

Persisterende pijn poststernotomie

Kwantitatief beschrijvend onderzoek

Risicomanagement bij reumatoïde artritis

Motiverende gespreksvoering in de praktijk

Telemonitoring in Maastricht

CarVasZ 2012: M/V

CORDIAAL

inhoud

Pagina 75

Afscheid

Jeroen Hendriks

Pagina 76

Persisterende pijn poststernotomie

Marije de Lange

Pagina 80

Het kwantitatief beschrijvend onderzoek: onderbouwing van de praktijk

Anne-Margreet van Dishoeck

Pagina 82

Cardiovasculair risicomanagement bij reumatoïde artritis onontbeerlijk

Mike T. Nurmohamed

Pagina 87

Vraag en antwoord: Een vrouw met krampende pijn op de borst

Cyril Camaro

Pagina 88

Motiverende gespreksvoering in de praktijk

Wanda de Kuiper

Pagina 91

Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek

Ingrid Schiks

Pagina 93

Vraag en antwoord: Een vrouw met krampende pijn op de borst

Cyril Camaro

Pagina 94

Telemonitoring in Maastricht

Josiane Boyne

Pagina 96

Congresverslag: PCNA symposium 2012 in New York

Debbie ten Cate

Pagina 98

Congresverslag: Venticare 2012 in Utrecht

Femke van Driel

Pagina 100

Verenigingsnieuws en agenda

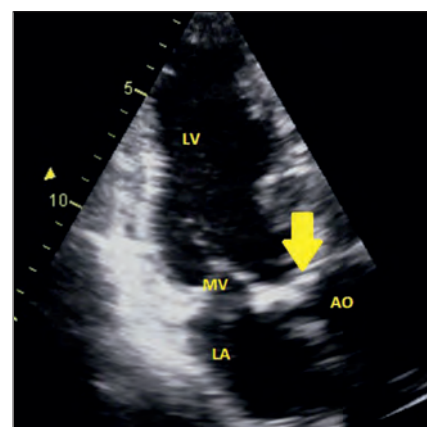
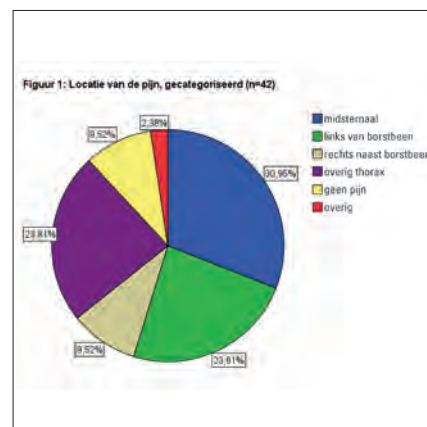
Pagina 102

Hartruis

Hildelies van Oel

Pagina 103

CarVasZ 2012: M/V



Cordiaal is een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen (NVHV) en verschijnt 5 keer 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

Hildelies van Oel, Erasmus MC, Rotterdam
(hoofdredacteur)

Anne Geert van Driel,
Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht,
Jeroen Hendriks, AZM Maastricht
Cobi Kroese, Gemini Ziekenhuis, Den Helder
Aletta van der Veen,
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
Margje Vermeulen, UMC, Utrecht
Heleen Westland, UMC, Utrecht

Eindredactie

Maja Haanskorff, Journalistiek - Redactie - Teksten

Vormgeving

Bert Hoogeveen,
HGVF Fotografie en Grafische Vormgeving

Omslagfoto

Marije de Lange

Advertentie-exploitatie

Cross Advertising
Tel: 010-742 10 23

Email: gezondheidzorg@crossadvertising.nl
Tarievenkaart: www.cordiaal.nl

Redactieraad

Ron Bakker (VU medisch centrum, Amsterdam)
Margje Vermeulen. (Werkgroep Interventiecardiologie)
Marjan Aertsen (Werkgroep Hartfalen)
Anne-Margreet van Dishoeck
(Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek)
Jeroen Hendriks (Werkgroep Atrium fibrilleren)
Toon Hermans (Werkgroep Communicatie)
Debbie ten Cate (Werkgroep Congressen)
Mieke Bril (Werkgroep Thoraxchirurgie)
Jan Koppes (Werkgroep Hartrevalidatie)
Anita Veldt (Werkgroep Vasculaire Zorg)
Ronald van den Brink (Werkgroep Acute Cardiale Zorg)
Anjo van Staaveren (Werkgroep ICD-begeleiders)

Redactiesecretariaat (NVHV-bureau)

Mechtild Stavenuiter
Postbus 2087, 3440 DB Woerden
Tel. 0348-446638
Email: secretariaat@nvhv.nl
Website: www.nvhv.nl

Abonnementen

Het NVHV-lidmaatschap is een voorwaarde voor het ontvangen van Cordiaal. Lidmaatschap kost €52,- per jaar, kan elk gewenst moment ingaan en wordt ieder jaar automatisch verlengd. Beëindiging van het lidmaatschap kan slechts geschieden tegen het einde van het kalenderjaar. Hiervoor dient u per e-mail naar secretariaat@nvhv.nl op te zeggen, met inachtneming van een opzeggingstermijn van ten minste vier weken (dus uiterlijk eind november).

Instellingen die Cordiaal willen ontvangen, betalen €82,- per jaar. De opzeggingstermijn van een instellingsabonnement bedraagt 3 maanden en kan op elk gewenst moment worden aangegeven via een mail naar secretariaat@nvhv.nl. Raadpleeg voor meer informatie de website van de NVHV.

Wijzigingen in de voorwaarden en prijzen worden per kalenderjaar aangepast en na vaststelling in de Algemene Ledenvergadering.

Adreswijzigingen

Bij wijziging van de naam en/of het adres verzoeken wij u dit door te geven aan het NVHV-bureau.

Auteursrecht

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

NVHV - sponsors



Bayer HealthCare



Boehringer
Ingelheim

Afscheid

'Wat gaat de tijd toch snel'. Wellicht geen uitdrukking die zo vaak achteloos wordt gebruikt. Tot het moment dat je er wel degelijk bij stilstaat en terugkijkt naar wat achter je ligt. Wat heb ik meegemaakt, waaraan heb ik een bijdrage geleverd, wat heb ik bereikt? Deze gedachten dienen zich meestal aan als er een verandering op stapel staat. Die maakt dat je de balans opmaakt. Dat moment is nu voor mij aangebroken. Op 8 juni heb ik het voorzitterschap van de NVHV overgenomen van Stella Kuiken en daarom neem ik afscheid als redactielid van Cordiaal.

Zo'n zes jaar geleden kwam ik als 'broekie' in de redactie van Cordiaal terecht. Mijn eerste vergadering was meteen een cruciale; Cordiaal kreeg namelijk een nieuw jasje en de beslissing over de cover moest die dag genomen worden. Als nieuweling durfde ik nog niet zoveel te zeggen, dus observeerde ik de redactieleden. Het viel me op dat ze zeer gedreven waren en koste noch moeite spaarden om een zo goed mogelijke editie van het blad te maken. Discussies gingen ze niet uit de weg. Sommige bijdragen moesten zelfs worden herschreven om aan de eisen te voldoen. Het streven naar kwaliteit is in de loop der jaren alleen maar sterker geworden. U weet waarschijnlijk niet wat er allemaal aan vooraf gaat voordat een artikel in Cordiaal wordt gepubliceerd, maar neem van mij aan dat er veel uren werk aan zijn besteed. Die kosten niet alleen energie, maar geven ook energie door de samenwerking in een enthousiaste redactie. Ik heb er inspiratie en nieuwe inzichten opgedaan, die ook buiten de redactie zeer bruikbaar zijn.

