onderzoeksproject concludeerden zij dat patiënten met depressieve symptomen, ernstig hartfalen en weinig kennis over hartfalen de grootste barrières ervaren bij het opvolgen van voorschriften over medicatie, dieet en dagelijks wegen. Het is dus belangrijk om therapietrouwverhogende interventies vooral te richten op deze patiënten.

Cabaret en buffet



Na het serieuze deel was het tijd voor wat ontspanning met cabaret en buffet om met z'n allen het 10-jarige jubileum te vieren en terug te kijken op een geslaagde dag!

LANZIG!

Het werken met het softwarepakket 'CARDSS: indicatiestelling, evaluatie en registratie bij Hartrevalidatie'



Tijdens het Congres *Hartrevalidatie: een nieuwe start* van 29 januari 2004 werd in een workshop ingegaan op het onderwerp: 'Indicatiestelling hartrevalidatie: werken met de beslisboom'. Hierbij werden ook presentaties en demonstraties gegeven over de CARDSS-software. De Nederlandse Hartstichting heeft CARDSS laten ontwikkelen om de professionals die te maken hebben met hartrevalidatie, zo goed mogelijk te ondersteunen bij het aanbieden van hartrevalidatie volgens de Richtlijn Hartrevalidatie 2004. Bovendien geeft de het programma houvast bij de verdere organisatie van de hartrevalidatie.

CARDSS geeft advies, toelichting en begeleiding bij de indicatiestelling; biedt de mogelijkheid tot rapportage en evaluatie, is tegelijkertijd een elektronisch patiëntendossier en kan overzichten van de patiëntenpopulatie en de uitgevoerde revalidatieprogramma's genereren. Tevens kan de gebruiker alle ingevoerde en gegenereerde informatie printen. De software is voor bijna alle hartpatiënten te gebruiken, exclusief patiënten met hartfalen. Het mooie is dat iedere professional met de software kan werken. Na afloop van de workshop had men de mogelijkheid om aan te geven of men geïnteresseerd was in deelname aan een wetenschap-

pelijk onderzoek met deze software: de CARDSS-trial. Voorheen werd er altijd met een 'papier' versie van de beslisboom gewerkt en moest de professional zelf, op basis van zijn eigen kennis en ervaring, of doormiddel van het consulteren van de Richtlijn Hartrevalidatie bepalen aan welke doelen de patiënt tijdens de revalidatie moest gaan werken en welke programma's hij uiteindelijk ging volgen.

Het primaire doel van de CARDSS-trial was het onderzoeken van het effect van de adviesfunctie (beslissingsondersteuning) in de software: Gaan mensen nu beter volgens de richtlijn werken als ze patiëntspecifiek advies krijgen op basis van de Richtlijn Hartrevalidatie, zonder dat zij daarvoor zelf de richtlijn hoeven te raadplegen?

Voor dit doel werd ook een controleversie van het programma gemaakt. Deze bevat alle genoemde functionaliteiten behalve de beslissingsondersteuning bij de indicatiestelling. Hierbij dient de professional dus zelf (net als in de vroegere situatie) te bepalen en in te vullen welke revalidatiedoelen en interventies geschikt zijn voor de patiënt bij wie de indicatiestelling plaatsvindt. De interventiegroep heeft dus wel beslissingsondersteuning. Hierbij geeft de software op basis van ingevoerde gegevens dus advies welke revalidatiedoelen en interventies geschikt zijn. De software geeft wel altijd de mogelijkheid om van de adviezen af te wijken, aangezien daar natuurlijk valide redenen voor kunnen bestaan.

Uiteindelijk hebben 34 Nederlandse ziekenhuizen deelgenomen aan het wetenschappelijk onderzoek. Uit analyse van het onderzoek zal moeten blijken of het inzetten van beslissingsondersteuning in deze setting zinvol is. Daarnaast wordt er

op basis van gegevens uit de verschillende ziekenhuizen een database van meer dan 4000 hartrevalidatiepatiënten gevormd. Deze database kan natuurlijk een heel waardevolle bron zijn voor onderzoek naar hartrevalidatie in Nederland.

Ook het ziekenhuis waar ik tot voor kort werkte, Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) te Winterswijk, deed mee aan het onderzoek. Als coördinator hartrevalidatie had ik wekelijks overleg met de cardioloog en fysiotherapeut. Tijdens dit overleg doorliepen wij bij elke aangemelde patiënt de vijf hoofdvragen van de beslisboom. Vanaf januari 2005 werd dit aan de hand van CARDSS gedaan. Wij zaten in de controlegroep, hetgeen betekende dat wij zelf de doelen voor de patiënt aan moesten kruisen. Dit betekende voor ons dus geen verandering in manier van werken. Tijdens het onderzoek was er steeds de mogelijkheid contact te onderhouden met de ontwikkelaars van het programma. Op- en aanmerkingen voor het verbeteren van het softwareprogramma werden door hen meegenomen. Inmiddels is in het SKB het onderzoek afgesloten en is onze 'controleversie' omgezet in de 'interventieversie' met beslissingsondersteuning. Over het algemeen kan ik zeggen dat het merendeel van de doelen zoals wij ze screenden, ook uit de beslissingsondersteuning naar voren kwam. Wel blijkt dat de richtlijn veel vaker de leefstijlmodule naar voren laat komen. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de leeftijd van de patiënt, of deze nu 50 of 85 jaar is. Ik blijf dan ook van mening dat je altijd moet kijken naar de haalbaarheid van een programma en zeker naar de motivatie van de patiënt. Want als de patiënt niet gemo-

tiveerd is, kun je er nog zo'n mooi programma op los laten, maar blijft revalideren zinloos. Een ander belangrijk punt is de medewerking van de afdeling Automatisering in een ziekenhuis. Van tevoren moet duidelijk zijn of een nieuw softwareprogramma gebruikt mag worden binnen de huidige infrastructuur. Ook moeten alle disciplines die in het hartrevalidatieteam deelnemen, de software kunnen (en willen) gebruiken. Pas dan kunnen de mogelijkheden van het programma zo optimaal mogelijk benut worden.

Het gebruik van CARDSS kan uiteindelijk een uitgebreid Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) opleveren, waarin iedere discipline de gewenste gegevens kan invoeren en ophalen. Bovendien kunnen alle betrokken disciplines inzicht krijgen in de resultaten van de hartrevalidatie op de voor hen interessante onderdelen.

Op het moment dat ik dit artikel schrijf – we schrijven inmiddels eind augustus – staat CARDSS nog steeds niet op het netwerk van het SKB. Alle gegevens worden ingevoerd via een stand alone computer, waarop vervolgens de beslissboom wordt doorlopen en veel extra vragen worden toegevoegd. Verpleegkundigen evalueren via het papieren dossier en vullen hierna de evaluatie in op de computer. De andere disciplines hebben derhalve nog steeds geen toegang tot deze gegevens. Dit maakt dat wij nog steeds dubbelop werken. Bij navraag in andere ziekenhuizen blijkt dat, als er al een bestaand dossier is, er veelal dubbelop gewerkt wordt (ongeveer 60%-70%). Ziekenhuizen die de revalidatie nieuw opstarten, kunnen meteen met het programma starten. Daar is het softwareprogramma meteen het uitgangspunt voor een EPD.

Er wordt op dit moment nog steeds gewerkt aan het updaten van het programma om een zo volledig mogelijk programma te krijgen, waarin daadwerkelijk alle voor de hartrevalidatie interessante informatie staat.

Vanuit het werkveld komen er ook vragen om deze vorm van beslissingsondersteuning verder uit te breiden. Er zijn dan ook plannen om binnenkort met alle disciplines die betrokken zijn bij de hartrevalidatie een bijeenkomst te organiseren om. Hopelijk kunnen de wensen van eenieder meegenomen worden, om zo een mooi instrument neer te kunnen zetten waar iedereen tevreden over is.

Concluderend kan ik zeggen dat CARDSS een prima instrument is om mee te werken. Het streven is om alle disciplines met dit programma te laten werken, opdat het papieren dossier overbodig wordt. Maar voor het zover is, zullen er misschien nog wel een paar nieuwe versies zijn verschenen en zal CARDSS geïntegreerd moeten (kunnen) worden met andere systemen in het ziekenhuis. Mijn wens voor de toekomst is dat alle ziekenhuizen ermee gaan werken en dat over een aantal jaren voor heel Nederland inzichtelijk is hoe hartrevalidatie gegeven wordt volgens de Richtlijn Hartrevalidatie 2004.

Ellen Hendrix, voormalig coördinator hartrevalidatie Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk, thans als zelfstandige werkzaam. Lid werkgroep Verpleegkundigen en Hartrevalidatie van de NVHVV.

Boekbespreking:
Patiëntveiligheid en patiëntenrechten
Auteur: J. Legemaate
ISBN 90 313 4847 3
Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum, 2006
Paperback, 24 pagina's
Prijs: € 17,- te bestellen via www.bsl.nl



Patiëntveiligheid en patiëntenrechten is een gedrukte rede van prof. mr. Johan Legemaate, uitgesproken op woensdag 10 mei 2006 bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Gezondheidsrecht aan het VU medisch centrum en de faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Vrije Universiteit te Amsterdam. De laatste jaren is de roep om veilige zorg toegenomen als onderdeel van het al langer bestaande beleid op het gebied van de kwaliteit van zorg. Patiëntveiligheid wordt in de eerste plaats gezien als een verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren en instellingen, maar ook de patiënt zelf wordt een rol toebedeeld. In zijn rede staat Legemaate stil bij de relatie tussen het beleid betreffende patiëntveiligheid en de rechten van de patiënt. Naast verheldering van begrippen als patiëntveiligheid, incident en blamefree melden, worden vier thema's belicht:

1. veilig incident melden;
2. rechten van de patiënt op

informatie, waaronder het recht om over fouten geïnformeerd te worden;

3. de rol van de patiënt in het kader van patiëntveiligheid;
4. omgaan met klachten en claims.

In zijn conclusie zet Legemaate uiteen dat het beleid op het terrein van de patiëntveiligheid verschillende vragen oproept met betrekking tot de rechtpositie van patiënten. Hij ziet hierbij een gemengd beeld. Enerzijds is er sprake van elementen van patiëntveiligheid die een bedreiging voor de patiëntenrechten kunnen inhouden, anderzijds zijn er aspecten van patiëntveiligheid die alleen maar tot wasdom kunnen komen door bepaalde patiëntenrechten te accentueren of zelfs verder uit te bouwen, bijvoorbeeld het klachtenrecht.