Terugkijkend op de jaren dat ik als redactielid verbonden ben aan Cordiaal, kan ik volmondig zeggen dat ik er veel van heb geleerd. Van de processen die tot een blad leiden, van het contact met auteurs en collega-redacteuren en van de discussies. Maar ook bleef ik door het redacteurschap op de hoogte van de laatste ontwikkelingen in Nederland op ons vakgebied. En al is het 'vrijwilligerswerk' en kost het soms wel eens veel tijd en energie, ik kan u van harte aanbevelen deel uit te maken van de redactie van Cordiaal. Uit ervaring weet ik dat ook het schrijven van een artikel of het aandragen van een onderwerp dat u tegenkomt op de werkvloer of waarover u graag meer zou willen weten, mogelijkheden zijn om als lezer bij te dragen aan de invulling en ontwikkeling van Cordiaal. Ik nodig u dan ook van harte uit uw ideeën kenbaar te maken bij de redactie.



Ook in deze editie van Cordiaal vindt u een diversiteit aan onderwerpen. Zo kunt u lezen over motivational interviewing en de relatie tussen reuma en hart- en vaatziekten. Het hoofdartikel wordt aangevuld met een beschrijving van het onderzoek dat eraan ten grondslag ligt. Ik zou zeggen: laat u inspireren voor een eigen onderzoek. Daarnaast vindt u in deze Cordiaal de gebruikelijke onderdelen, zoals Hartruis, congresverslagen en nieuws uit de werkgroepen. En natuurlijk de rubriek 'Vraag en Antwoord', die vanaf nu in een verrassend nieuw jasje steekt. Kortom, een Cordiaal om eens goed voor te gaan zitten!

Jeroen Hendriks

Komt u ook wel eens patiënten tegen na een openhartoperatie die nog pijn hebben rond het borstbeen, of vraagt u zich wel eens af hoe het verder gaat met de pijnklachten na ontslag uit het ziekenhuis? In dit artikel leest u de resultaten van een onderzoek naar deze facetten, dat de auteur heeft uitgevoerd in het St. Antonius ziekenhuis te Nieuwegein.

Marije de Lange, verpleegkundig specialist cardiothoracale chirurgie, St. Antonius ziekenhuis, Nieuwegein

E-mail: m.de.lange@antoniusziekenhuis.nl

Onderzoek naar pijnklachten na een openhartoperatie

Persisterende pijn poststernotomie: een probleem of niet?

Inleiding

In het St. Antonius ziekenhuis te Nieuwegein worden jaarlijks ongeveer tweeduizend openhartoperaties verricht. Uit de literatuur blijkt dat 15 tot 59% van de patiënten een jaar na een openhartoperatie (OHO) nog pijnklachten ervaart die hen belemmeren in de dagelijkse bezigheden.¹⁻⁸ Op de polikliniek cardiothoracale chirurgie worden echter weinig patiënten gezien met persisterende pijnklachten. Er zijn verschillende hypothesen om het hiaat te verklaren tussen het aantal geopereerde patiënten met persisterende pijn post-sternotomie en het aantal patiënten dat zich daadwerkelijk presenteert met deze klachten. Zo zouden patiënten de pijn voor lief nemen, als horend bij de ingreep; ze zouden naar eigen inzicht pijnstillers kopen of ze van de huisarts voorgeschreven krijgen; ze zouden met klachten naar de cardioloog gaan, die vooral kijkt naar cardiale oorzaken.⁸ Over deze problematiek is maar weinig bekend en ook in de literatuur is er niet veel aandacht aan besteed. In 2010 heeft dit geleid tot een onderzoek naar deze groep patiënten.

Het doel van het onderzoek was om zicht te krijgen op de groep patiënten met postoperatieve pijnklachten, zodat er ingespeeld kan worden op de behoeften van deze patiënten. Soms zijn er wel degelijk behandelmogelijkheden, zoals het verwijderen van sternumdraden, als andere mogelijke oorzaken van de pijn zijn uitgesloten.⁹ We wilden meer weten over de intensiteit (pijnscoremeting via numeric rating scale – NRS), de mate van invaliditeit en de soort pijn die patiënten met

post-sternotomie ervaren. Daarnaast wilden we weten welke actie de patiënt zelf had ondernomen en wat het resultaat hiervan was. Er is daarbij onder andere gekeken naar pijnvermindering en tevredenheid.

geëxcludeerd wegens andere pijnklachten (niet gerelateerd aan sternotomie). Er bleven 43 ingevulde vragenlijsten over, waarvan drie incompleet. Van 42 patiënten konden de antwoorden worden geanalyseerd.

Weinig patiënten met pijnklachten komen terug naar de thoraxchirurg

Het onderzoek

Het onderzoek is kwantitatief en beschrijvend van aard. Er is gebruik gemaakt van een digitale vragenlijst om een grote groep mensen te kunnen benaderen. Uit de database van het patiëntvolgsysteem (PVS) van de afdeling cardiothoracale chirurgie zijn gegevens gehaald van patiënten die in een eerdere digitale vragenlijst, acht maanden na de operatie, hadden aangegeven nog pijn te hebben. Deze groep patiënten kreeg een aanvullende digitale vragenlijst die inging op de variabelen, zoals beschreven in de inleiding.

Resultaten

Van de 74 verstuurd e-mails was er na drie weken een respons van 73% (n=54). Hiervan zijn elf patiënten

Kenmerken

Van de 42 patiënten hebben 22 patiënten een Coronary Artery Bypass Graft operatie (CABG) ondergaan (waaronder tweemaal een re-operatie en één spoedoperatie), vier patiënten een klepoperatie, zeven patiënten een gecombineerde klep- en CABG operatie, zes patiënten een klepoperatie met aanvullend aortachirurgie of ritmechirurgie en drie patiënten een klepoperatie (AVR) via ministernotomie. In de database van het patiëntvolgsysteem stonden nog antwoorden op vier vragen over pijn. In tabel 1 zijn de antwoorden op deze vragen samengevat.

Alle geïncludeerde patiënten (n=42) kregen vier maanden na de eerste vragenlijst, dus 12 maanden na operatie, een aanvullende digitale vragenlijst.

Tabel 1: Kenmerken van onderzochte patiënten in PVS (n=42, 8 maanden postoperatief)

Intensiteit goede dag (gemiddeld, NRS)	3,31 (SD 2,2, range 1-10)
Intensiteit slechte dag	3,19 (SD 2,3, range 1-10)
Pijn hindert bij dagelijkse bezigheden (vraag SF-8)	66,7% (variërend van een beetje tot erg veel)
Wordt 's nachts wakker van pijn	19%

Deze was zo ingesteld dat patiënten alleen de vragen in beeld kregen die van toepassing waren. Patiënten die op dat moment geen pijn hadden, kregen ook geen vragen over bijvoorbeeld de intensiteit van de pijn op dat moment. In de aanvullende vragenlijst gaven twintig van de 42 mensen aan dat ze inmiddels geen pijn meer hadden.

Intensiteit van de pijn

Deze vraag is alleen gesteld aan patiënten die na twaalf maanden nog steeds pijn hadden (n=22). De patiënten die in het PVS aangaven wakker te worden van de pijn, vielen allen in deze categorie. In tabel 2 is weergege-

ven hoe de intensiteit van de ervaren pijn is. Er is te zien dat de pijn bij beweging vaak ernstiger wordt ervaren dan in rust. Van de overige twintig patiënten is de pijn dus mogelijk tussen acht en twaalf maanden verdwenen. Deze patiënten zijn nog wel meegenomen in de verdere analyse naar de soort pijn.

Soort pijn

Voor het aangeven van de soort pijn konden patiënten maximaal drie termen aankruisen. Zeurende pijn is het meest aangekruist (46,3%), gevolgd door drukkende pijn (34,1%), gevoelig (26,8%), krampend (17,1%), stekend (9,8%) en jeukend (9,8%). Drie

patiënten (7,3%) noemden zowel branderig als prikkend en pijn bij lichte aanraking. Tintelend is twee keer genoemd (4,9%) en snoerend, elektrische schokken, pijnlijke koude pijn en ongevoelig/dof zijn allemaal maar eenmaal genoemd (2,4%). Ook noemden de ondervraagden factoren die de pijn uitlokken: aanraking (1x), koude (1x), inspanning (4x), beweging (1x), op buik liggen (1x), bukken (3x), optillen (1x), dragen van autogordel (5x).

Locatie van de pijn

De locatie van de pijn mocht de patiënt zelf beschrijven. De antwoorden zijn gecategoriseerd om ze te kunnen vergelijken met eerder onderzoek. In figuur 1 zijn de percentages per categorie weergegeven. Het is duidelijk dat de midsternale pijn en links parasternaal het meest voorkomen.

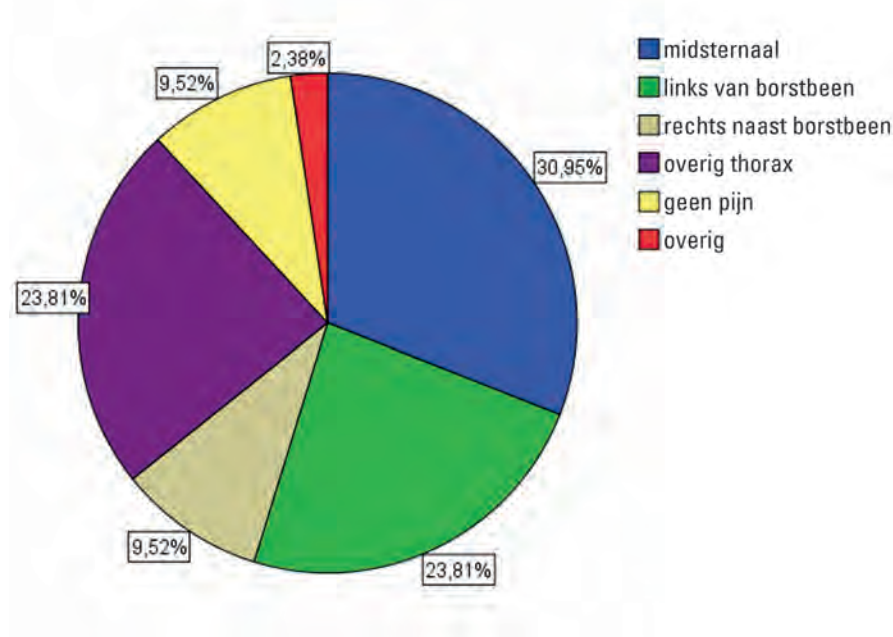
Factoren en belemmeringen

Als samenhangende factoren antwoordde 35% van de patiënten dat bij inspanning de pijn toeneemt, 15% ervaart dit bij beweging (bukken of draaien), 15% noemt extra gevoelig bij aanraking, 7,5% bij duwen op het borstbeen, 2,5% na het eten. Daarnaast klikte 25% van de patiënten op de optie 'anders, namelijk'. Ze gaven de volgende antwoorden: twee patiënten hadden altijd last, één patiënt bij koude, één patiënt bij niezen en één patiënt bij buikligging. Een patiënt gaf aan last te hebben als hij eraan dacht en één patiënt zei geen pijn meer te hebben. Op de vraag waar de pijn een belemmering bij vormt, konden de patiënten maximaal drie antwoorden geven. Het hoogst scoorde het antwoord: bij normale dagelijkse dingen als in/uit bed stappen (13x). Vervolgens komen: niet (12x), bij inspanning (11x) en zwaar huishoudelijk werk (6x). Sport, licht huishoudelijk werk en bukken zijn ieder drie maal genoemd. Als overige zijn nog genoemd: optillen van dingen, lang lopen en bij aanvang van inspanning.

Tabel 2: Intensiteit pijn, bij patiënten met tot op heden persistente pijn (n=22, 1 jaar postoperatief)

Intensiteit pijn in rust (NRS), gemiddelde	2.90 (0-5, SD 1.5)
Score 0 (geen pijn), aantal	2
Score 1-3, aantal	10
Score 4-6, aantal	9
Score >6, aantal	0
Intensiteit pijn bij beweging (NRS), gemiddelde	4.05 (1-9, SD 2.0)
Score 0 (geen pijn), aantal	0
Score 1-3, aantal	10
Score 4-6, aantal	9
Score >6, aantal	2

Figuur 1: locatie van de pijn, gecategoriseerd (n=42)