Het boekje is een aanrader voor iedereen die een gefundeerd overalbeeld van patiëntveiligheid in relatie tot patiëntenrecht wil hebben. Het geeft geen antwoorden, maar legt juist de complexiteit van de materie met zijn verschillende facetten bloot. Het boekje spitst zich niet toe op de harten vaatpatiënt, want onderwerpen als patiëntveiligheid en patiëntenrechten staan boven specialisatie. In boekvorm is de rede te bestellen via de uitgever, maar de tekst is ook gratis te downloaden via <http://www.rechten.vu.nl/dbfi/lestream.asp?id=1818>.

Anne-Margreet van Dishoeck



Boekbespreking:
Werken aan gezonde vaten. Alles over de preventie van hart- en vaatziekten.
Bep Franke en Jan Dirk Banga
ISBN 90 6611 614 5
Immerc bv, Wormer, i.s.m. de Nederlandse Hartstichting, 2006
Paperback, 124 pagina's
Prijs: € 14,95

Franke en Banga behandelen verschillende cardiovasculaire risicofactoren. Roken, een hoge bloeddruk, een verhoogd cholesterolgehalte, gebrek aan beweging, overgewicht en diabetes passeren de revue als versterkers en versnellers van het proces van atherosclerose. De auteurs gaan daarbij in op een aantal vragen. Hoe kun je alert zijn op deze risicofactoren? Welke maatregelen zijn mogelijk en wat zijn de effecten daarvan? Wat kunnen hulpverleners betekenen voor mensen met een risico? En natuurlijk wat mensen zelf kunnen doen om het risico op hart- en vaatziekten tot het minimum te beperken. Het boek is veelzijdig en besteedt evenwichtig aandacht aan leefstijl, medicijnen en nieuwe ontwikkelingen. Gezien de heldere schrijfstijl, duidelijke afbeeldingen en de concrete inhoud is het een aanrader voor iedereen, die meer wil weten over preventie van hart- en vaatziekten. Niet alleen patiënten, maar ook aan professionals verschaft het boek een heldere samenvatting van de belangrijkste zaken.

Nienke Bruinsma

Boekbespreking:
Hartsvriendjes. Avonturen van Kris Krokodil Kinderhartenfonds i.s.m. de Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijking (PAH), 2006
ISBN-10 90 75131 90 9
ISBN-13 90 978 90 75131 90 1
Prijs: € 12,50 (excl. € 2,- verzendkosten), verkrijgbaar via www.kinderhartenfonds.nl.

Het Kinderhartenfonds heeft samen met de PAH het bijzondere voorleesboek Hartsvriendjes ontwikkeld voor kinderen van 4 t/m 6 jaar, die geboren zijn met een hartafwijking. Het boek helpt hen zich te uiten over het 'anders zijn' dan leeftijdsgenoten.

Hartsvriendjes gaat over het krokodilletje Kris. Kris heeft een aangeboren hartafwijking waar hij aan is geopereerd. Dat is te zien aan een groot litteken op zijn borst. Het boek bevat verhaaltjes over het ziekenhuis en de operatie, maar ook over leuke dingen zoals zwemmen, tikkertje en verstopperij. Het maakt duidelijk dat dat dingen zijn die Kris ook kan, alleen wat rustiger. Er zijn zes verhaaltjes om voor te lezen en twee aanwijspagina's. Kris Krokodil heeft prachtige tekeningen, die goed aansluiten bij de belevingswereld van een kleuter. Het is een aanrader voor kleuters en ouders, en voor hulpverleners en leerkrachten kan het één prima hulpmiddel zijn bij het geven van voorlichting en ondersteuning en om op een serieuze, maar ongedwongen manier de gevolgen van de ziekte met kinderen te bespreken. Kris Krokodil is een voorbeeld van de bijzondere initiatieven en activiteiten van het Kinderhartenfonds. Dat is in leven geroepen door de Nederlandse Hartstichting en zamelt geld in met het doel kinderen met een ziek hart beter te laten worden, blijvend zieke kinderen

een betere kwaliteit van leven te geven en gezonde kinderen zo lang mogelijk hartgezond te houden. De donaties worden besteed aan onder andere wetenschappelijk onderzoek, speciale kindervakantieweken en projecten die de risicofacto-



ren voor hart- en vaatziekten, zoals overgewicht, onvoldoende beweging en roken, onder de aandacht van gezonde kinderen brengen. De Junior Hartdag en de Heart Dance

Award voor scholen zijn hier voorbeelden van. Kijk voor meer informatie op www.kinderhartenfonds.nl en www.hartvoorschool.nl. De Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijkingen is een landelijke patiëntenorganisatie van en voor kinderen, jongeren en volwassenen met een aangeboren hartafwijking, hun ouders, partners en familieleden. De PAH speelt een belangrijke rol in de informatievoorziening over aangeboren hartafwijkingen aan patiënten en ouders; voor ernstige en minder ernstige aandoeningen. De PAH organiseert voorlichtingsbijeenkomsten en onderlinge contacten. Voor meer informatie: www.aangeborenhartafwijking.nl.

Wilma Scholte op Reimer

(Advertentie)

COZAAR® 50 en COZAAR 100

SAMENSTELLING

COZAAR 50 bevat per tablet 50 mg kaliumlosaart en COZAAR 100 bevat per tablet 100 mg kaliumlosaart.