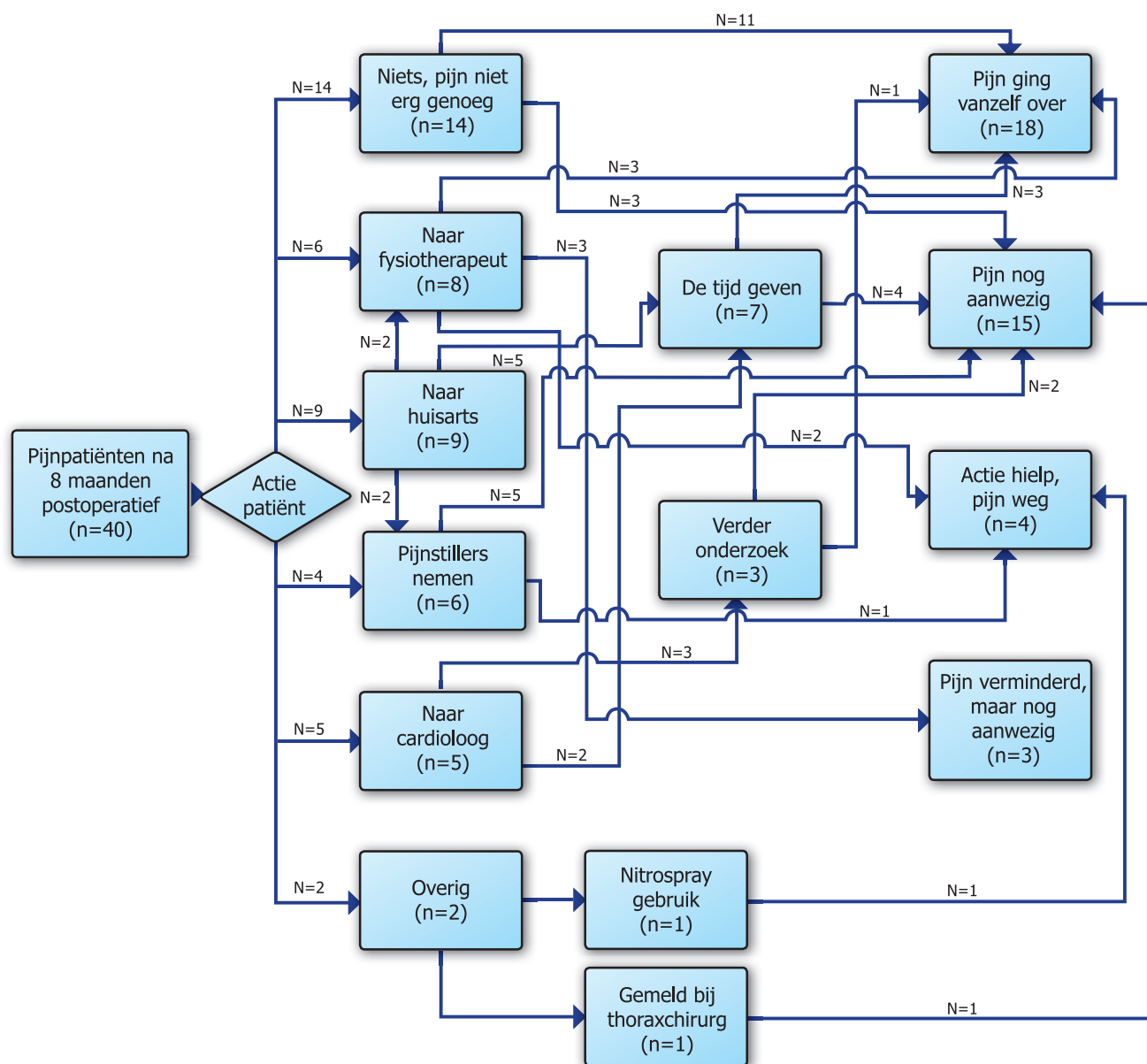
Oorzaak pijn

Tachtig procent van de onderzochte patiënten had geen verklaring voor de pijn. De overige patiënten (20%) gaf aan te weten waar de pijn vandaan komt. De volgende verklaringen wer-

den aangehaald: slijtage, lipitor, staaldraden, napijn doordat het borstbeen uit elkaar is geweest, hart/bloedvaten, bij therapie teveel belast en beknelling van zenuwen of bloedvat volgens de therapeut.

twalf maanden na de operatie nog pijn hebben (n=22), zien we de volgende verdeling: vier patiënten ondernamen geen actie, zes patiënten vroegen advies aan de huisarts, vier patiënten namen pijnstillers naar eigen

arts of cardioloog gingen tegenover vier patiënten met een pijnscore van 1 t/m 3. Er zit wel een verschil in het slikken van pijnstillers. In de groep met een pijnscore van 1 t/m 3 (bij beweging) gebruikte geen van de



Handelen van de patiënt

Opvallend is dat bij achtien van de veertig patiënten de pijn tussen de acht en twaalf maanden vanzelf is overgegaan. In het stroomdiagram is te zien welke actie de patiënten ondernamen en wat de gevolgen waren. Omdat twee patiënten deze vraag niet hebben beantwoord, gaat het hier om de antwoorden van veertig patiënten.

Als we kijken naar de patiënten die

inzicht, drie patiënten gingen naar de fysiotherapeut, drie patiënten vroegen advies aan de cardioloog en één patiënt heeft het gemeld bij de thoraxchirurg. Eén patiënt heeft de vraag niet beantwoord.

Bij de intensiteit van de klachten en het handelen van de patiënt valt op dat in de groep patiënten met een pijnscore (NRS) van 4 of meer (bij beweging) vijf patiënten naar de huis-

patiënten pijnstillers, in de groep patiënten met een pijnscore van 4 of meer gebruikten vier patiënten pijnstillers.

Als we daarnaast kijken naar welke medicamenten patiënten gebruiken, dan geven tien patiënten aan paracetamol te slikken (van zo nodig tot continu gebruik) en één patiënt gebruikt ook Lyrica. Geen van de patiënten is naar een pijnpolikliniek geweest.

Tevredenheid

Van de patiënten heeft 80% het gevoel dat er goed gekeken is naar de pijnklachten. Daarnaast wilde 92,9% geen doorverwijzing naar een (andere) arts en 80% procent wilde geen aanvullen van de pijnbehandeling proberen.

Conclusie

In tegenstelling tot andere studies is in deze studie tijdens metingen tussen acht en twaalf maanden postoperatief nog een forse afname van pijnpatiënten (20 van de 42) gevonden, zonder specifieke interventies. De intensiteit van pijn die in dit onderzoek is gemeten, is conform eerder onderzoek. Bij 50% van de pijnpatiënten is nog sprake van een NRS-score van 4 of meer bij beweging. Er is in de meeste gevallen sprake van pijn midsternaal of links van het sternum. Over de mate van invaliditeit en de soort pijn is geen duidelijke uitspraak te doen wegens de diversiteit aan klachten en het aantal respondenten.

Het beeld dat maar een beperkt aantal patiënten met eerder genoemde klach-

Discussie

Intensiteit, invaliditeit en pijn

Het is opmerkelijk dat, bij het afnemen van de extra vragenlijst, twintig van de 42 patiënten aangaven geen pijn meer te hebben. Terwijl ze op de vragenlijst die ze acht maanden na operatie hadden ingevuld, wel pijn vermeldde en zeiden dat de klachten door de hartoperatie kwamen. Lahtinen et al. melden dat in een prospectieve studie er wel een significante afname van pijnscores was tot zes maanden postoperatief, maar dat ze geen significant verschil in pijnscores vonden tussen zes en twaalf maanden postoperatief.⁶ Misschien is dit verschil te wijten aan het anders stellen van de vragen of de methode van patiëntselectie. Als er gekeken wordt naar de intensiteit van de pijn, dan is er bij 45% (in rust) en 50% (bij beweging) van de pijnpatiënten sprake van een NRS-score van 4 of meer. Dit komt overeen met gevonden resultaten in drie retrospectieve studies waar bij 38-66% van de pijnpatiënten sprake was van gemiddelde tot hoge pijnscores.^{1,2,4} Aangaande de locatie van pijn, werd in het onderzoek door Eisenberg ook gevonden dat de pijn het meest linkszijdig of midsternaal voorkwam.²

Voor het bepalen van de mate van invaliditeit is er gevraagd naar handelingen waarbij de pijn een belemmering vormde. Het antwoord vertelt echter niet of patiënten de handelingen daardoor wel of niet uitvoerden. Bij nader inzien is er sprake van een onvoldoende heldere vraagkeuze op dit vlak, waardoor geen goed antwoord te geven is over de mate van invaliditeit.

Hoewel het om kleine aantallen gaat, zijn de resultaten wat betreft handelen vergelijkbaar met onderzoek in Canada.⁸ Daar ging 22,7% van de patiënten met persistente pijn post-sternotomie naar de huisarts, 12,5% naar de cardioloog en één patiënt ging terug naar de thoraxchirurg.

De pijn zit doorgaans midsternaal of links van het sternum

ten terugkomt naar de thoraxchirurg is correct. Patiënten vragen wel regelmatig advies aan cardioloog of huisarts. Hierbij wordt vaak een afwachtend beleid afgesproken. Ruim de helft van de onderzochte patiënten heeft een jaar na de operatie nog steeds pijnklachten, ondanks de acties die sommige patiënten hebben ondernomen. Overigens zegt het overgrote deel van de onderzochte patiënten tevreden te zijn met de gang van zaken rondom de pijnklachten.

Om het beloop op lange termijn te kunnen beschrijven is er meer en bij voorkeur longitudinaal onderzoek nodig onder grotere groepen patiënten. Kwalitatief onderzoek is aan te bevelen om meer inzicht te krijgen in de pijnklachten zelf en de daadwerkelijke gevolgen voor het dagelijks leven. 

Literatuurlijst

1. Bruce J, Drury N, Poobalan AS, Jeffrey RR, Smith WC, Chambers WA. The prevalence of chronic chest and leg pain following cardiac surgery: a historical cohort study. *Pain* 2003 Jul;104(1-2):265-73.
2. Eisenberg E, Pultorak Y, Pud D, Bar-El Y. Prevalence and characteristics of post coronary artery bypass graft surgery pain (PCP). *Pain* 2001 May;92(1-2):11-7.
3. Gjeilo KH, Klepstad P, Wahba A, Lydersen S, Stenseth R. Chronic pain after cardiac surgery: a prospective study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009 Aug 13;54(1):70-8.
4. Kalso E, Mennander S, Tasmuth T, Nilsson E. Chronic post-sternotomy pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001 Sep;45(8):935-9.
5. King KM, Parry M, Southern D, Faris P, Tsuyuki RT. Women's Recovery from Sternotomy-Extension study: examining long-term pain and discomfort following sternotomy and their predictors. *Heart* 2008 Apr;94(4):493-7.
6. Lahtinen P, Kokki H, Hynynen M. Pain after cardiac surgery: a prospective cohort study of 1-year incidence and intensity. *Anesthesiology* 2006 Oct;105(4):794-800.
7. Meyerson J, Thelin S, Gordh T, Karlsten R. The incidence of chronic post-sternotomy pain after cardiac surgery--a prospective study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001 Sep;45(8):940-4.
8. Taillefer MC, Carrier M, Belisle S, Levesque S, Lanctot H, Boisvert AM, et al. Prevalence, characteristics, and predictors of chronic nonanginal postoperative pain after a cardiac operation: a cross-sectional study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006 Jun;131(6):1274-80.
9. Norgaard MA, Andersen TC, Lavrsen MJ, Borgeskov S. The outcome of sternal wire removal on persistent anterior chest wall pain after median sternotomy. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006 Jun;29(6):920-4.
10. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006 May 13;367(9522):1618-25.

In dit artikel legt de auteur de principes uit van het kwantitatief beschrijvend onderzoek. Verpleegkundig onderzoek maakt vaak van deze methode gebruik. Dat deed ook Marije de Lange, auteur van het hoofdartikel in deze Cordiaal, waarnaar hieronder regelmatig wordt verwezen. U kunt de twee artikelen lezen als een tweeluik over onderzoek in praktijk en theorie.

Anne-Margreet van Dishoeck, lid Werkgroep Wetenschappelijk onderzoek

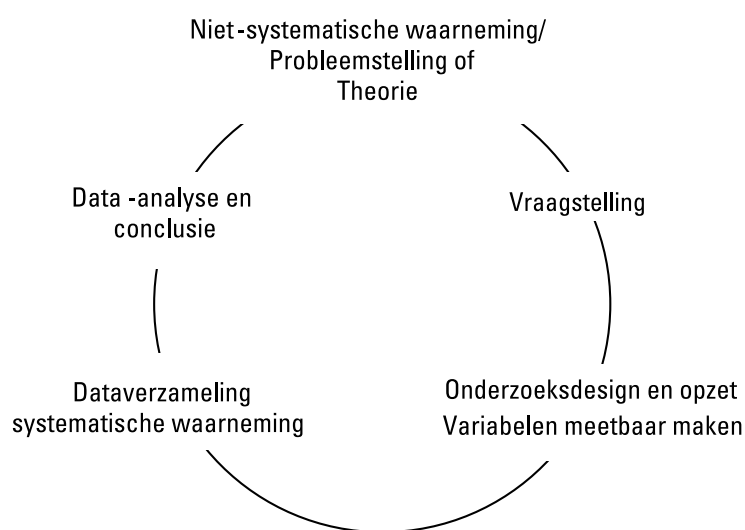
E-mail: a.m.vandishoeck@erasmusmc.nl

Onderbouwing van de praktijk

Het kwantitatief beschrijvend onderzoek: geschikte onderzoeksmethode voor verpleegkundigen

Verpleegkundig onderzoek begint vaak met iets wat in de praktijk opvalt: de niet-systematische waarneming. In het artikel van De Lange (zie pagina 76) was dit pijn bij patiënten die een thoracotomie ondergingen en bij wie de pijn lange tijd na de ingreep nog aanwezig was. Hoewel ze in de eigen praktijk van verpleegkundige maar weinig patiënten met dit probleem zag, bleek uit een survey dat dit probleem wel degelijk binnen de patiëntengroep bestond. De Lange meende dat informatie over omgaan met pijn een belangrijk onderdeel was van de zorg aan deze patiëntengroep.

Het doel van haar onderzoek was meer inzicht te krijgen in de pijnklachten en de acties die patiënten ondernemen. Als onderzoeker formuleerde ze een aantal vragen: Om hoeveel patiënten gaat het? Hoe gaan deze patiënten met de pijn om? Kiezen ze zelf pijnmedicatie of gaan ze hiervoor naar de huisarts of cardioloog? Deze vragen passen prima bij een beschrijvend onderzoek. Want dit soort onderzoek inventariseert hoe vaak de kenmerken van een bepaald probleem voorkomen binnen een specifieke groep. Vragen die ontstaan uit niet-systematische waarnemingen zijn de basis voor veel beschrijvend onderzoek. Ze vormen de start van de 'empirische cyclus' (zie figuur 1), die begint bij de probleemstelling. Bij De Lange luidt die: weinig patiënten presenteren zich op de thoraxchirurgische poli met pijnklachten na sternotomie. De probleemstelling zou ook uit de aanname kunnen voortkomen dat patiënten met pijnklachten na sternotomie hulp zoeken bij de huisarts.



Figuur 1 Empirische cyclus

Vraagstelling

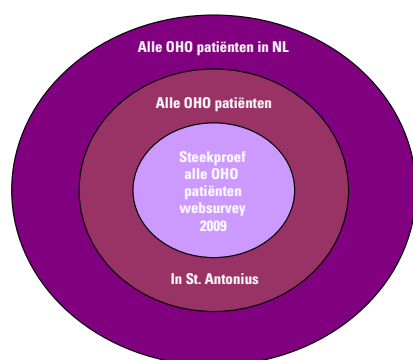
Als eerste wordt de probleemstelling nader onderzocht met behulp van een literatuurstudie. Daaruit zal blijken hoeveel er al bekend is over het onderwerp. Hierbij formuleert de verpleegkundige een vraagstelling, waarin twee onderwerpen zijn opgenomen: de populatie (om welke patiëntencategorie/ interventie gaat het) en de uitkomst (wat willen we over deze patiënten weten). In eerste instantie is de vraagstelling gericht op de literatuurstudie, daarna dient deze om invulling te geven aan het eigen onderzoek.