INDICATIES

Essentiële hypertensie.
Type-2-diabetici met proteinurie ter verhoging van de progressie van nierziekte.
Hypertensiepatiënten met linkerventrikelhypertrofie ter vermindering van het risico van cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit.

DOSERING

Hypertensie
50 mg eenmaal daags. Indien noodzakelijk kan de dosering worden verhoogd naar eenmaal daags 100 mg. (Type-2-diabetici met proteinurie)
Gebruikelijke aanvangsdosering is 50 mg eenmaal daags. De dosis kan worden verhoogd naar 100 mg eenmaal daags. COZAAR kan met andere antihypertensiva, met insuline en andere voorgebruikte hypoglycaemica worden gecombineerd.
Hypertensiepatiënten met linkerventrikelhypertrofie
Gebruikelijke aanvangsdosering is 50 mg eenmaal daags. Op geleide van de bloed-drukreactie dient een laag dosis hydrochlorothiazide te worden toegevoegd en/of dient de dosis tot 100 mg eenmaal daags te worden verhoogd.
Voor doseringsaanwijzingen bij andere patiëntengroepen wordt verwezen naar de SPC.

CONTRA-INDICATIES

Overgevoeligheid voor een van de bestanddelen van dit product. Zwangerschap en lactatie.

WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGEN

Risico op hypotensie bij patiënten met intravasculaire vasculaire ziekte, patiënten met ernstige vorm van hartfalen, hypotensie of een gestoorde nierfunctie, aortastenose, gestoorde leverfunctie, nierarteriosclerose, operatie/anestose, en hemodialysepatiënten, gelijktijdig gebruik van kaliumsparende diuretica of kaliumsupplementen. Bij toediening van litiumzouten moet het serumlitium zorgvuldig worden gecontroleerd.
Gebruik bij kinderen: COZAAR is niet bij kinderen onderzocht.

BIJWERKINGEN

Bijwerkingen zijn onder meer: misselijkheid, orthostatische hypotensie en hyperkaliëmie (serumkalium > 5,5 mmol/l). Na de introductie van het geneesmiddel zijn onder andere zeldzame gevallen van overgevoeligheid, zoals anafylactische reacties, angio-oedeem waaronder zwelling van de larynx en glottis, met als gevolg luchtwegobstructie en/of gevoel van het gemoed, de lippen, pharynx en/of long gevoeld.

VERGOEDING EN PRIJS

COZAAR 50 en COZAAR 100 worden volledig vergoed binnen het ZVS door prijs de KNMP-toes. Raadpleeg de volledige productinformatie (SPC) voor meer informatie over COZAAR 50 en COZAAR 100.

COZAAR® is een geregistreerd handelsmerk van E.I. du Pont Nemours and Company, Wilmington, Delaware, U.S.A.

MSD

Merck Sharp & Dohme BV
Postbus 501, 2003 PC Haarlem
Tel.: 020 - 5153 153

jun 2005

1. Dahlöf B, et al.: Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *The Lancet* 2002; 359: 995-1003, 2002

LIFE-studie: Gerandomiseerde, dubbelblinde, direct vergelijkende studie met losartan (50-100 mg (+/- HCTZ) indien nodig) en atenolol (50-100 mg (+/- HCTZ) indien nodig) bij 9193 patiënten met hypertensie en LVH. Er werd getest met 'Cozar' 50 mg en atenolol 50 mg, op geleide van de bloeddruk werd de dosering eventueel verhoogd en/of gecombineerd met HCTZ en andere antihypertensiva. De studie duurde gedurende 4,9 jaar en het primaire eindpunt was gecombineerde CV-mortaliteit en -morbiditeit (CV-sterfte, MI en CV).

COZAAR
50 en 100

Krachtige bloeddrukdaling en méér



In LIFE bij hypertensiepatiënten
met LVH gaf COZAAR¹ (n=9193)

- Krachtige bloeddrukdaling²
- 25% méér risicoreductie voor CVA³
vs atenolol (p=0,001)
- 13% risicoreductie voor CV-sterfte,
MI en CVA³ vs atenolol (p=0,021)

COZAAR[®]
losartan, MSD

Raadpleeg de volledige productinformatie (SPC) afgevoerd COZAAR voor te schrijven.

Lees de productinformatie, referentie en studie-opzet elders in deze uitgave.

¹ Specifieke bloeddrukdaling COZAAR al dan niet in combinatie met andere antihypertensiva in de LIFE-studie. Drukdruk van het eind van de follow-upperiode of op de laatste visitie voordat een primair eindpunt plaatsvond gemiddeld 10,7 mmHg.

² Totale en niet-fatale CVA's, CVA als onderdeel van het primaire gecombineerde eindpunt. Geen significant verschil in cardiovasculaire mortaliteit en MI vs atenolol.

³ Gedefinieerd als gecombineerd primair eindpunt.

Easypump®

Thuis van harte eenvoudig



Wat is een Easypump®?

De Easypump® is een draagbaar elastomeer toedieningssysteem voor éénmalig gebruik. Het pompje weegt bijna niets en is handig in een heuptasje of in een jaszak mee te nemen. Door middel van elastische druk vindt infusie plaats. Batterijen of een infuuspaal zijn niet nodig. De unieke combinatie van volume en afgiftesnelheid bepaalt de infusieduur.

Wat zijn de mogelijkheden?

De Easypump® is uitermate geschikt voor de intraveneuze toediening van diuretica in de thuissituatie. De ervaringen met Furosemide toediening zijn uitstekend, juist in die laatste fase van het leven.

Graag spreken wij dan ook over

'Thuis van harte eenvoudig'

om te benadrukken dat kwaliteit van leven hoog in het vaandel staat.

Wilt u meer weten over de Easypump® en de mogelijkheden, neem dan contact met ons op.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical B.V.

Postbus 659

NL-5340 AR OSS

Tel.: +31 (0)412 67 24 36

Fax: +31 (0)412 67 24 93

E-mail: productinfo.nl@bbraun.com

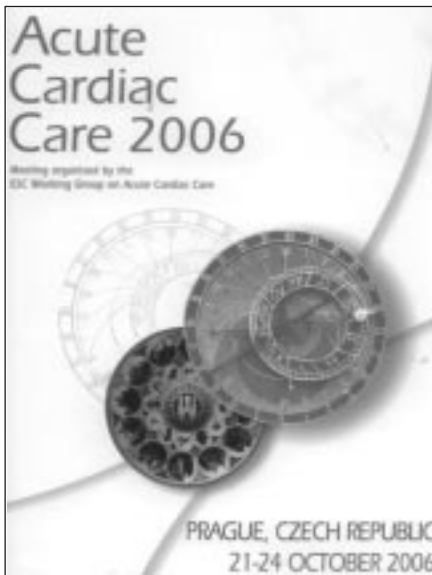
www.bb Braun.nl

Acute Cardiac Care, 20-24 oktober 2006 te Praag

Annelies Helsloot en Anne-Margreet van Dishoeck, Erasmus MC, Rotterdam.
E-mail: f.schaling@hccnet.nl

De 'Working Group on Acute Cardiac Care' van de European Society on Cardiology (ESC) heeft voor de tweede keer in zijn bestaan een groot international congres gehouden. Een belangrijke doelstelling van deze Working Group is de gelegenheid bieden tot uitwisseling van informatie en ervaring, diepgaande kennis en research op het gebied van de acute cardiale zorg. Dit door middel van het organiseren van bijeenkomsten, surveys en gezamenlijke researchprojecten en het uitbrengen van het tijdschrift 'Acute cardiac care'.

Het congres in Praag werd door 1326 professionals bezocht, onder wie ongeveer 100 verpleegkundigen. De bezoekers kwamen uit 56 verschillende landen waarvan Italië, België, Duitsland en Tsjechië de grootste delegaties hadden afgevaardigd. Inclusief de posters telde dit congres 653 presentaties en 116 sprekers.



vascular Nursing and Allied Professions. Deze sessie werd voorgezeten door Tom Quinn (Coventry, Engeland) en Tone Norekvål (Bergen, Noorwegen), beiden verpleegkundige en onderzoeker. Dit was de enige sessie die in het programmaboek werd aanbevolen als niet te missen en trok dan ook veel belangstellenden.

Christi Deaton (Manchester, Engeland) benadrukte in haar voordracht het belang van goede bloedsuikerregulatie bij patiënten met een Acuut Coronair Syndroom (ACS). Bewezen is dat hoge bloedsuikers zorgen voor een hogere mortaliteit en morbiditeit bij zowel diabeten als niet-diabeten. Achttien procent van de patiënten met een AMI heeft een verhoogde glucose. Het bereiken van een bloedsuiker < 8 binnen 24 uur geeft al een significante verbetering van de uitkomsten. Het reguleren van bloedsuikers is een multidisciplinaire verantwoording, waarbij een grote taak voor de verpleegkundige is weggelegd. Een goed glucoseprotocol kan hierbij zeker helpen.

Kari Svendsen (Drammen, Noorwegen) hield een presentatie over het verlengde QT-syndroom. Zij ging in op het vóórkomen van deze aandoening en de behandeling ervan. Het voorkomen van het gebruik van medicatie die verlenging van de QT-tijd heeft is er een onderdeel van. De lijst van deze geneesmiddelen wordt steeds langer en staat gepubliceerd op www.qtdrugs.org.

Philip Moons (Leuven, België) gaf aan dat door de ontwikkeling van nieuwe behandelingsmogelijkheden de levensverwachting van congenitale hartpatiënten steeds langer wordt. Deze specifieke patiëntengroep zal door de diverse complicaties die op latere leeftijd optreden, steeds vaker

acut op onze ICCU's opgenomen worden voor de eerste opvang. Dit vraagt extra deskundigheid van de mensen die daar werken. Tijdens het Venticare congres in 2007 zal ook ruime aandacht aan deze patiëntengroep besteed gaan worden.

Anne-Margreet van Dishoeck (Rotterdam, Nederland) gaf antwoord op de vraag aan wie en door wie non-invasieve beademing gegeven moet worden. De literatuur maakt duidelijk dat non-invasieve ventilatoire support onderdeel is van de behandeling van acut pulmonaal longoedeem, maar dat veel aspecten van deze behandeling nog onderbelicht zijn. Welke interventies gebruiken verpleegkundigen om de patiënt te ondersteunen bij de acceptatie van het masker en welke mogelijkheden zijn er op dit gebied? Hier ontbreekt vooral verpleegkundig onderzoek.

In de laatste voordracht tijdens deze sessie ging D. Latif (Tiberias, Italië) in op de verpleegkundige zorg op een Hartbewaking. De veelzijdigheid van taken en functies kwam hierin duidelijk naar voren.