Steekproef

Uit de populatie betreft de onderzoeker de patiënten (onderzoekseenheden) waarbij de verschillende kenmerken (variabelen) gemeten gaan worden. De populatie wordt bepaald door

de in- en exclusiecriteria. Vervolgens kiest de onderzoeker de wijze waarop een steekproef wordt getrokken. Dit kan select of aselect. Een aselecte steekproef wordt vaak gebruikt bij interventieonderzoek om twee vergelijkbare groepen te krijgen. In het onderzoek van De Lange ging het om een selecte steekproef. Dit zijn patiënten met pijn, ongeveer acht maanden na een openhartoperatie (OHO) met sternotomie in het St. Antonius ziekenhuis, van wie bovendien de gegevens beschikbaar zijn in het patiëntvolgsysteem (PVS). Deze keuze bepaalt de groep waarnaar de uitkomsten zich kunnen uitstrekken ofwel gegeneraliseerd kunnen worden. In dit geval zijn er geen gegevens van patiënten zonder computer en e-mail of van patiënten die niet hebben gereageerd op de oproep het PVS in te vullen. Over die groep kan dus met dit onder-

zoek geen uitspraak worden gedaan. Op zich is dat niet erg, maar het is wel een beperking van de resultaten van dit onderzoek. Elk onderzoek kent dergelijke beperkingen om de simpele reden dat je nu eenmaal niet alles tegelijkertijd kan onderzoeken. Daarbij onderscheidt de onderzoeker de theoretische populatie – bij De Lange alle OHO-patiënten in Nederland –, de operationele populatie – bij De Lange alle OHO-patiënten in het St. Antonius ziekenhuis – en de steekproef – bij De Lange alle OHO-patiënten die reageerden op de uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek (zie figuur 2).



Figuur 2

Meetbaar

De volgende stap is het meetbaar maken (operationaliseren) van de kenmerken die je als onderzoeker wilt meten. Pijn wordt meestal gemeten met een Visuele Analoge Schaal (VAS). Andere kenmerken zijn door De Lange met een vragenlijst gemeten. Bij het gebruik van vragenlijsten is het van belang om eerst te zoeken naar gevalideerde vragenlijsten over het onderwerp. Deze zijn wetenschappelijk getoetst op hun meetwaarde (precisie en betrouwbaarheid) en op het vermogen te meten wat we willen weten (validiteit). Uit het literatuuronderzoek blijkt meestal al of er gevalideerde vragenlijsten zijn. In het onderzoeksverslag legt de auteur verantwoording af over de vragenlijsten en de betrouwbaarheid en validiteit ervan.

Data-analyse

Vervolgens verzamelt de onderzoeker de gegevens, gevolgd door de data-analyse. Bij het beschrijvend onderzoek bestaat de analyse veelal uit het

meten van frequenties. Daarbij is het meetniveau van belang voor de toets die de onderzoeker kiest. Wanneer dit continue gegevens betreft, zoals leeftijd of temperatuur, kan een gemiddelde en standaardvariatie worden berekend. Gaat het om een ordinaal niveau, zoals bij sedatiescores of opleiding, dan wordt de mediaan gebruikt. Bij een nominaal meetniveau, zoals een bloedgroep of geslacht, maakt men gebruik van percentages. De Lange heeft bijvoorbeeld de locatie van de pijn op deze wijze in kaart gebracht.

Verslag

Het onderzoeksverslag beschrijft alle bovenstaande onderwerpen en eindigt met een discussie, waarin de onderzoeker het onderzoek nader beschouwt. Onderwerpen in een discussie zijn achtereenvolgens: de belangrijkste bevindingen, de generalisatie van deze bevindingen (voor welke groepen gelden deze resultaten), de relatie met de literatuur (zijn er vergelijkbare onderzoeken met dezelfde of tegenstrijdige uitkomsten en waar-

om), de beperkingen van het onderzoek en de eindconclusie.

Meestal blijkt uit het onderzoek dat niet alle vragen zijn beantwoord. Die kunnen dan de start zijn van een volgende empirische cyclus. 

Aanbevolen literatuur

Baarda D.B., de Goede M.P.M.
Basisboek Methoden en Technieken, praktische handleiding voor het opzetten van onderzoek. Noordhoff Uitgevers B.V. Groningen, 2006

Cox K., de Louw D., Kuiper C.
Evidence-based practice voor verpleegkundigen methodiek en toepassing. Boom Lemma Uitgevers 2e druk 2008

De Jong A., Vanderboele H., Glorieux M., Visser M. Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs. Elsevier Gezondheidszorg: 3e druk 2008

cardiovasculaire tweets



Samenstelling: Anne Geert van Driel



Cardiology India @InCardiology

9 Jun

Obesity and Hypertension in Cardiac Hypertrophy: Two Sides of the Same Coin?: (Source: High B...
<http://bit.ly/KQZxLr> #cardiology #heart



Cardiology India @InCardiology

8 Jun

The effect of cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patients undergoing cardiac bypass surge... bit.ly/LBhewQ



TCTMD @TCTMD

11 Jun

Renal Denervation Part 2: How Far, How Fast for Promising New Therapy? [Bit.ly/OjEhw6](http://bit.ly/OjEhw6)



Heart_BMJ @Heart_BMJ

8 Jun

Podcast: Artherosclerotic plaque imagining; Past present, and future:
[Bit.ly/N2LNyE](http://bit.ly/N2LNyE)



Cardiac Nursing @CardiacNursing

8 Jun

9F venous sheath removal: So recently we have been having problems with our 9 F venous sheaths rebleeding. Wonde...
bit.ly/LE44uJ

In de recent herziene Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement is reumatoïde artritis als nieuwe 'risicofactor' opgenomen, omdat vast is komen te staan dat cardiovasculair risico bij reumatoïde artritis vergelijkbaar is met dat van diabetes. In dit artikel zet de auteur uiteen wat de oorzaken zijn van dit verhoogd risico en hoe een adequaat risicomanagement eruit moet zien.

Mike T. Nurmohamed, reumatoloog-epidemioloog, Jan van Breemen Research Instituut, Reade en VU medisch centrum, Amsterdam

E-mail: m.nurmohamed@reade.nl

Bij diabetes en reumatoïde artritis bestaat vergelijkbare kans op hart-en vaatziekten

Cardiovasculair risicomanagement bij reumatoïde artritis onontbeerlijk

Inleiding

Patiënten met chronische gewrichtsontstekingen, zoals reumatoïde artritis, artritis psoriatica en de ziekte van Bechterew hebben een aanzienlijk verhoogde kans op het ontstaan van fatale en niet-fatale hart- en vaatziekten. In Nederland lijden ongeveer 400.000 mensen aan een van deze aandoeningen. Reumatoïde artritis (RA) komt het vaakst voor met een prevalentie van ongeveer 1%. De sterfte bij RA is een stuk hoger dan onder de algemene bevolking. Dit komt vooral door atherosclerotische hart- en vaatziekten (HVZ). Ook niet-fatale HVZ komen vaker voor bij RA; zo heeft grootschalig onderzoek een bijna verdubbelde incidentie van myocardinfarcten laten zien ten opzichte van de algemene bevolking.² Dit verhoogde risico op HVZ kan verschillende oorzaken hebben:

1. Traditionele cardiovasculaire risicofactoren, zoals dislipidemie en hypertensie, komen vaker voor bij RA.
2. Bij chronische ziekten zoals RA worden andere aandoeningen, zoals een verhoogde bloeddruk, vaak niet of niet goed behandeld.
3. Het chronische ontstekingsproces bij RA leidt tot versnelde atherosclerose.