De twaalf posters over verpleegkundig onderzoek waren zondagmiddag te bezichtigen. De onderwerpen waren onder andere IABP, continue hemodialyse (CVVH) of een defibrillator, begeleiding van patiënten met hartfalen en voorafgaand aan een thoraxchirurgische operatie, en de elektronische registratie van gegevens in een database.

Dana Berti (Leuven, België) presenteerde de mening van de Belgische verpleegkundigen ten aanzien van doorlopend bezoek op een ICCU. Dit doet de vraag rijzen wat de attitude van de Nederlandse verpleegkundigen is.

Uit Nederland kwam de poster over een

Openings sessie

Tijdens de openings sessie presenteerde Maarten Simoons, hoogleraar Cardiologie in Rotterdam, de ontwikkeling van de CCU in de afgelopen 40 jaar. Hij beschreef de veranderingen in behandelwijzen van het Acuut Myocard Infarct (AMI): van anti-ritmica, via trombolysie, naar het invoeren van de primaire Percutane Coronaire Interventie (PCI). Veel baanbrekend onderzoek, ook vanuit Nederland, heeft bijgedragen aan deze ontwikkelingen. Speciale aandacht gaf hij aan de rol van de verpleegkundige in de zorg voor de acute cardiologische patiënt. Met name in de prehospital triage, maar ook bij de eerste opvang in het ziekenhuis, heeft de verpleegkundige een belangrijke functie.

Verpleegkundige inbreng

Tijdens het congres werd een hele sessie verzorgd door ESC Council on Cardio-



Figuur 2. De verpleegkundige sessie v.l.n.r. Tone Norekvål, Tom Quinn, Kari Svendsen, D. Latif, Anne-Margreet van Dishoeck, Christi Deaton en Philip Moons

onderzoek naar betrouwbaarheid van de Ramsay schaal na de toevoeging van een stapsgewijze instructie. Deze sedatie-schaal gaf een hoge interbeoordelaars-betrouwbaarheid te zien onder een grote groep IC-verpleegkundigen. Deze inspirerende postersessie laat zien dat verpleegkundige studies een vaste plaats hebben veroverd in het onderzoek binnen de acute cardiologie.

Tijdens het congres werden veel boeiende onderwerpen besproken en bediscussieerd. Wat opviel is dat regelmatig de rol van de verpleegkundige in de acute cardiale zorg op een positieve manier voor het voetlicht werd gebracht. Een aantal onderwerpen sprong eruit. Zo werd het belang van de Europese registratie van de gegevens van de behandeling van cardiologische patiënten in de CARDS-databank benadrukt. Deze registratie verschaft de deelnemende instellingen inzicht in de prestaties die zij leveren in vergelijking met andere instellingen. Daarnaast werd benadrukt dat het registreren van fouten en bijna-fouten erg belangrijk is. Niet om een schuldige aan te wijzen, maar om maatregelen te nemen om herhaling te voorkomen. Y. Donchin

(Jeruzalem, Israël) liet een gedeelte van een videoregistratie zien van een standaardprocedure, die ondanks dat alles goed afliep 77 momenten kende waarop iets mis had kunnen gaan.

De sessies waarbij de nieuwe reanimatierichtlijnen werden behandeld, toonden aan waarom deze richtlijnen opnieuw zijn aangepast. Duidelijk werd dat zeker bij het protocol van VF veel kostbare tijd verloren ging in een shockblok waarin drie-maal gedefibrilleerd werd zonder massage. Uit de statistieken kwam naar voren dat in Nederland een groter aantal niet professionals betrokken is bij de reanimaties buiten het ziekenhuis. Dit werd toegeschreven aan reanimatietrainingen voor leken, die al veertig jaar worden georganiseerd. De invoering van automatische externe defibrillatieapparaten (AED's) lijkt tot nu toe vooral zinnig te zijn op plaatsen waar veel mensen bij elkaar komen, zoals luchthavens, winkelcentra en grote theaters. Bekeken moet worden of het plaatsen van AED's op verpleegafdelingen de uitkomsten van in hospital-reanimatie kan verbeteren. Het koelen van patiënten na een out of hospital-reanimatie krijgt steeds meer aandacht. Er moet echter nog veel onder-

zoek naar gedaan worden. Fritz Sterz (Wenen, Oostenrijk) kondigde een groot internationaal onderzoek aan, waarvoor deelnemende instellingen worden gezocht. Meer informatie kunt u verkrijgen door met hem te mailen: fritz.sterz@meduniwien.ac.at.

De diverse richtlijnen die de ESC heeft uitgebracht geven een duidelijk advies hoe de acute cardiologische patiënt moet worden behandeld. Deze behandelingen zijn echter niet altijd optimaal. Tijdens dit congres werd een aantal onderzoeken gepresenteerd over de ontwikkeling van nieuwe medicijnen die van belang zouden kunnen zijn, echter nog zonder een duidelijk positief resultaat.