Mortaliteit

Een van de belangrijkste doodsoorzaken zijn HVZ; dat geldt ook bij patiënten met RA. Alleen hebben die een verhoogde kans op HVZ. Een grote meta-analyse van 24 mortaliteitstudies bij RA, waarbij 112.000 RA-patiënten

langdurig werden gevolgd, liet een verhoogde sterfte zien van 60%.³ Daarnaast bleek dat de sterfte bij patiënten die door de reumatoloog gecontroleerd werden aanzienlijk hoger was dan bij patiënten die alleen door de huisarts gecontroleerd werden. De ernst van de ziekte is dus van invloed op de sterfte. Andere ziektespecifieke voorspellers van sterfte zijn afgenomen, zoals (fysieke) functionaliteit, reumaknobbels of andere uitingen van RA buiten de gewrichten om, en reumafactor in het bloed. Het is niet duidelijk of roken leidt tot cardiovasculaire oversterfte bij RA. Wellicht is het schadelijke effect minder dan bij de algemene bevolking, omdat de vaatwand bij RA door de ziekte zelf al is beschadigd.

CARRÉ-studie

Omdat er eind jaren negentig meer aanwijzingen kwamen voor een verhoogd cardiovasculair risico bij RA, zijn er diverse studies uitgevoerd, waarvan de meeste een verhoogd voorkomen van myocardinfarcten, hartfalen, cerebrovasculair lijden en perifeer arterieel vaatlijden lieten zien. De eerste vervolgstudie waarin het cardiovasculaire risico bij RA werd vergeleken met diabetes mellitus 2 - de risicofactor bij uitstek waarvoor cardiovasculair risicomanagement als vanzelfsprekend wordt beschouwd - komt uit Nederland.⁴ Dit onderzoek (CARRÉ-studie) is in 2000 gestart en had als eerste doel de prevalenties van atherosclerotische HVZ bij 353 willekeurig geselecteerde RA-patiënten vast te stellen. Ook werden de preva-

lenties vergeleken met die bij deelnemers aan de Hoorn-studie, een bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor HVZ en HVZ zelf.

In het CARRÉ-onderzoek werden 294 RA-patiënten zonder diabetes ingesloten en vergeleken met niet-diabeten (n = 258) en met patiënten met diabetes mellitus type 2 (n = 194) uit de Hoorn-studie. De gemiddelde leeftijd van deelnemers was ruim 63 jaar. Er zijn HVZ vastgesteld bij 13% van de patiënten met RA, bij 5% van de 'gezonde bevolking' en bij 12% van de patiënten met diabetes. De voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde risico's voor HVZ waren 3,1 voor RA-patiënten en 2,3 voor diabeten ten opzichte van niet-diabeten. Dit betekent dat het risico op HVZ bij RA ruim driemaal hoger is dan bij de algemene bevolking en zeker vergelijkbaar is met dat van diabetes.

RA en diabetes vergelijkbaar

Tijdens de eerste drie jaar follow-up van het CARRÉ-onderzoek werden nieuwe HVZ gevonden bij 9% van de RA-patiënten en bij 4% van de deelnemers aan de Hoorn-studie. Dit komt neer op 3,1 nieuwe HVZ versus 1,5 nieuwe HVZ/100 patiëntjaren bij de algemene populatie.⁵ Het geslacht- en leeftijdgecorrigeerde risico bedroeg 2,0 (95% betrouwbaarheidsinterval (BI): 1,3-3,1). Momenteel worden de data uit tien jaar follow-up geanalyseerd en nog steeds blijkt het risico op HVZ bij RA aanzienlijk verhoogd te zijn. Correctie voor de traditionele cardiovasculaire risicofactoren, zoals roken, hypercholesterolemie en

hypertensie had in de CARRÉ-studie maar een kleine invloed op het risico. Dat betekent dat RA zelf een belangrijke, onafhankelijke, cardiovasculaire risicofactor is. Recentelijk zijn de Nederlandse bevindingen, die aantonen dat er een vergelijkbaar cardiovasculair risico bestaat tussen RA en diabetes, bevestigd in een groot nationaal Deens onderzoek. Hierbij werden bijna 10.000 nieuwe RA-patiënten vergeleken met 130.000 nieuwe diabeten.²

Preklinische atherosclerose

De intimamediadikte van de arteria carotis (carotid intima media thickness, cIMT) wordt echografisch bepaald. Het is een belangrijke methode om vroege, preklinische atherosclerose vast te stellen en is ook een van de belangrijkste voorspellers van HVZ. In een van de studies op dit gebied werden 4.500 personen, met een gemiddelde leeftijd van ruim zeventig jaar, gedurende zes jaar gevolgd. Het bleek dat elke 0,20 mm cIMT-toename een 30% verhoogde kans op nieuwe HVZ gaf.⁶

Gezien het verhoogde cardiovasculaire risico bij RA, zijn er ook cIMT-studies gedaan bij RA. Een van de eerste studies kwam uit Japan; daarin bleek de cIMT inderdaad dikker te zijn: 0,64 mm bij 138 RA-patiënten (leeftijd 55 jaar) versus 0,58 mm bij 94 gematchte controlepersonen (leeftijd 52 jaar).⁷ Inmiddels is ook de eerste meta-analyse op dit gebied verschenen. Deze liet een verschil van 0,09 mm zien tussen de RA-patiënten (n = 1384) en de controlepersonen (n = 1147).⁸ Dit verschil is echter veel kleiner dan je zou verwachten, gezien het verdubbelde cardiovasculaire risico bij RA.

Een mogelijke verklaring is dat bij RA atherosclerotische plaques eerder ruptureren. Er zijn tot nu toe weinig gegevens over de progressie van cIMT bij RA. Del Rincon et al. zagen een duidelijk verband met de ziekte duur; de cIMT-toename varieerde van 0,15 mm/tien jaar bij RA-patiënten met een ziekte duur van minder dan zeven jaar tot 0,30 mm/tien jaar bij RA-patiënten met een ziekte duur van meer dan twintig jaar.⁹

Dat preklinische atherosclerose ook

bij RA belangrijk is, blijkt uit een vervolgonderzoek onder 47 RA-patiënten, die bij aanvang geen HVZ of risicofactoren hiervoor hadden.¹⁰ Tijdens vijf jaar follow-up kregen 17 patiënten een HVZ. Bij een cIMT dat kleiner was dan 0,77 mm bleek geen van de patiënten een HVZ te hebben gekregen, terwijl dit wel het geval was bij zes van de tien RA-patiënten met een cIMT van meer dan 0,91 mm.