Conclusie

Het congres was bijzonder inspirerend voor mensen die betrokken zijn bij de zorg voor de acute cardiale patiënt. Duidelijk is dat de rol van de verpleegkundige in deze multidisciplinaire setting groot is. Van 11-14 oktober 2008 zal het volgende Acute Cardiac Care congres worden gehouden in Versailles (Frankrijk). Wij hopen dat het aantal verpleegkundige deelnemers, ook uit Nederland, dan een stuk hoger zal liggen. ☺

ADVERTENTIE
CAMPINA OPTIMEL

isit e R Cordiaal 2006

Verenigingsnieuws NVHV

- Jubileumjaar, *februari*, 2
- Het wij-gevoel binnen onze vereniging, *april*, 2
- NVHV alweer 10 jaar volop in beweging, *juli*, 2
- Mijlpalen tijdens 10 jaar NVHV, *oktober*, 2 en 143
- NVHV bruist van vitaliteit, *december*, 146

Editorial

- Als u begrijpt wat ik bedoel, *februari*, 3
- Speuren naar oplossingen, *april*, 3
- Nieuwe ontwikkelingen ..., *juli*, 3
- Naar de bakker voor halfvolle melk?, *oktober*, 3
- De Wet Maatschappelijke Ondersteuning Maar wie zal zij ondersteunen?, *december*, 147

Congressen

- 20e Venticare boeiend en feestelijk, *juli*, 105
- Acute Cardiac Care, 20-24 oktober 2006 te Praag, *december*, 175-176
- Cardiovasculaire verpleegkunde in Europa, *april*, 71
- CarVasZ 2005: congres voor cardiovasculaire zorg, *februari*, 4-5
- CarVasZ 2006 – congresverslag, *december*, 168-169
- New Frontiers in Cardiac Care The 6th Annual Spring Meeting on Cardiovascular Nursing, *juli*, 103-104
- Heart Failure 2006, *oktober*, 136-137
- Venticare 20 jaar, *februari*, 34
- World Congress of Cardiology 2006, *december*, 153

Onderzoek ... de theorie

- Kwalitatief en kwantitatief onderzoek, *februari*, 27
- Onderzoeksontwerpen binnen kwantitatief onderzoek, *april*, 63
- Waarom gevalideerde meetinstrumenten, *juli*, 98
- Wetenschappelijk onderzoek en randomisatie, *oktober*, 132
- Het belang van blinding in (gerandomiseerd) klinisch onderzoek, *december*, 161

Onderzoek ... en nu de praktijk

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

defibrillator, *februari*, 26

- Pijn op de borst na Percutane Coronaire Interventie: een onschuldig fenomeen?, *april*, 49 en 67
- Effect van leefstijl- en dieetveranderingen op sterfte bij hart- en vaatziekten, *juli*, 99
- Lagere sterfte bij behandeling van patiënten met een acuut hartinfarct volgens evidence based richtlijnen, *oktober*, 133
- De invloed van angst en depressie bij partners op het psychosociale herstel van patiënten na een myocardinfarct of revascularisatie, *december*, 162

Vraag en antwoord

- Een patiënt met harttonen aan de rechterzijde, *februari*, 14 en 28
- Een patiënt met toenemende kortademigheid en een gestoorde nierfunctie, *april*, 45 en 59
- Een patiënt met het hart aan de rechterzijde, *juli*, 81 en 97
- Een patiënt met een onwelwording, *oktober*, 121 en 126
- Een consult van de chirurg, *december*, 151 en 167

Namens de werkgroepen

- Nieuws van de werkgroep Hartrevalidatie, *februari*, 15
- Kennismaking met de werkgroep Acute Cardiale Zorg, *oktober*, 142

Signaal / recensies

- 150 ECG-problemen (boek), J.R. Hampton, vertaald door P. Machielse, *april*, 69
- Cerebrovasculaire aandoeningen (handboek), Cees Franke en Martien Limburg, *december*, 174
- Hartsvriendjes. Avonturen van Kris Krokodil (boek), Kinderhartenfonds i.s.m. PAH, *december*, 172
- Hartezer, de ingrijpende gevolgen van een aangeboren hartafwijking (boek), A. van Gool, *april*, 69-70
- Het werken met het softwarepakket 'CARDSS: indicatiestelling, evaluatie en registratie bij Hartrevalidatie' (cd), *december*, 170-171
- Verpleegkundige toekomst in goede banen (rapport), VBOC, *juli*, 106
- Patiënt en incident (boek), J. de Bekker, *oktober*, 138
- Patiëntveiligheid en patiëntenrechten (boek), J. Legemaate, *december*, 171

- De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen (boek), A. Mol, oktober, 138-139
- Leven met hartfalen (cd), oktober, 139-140
- Werken aan gezonde vaten (boek), Bep Franke en Jan Dirk Banga, december, 172

Trefwoorden artikelen

Cardiochirurgie

- Coronairarterie bypassgraft versus percutane coronaire interventie bij meer- vatscoronairlijden, december, 158-160
- 'Walk Through' Cardiologie & Cardiothoracale chirurgie, februari, 10-13

CVA

- Beroerte: acute zorg en preventie voor verbetering vatbaar, februari, 6-9

Diagnostiek

- De oesophagusdoppler op de IC: noninvasieve cardiac outputmeting. Zeggen we de Swan Ganzkatheter vaarwel?, april, 56-58
- Multislice CT van de coronairen, oktober, 115-117

Evidence Based Practice

- Bevochtigen van zuurstof: moet het nu wel of niet?, april, 40-43
- Het voorbereiden van patiënten op een bedreigende interventie: een literatuurstudie, februari, 16-23
- Verpleegkundige relevantie van het Euro Heart Survey-programma, december, 148-150

EFO

- De implanteerbare defibrillator: situaties met een medische urgentie, juli, 82-85
- Een biventriculaire pacemaker: welke patiënt wel en welke niet?, juli, 92-96

Hartfalen

- Behandelingsgerelateerde zorgtaken van partners van patiënten met hartfalen, april, 60-62
- Screening voor Cardiale Resynchronisatie Therapie op de polikliniek Hartfalen, juli, 76-80
- Een partner voor de hartfalenpolikliniek, juli, 100-102

Klinische paden

- Variantieanalyse klinische paden – een eerste verkenning, december, 154-157

Medicatie

- De zin en onzin van inotropica, oktober, 112-114

Opleiding

- Opleiding hart- en vaatverpleegkunde, oktober, 134-135

Preventie

- Behandelkaart Overgewicht schept duidelijkheid, februari, 29-32
- Samenvatting richtlijn Behandeling van tabaksverslaving, april, 54-55
- Gerichte primaire preventie met de HeartScore Tool, april, 64-66
- Vasculair risicomanagement: patiënten samen met zorgverleners aan het roer!, oktober, 128-131

Psychosomatisch

- De kluts kwijt; acute verwardheid bij lichamelijk zieke patiënten, april, 50-53
- De distressed (type-D) persoonlijkheid: een nieuwe risicofactor in hart- en vaatziekten, december, 163-166
- Depressie bij patiënten met hart- en vaatziekten, oktober, 122-125

Pulmonaal

- Pulmonale hypertensie: een zaak van de longarts of cardioloog?, oktober, 118-120

Toekomstige ontwikkelingen

- Cardiale effecten van acute sympathische stress, april, 46-48
- Stamceltherapie na het acute hartinfarct ... Hype met toekomst of een doodlopend spoor?, juli, 86-89

Auteurs

- Allaart, C.P., juli, 76-80; juli, 92-96
 Bakker, R., april, 49; juli, 76-80; oktober, 136-137
 Barmantloo, S., oktober, 122-125
 Bilt, I. van der, april, 46-48
 Blauw, J., juli, 100-102
 Boer, J. de, februari, 10-13
 Camaro, C., februari, 14 en 28; april, 45 en 59; juli, 81 en 97; oktober, 121 en 126; december, 151 en 167
 Cock, C. de, juli, 76-80
 Dijk, J. van, juli, 76-80
 Dishoeck, A.M. van, april, 3; april, 40-43; juli, 99; december, 175-176
 Elst, A. van den, februari, 10-13
 Franke, C., februari, 6-9
 Frankhuizen, P., december, 153
 Galema-Boers, A., februari, 2; april, 2; april, 64-66; juli, 2; oktober, 2 en 143; december, 146
 Geut, B., februari, 5; februari, 27; april, 63
 Graven, A., december, 154-157
 Helsloot, A., juli, 105; december, 175-176
 Hendrix, E., februari, 5; februari, 15
 Hoekstra, T., februari, 10-13; december, 154-157
 Holierhoek, M., februari, 10-13
 Jaarsma, T., juli, 98
 Jansen, C. december, 148-150
 Knobbe, H., februari, 26
 Kodde, J., oktober, 134-135
 Kolkman, E., oktober, 132
 Koppelaar, C., april, 40-43
 Laurensen, A., juli, 3
 Lenzen, M., februari, 16-23; februari, 26; oktober, 133; december, 148-150; december, 161
 Luttkik, M.L., april, 60-62; juli, 99
 Meijlis, P., oktober, 142
 Mieghem, C.A.G. van, oktober, 115-117
 Nierop, N., juli, 100-102
 Nieuwlaat, R., december, 148-150
 Nieuwveld, A., juli, 103-104
 Nijveldt, R., juli, 86-89
 Oosterhout, M. van, februari, 6-9; oktober, 128-131
 Pedersen, S., december, 163-166
 Schiffer, A., december, 163-166
 Schiks, I., december, 161
 Scholte op Reimer, W., februari, 3; april, 64-66; april, 71; december, 148-150; december, 169-170
 Sprong, E., februari, 10-13
 Stecher, B., oktober, 128-131
 STIVORO, april, 54-55
 Stottelaar, M., februari, 29-32
 Theuns, D.A.M.J., juli, 82-85
 Tijssen-Humme, M., februari, 4; oktober, 142; december, 147
 Uil, C. den, oktober, 112-114
 Uitdehaag, M., februari, 27; april, 63
 Veelenturf, T., oktober, 136-137
 Verwiel, J., april, 56-58
 Vliet, M. van, februari, 10-13
 Voorst, R. van, april, 50-53; oktober, 122-125
 Wal, M. van der, juli, 98; oktober, 3
 Weijers, P., februari, 10-13
 Weijerse, A., 158-160
 Wetering, H. van de, april, 49; juli, 103-104; oktober, 132; oktober, 133
 Wielen, M. van der, oktober, 118-120
 Wimmers, R., februari, 6-9
 Wit, K. de, februari, 10-13
 Wolbert, I., februari, 4

Venticare 2007

31 mei – 1 juni 2007

JAARBEURS CONGRES- EN VERGADERCENTRUM UTRECHT



Hét congres
voor de acute zorg!

Venticare 2007 wordt georganiseerd door Venticare, de Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen en de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care Verpleegkundigen

HOOFDSPONSOR



Venticare

POSTADRES Postbus 13141, 3507 LC Utrecht

TELEFOON (030) 271 71 12 FAX (030) 271 22 93

E-MAIL info@venticare.nl INTERNET www.venticare.nl