Risicofactoren

Een verhoogd totaal cholesterol, een verlaagd HDL-cholesterol of een verhoogd LDL-cholesterol geven een verhoogde kans op HVZ. Bij RA hangt het lipidenprofiel af van de ziekteactiviteit. Zo is er bij vroege, actieve RA een ongunstig lipidenprofiel met een verlaagd totaal cholesterolgehalte en een nog sterker verlaagd HDL-cholesterol. Hierdoor is de atherogene index (het quotiënt van totaal cholesterol en HDL-cholesterol) ongunstiger. Anti-reumatische behandeling met bijvoorbeeld methotrexaat of sulfasalazine (dit zijn disease modifying antirheumatic drugs, DMARD's) en/of biologicals, zoals de tumor necrose factor (TNF)-blokkers, geeft hogere waarden totaal cholesterol en HDL-cholesterol. Dit gaat vaak gepaard met een normalisering van de atherogene index. Behandeling met een lage dosis prednison (minder dan 10 mg per dag) lijkt bij RA gunstige gevolgen voor het lipidenprofiel te hebben.¹¹

Cachexie

Bij vroege, actieve RA is er een karakteristieke ondervoedingstoestand (reumatische cachexie) die gepaard gaat met een verlies van spiermassa.¹² Belangrijke factoren in dit proces zijn ontstekingsmediatoren zoals TNF, die verlaagde concentraties totaal cholesterol en HDL-cholesterol geven.¹³ Omdat een toegenomen ziekteactiviteit gepaard gaat met hogere TNF-spiegels, verklaart dit de relatie tussen ziekteactiviteit en (verlaagde) cholesterolwaarden.

Roken

Het is alom bekend dat roken een belangrijke risicofactor voor HVZ is, maar uit een onderzoek bij 600 RA-patiënten en 600 controlepersonen bleek het schadelijke effect bij RA aan-

zienlijk minder te zijn dan bij de controlepersonen. Het risico op HVZ bij roken bleek bij niet-RA 2,2 maal verhoogd te zijn terwijl dit bij RA maar 1,3 was. Of dit betekent dat het stoppen met roken bij RA een minder gunstig cardiovasculair effect heeft dan bij niet-RA, is niet bekend.¹⁴ Literatuurgegevens over de prevalentie van type 2-diabetes zijn tegenstrijdig, maar gelet op het vaker voorkomen van insulineresistentie en het metabool syndroom is een toegenomen prevalentie van diabetes bij RA waarschijnlijk.

Comorbiditeit

In het algemeen worden bijkomende ziekten (comorbiditeit) onderbehandeld bij chronische ziekten en RA vormt hierop geen uitzondering. Uit een onderzoek bij 400 RA-patiënten bleek dat hypertensie aanwezig was bij 71% van de patiënten, van wie slechts 61% een antihypertensieve behandeling kreeg.¹⁵ Ook uit het CARRÉ-onderzoek is inmiddels gebleken dat er belangrijke onderbehandeling van hypertensie is.

Ontsteking

Tegenwoordig weten we dat atherosclerose een chronisch ontstekingsproces van de arterie is, waarbij op celniveau opvallende overeenkomsten met RA worden gevonden.¹⁶ Het lijkt er dus op dat het onderliggende chronische ontstekingsproces bij RA de patiënten vatbaarder maakt voor (versnelde) atherosclerose.¹⁷ Deze chronische ontsteking verklaart dus voor een belangrijk deel het verhoogde cardiovasculaire risico bij actieve en/of lang bestaande RA.

Antireumatische behandeling

Patiënten met chronische gewrichtsontstekingen krijgen in het begin van de ziekte, naast paracetamol, ook vaak ontstekingsremmers: de niet-steroïde anti-inflammatoire middelen (NSAIDs). De werkzaamheid van de NSAIDs komt door remming van het enzym cyclo-oxygenase-2, maar NSAIDs geven daarnaast ook remming van het cyclo-oxygenase-1, wat verantwoordelijk is voor de (bloedings)bijwerkingen. Daarom zijn er meer specifieke cyclo-oxygenaseremmers ontwikkeld, de COXIBs, die vooral cyclo-oxygena-

Risicotabel: 10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ voor patiënten zonder HVZ

SBD	Vrouwen										Leeftijd	Mannen									
	Niet-rookster					Rookster						Niet-roker					Roker				
180	35	38	41	43	44	47	50	>50	>50	>50	70	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50
160	28	31	33	35	36	38	41	44	46	48		45	48	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50
140	22	24	26	28	29	31	33	36	38	39		37	40	42	44	46	49	>50	>50	>50	>50
120	18	19	21	22	23	25	27	29	30	32		30	32	34	36	38	40	43	45	48	50
180	14	17	20	24	30	27	32	37	45	>50	65	25	30	36	44	>50	45	>50	>50	>50	>50
160	10	12	14	17	21	19	22	27	32	39		18	21	26	32	40	33	39	47	>50	>50
140	7	8	10	12	15	14	16	19	23	28		12	15	18	23	29	23	28	34	42	>50
120	5	6	7	9	11	10	11	14	17	20		9	11	13	16	21	17	20	24	30	38
180	10	12	15	18	23	20	23	28	34	42	60	22	26	32	40	50	40	48	>50	>50	>50
160	7	8	11	13	16	14	17	20	24	30		15	19	23	29	36	29	35	42	>50	>50
140	5	6	7	9	12	10	12	14	17	21		11	13	16	20	26	20	25	30	38	47
120	4	4	5	7	8	7	8	10	12	15		8	9	12	15	19	14	18	22	27	34
180	5	6	8	10	12	10	12	15	18	22	55	13	16	20	26	32	25	31	38	47	>50
160	4	4	5	7	9	7	8	10	13	16		10	12	15	18	23	18	22	27	34	43
140	3	3	4	5	6	5	6	7	9	11		7	8	10	13	17	13	16	19	24	31
120	2	2	3	3	4	4	4	5	6	8		5	6	7	9	12	9	11	14	17	22
180	2	3	4	5	6	5	6	7	9	11	50	8	10	12	15	20	15	18	23	28	36
160	2	3	3	3	4	3	4	5	6	8		6	7	9	11	14	11	13	16	20	26
140	1	1	2	2	3	2	3	3	4	6		4	5	6	8	10	7	9	12	15	19
120	1	1	1	2	2	2	2	2	3	4		3	3	4	6	7	5	7	8	10	13
180	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	40	3	3	4	6	7	5	6	8	10	13
160	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	2		2	2	3	4	5	4	4	6	7	9
140	<1	<1	<1	1	1	<1	<1	1	1	1		1	2	2	3	4	3	3	4	5	7
120	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1		1	1	2	2	3	2	2	3	4	5
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
	Ratio totaal cholesterol/HDL											Ratio totaal cholesterol/HDL									

Gebaseerd op gegevens van MORGEn- (RIVM) en ERGO-cohort (Erasmus MC) en Van Dis & Kromhout 2010.

HDL = high-density-lipoproteïne; SBD = systolische bloeddruk.

<10% risico op ziekte of sterfte door HVZ: leefstijladviezen indien daar aanleiding voor is, zelden medicamenteuze behandeling.

10% tot 20% risico op ziekte of sterfte door HVZ: leefstijladviezen, medicamenteuze behandeling alleen bij risicoverhogende factoren en SBD > 140 mmHg en/of LDL > 2,5 mmol/l.

≥20% risico op ziekte of sterfte door HVZ: leefstijladviezen, medicamenteuze behandeling als SBD > 140 mmHg en/of LDL > 2,5 mmol/l.

Het risico bij patiënten met DM of RA kan worden geschat door bij de actuele leeftijd van de patiënt 15 jaar op te tellen.

se 2 remmen en minder bloedingcomplicaties blijken te geven.

Prednison

Frequent paracetamolgebruik, dat wil zeggen 22 dagen/maand of meer, is geassocieerd met een verhoogd cardiovasculair risico.¹⁸ Dit komt mogelijk door hypertensie die wordt veroorzaakt door remming van cyclo-oxygenase-2.¹⁹ Het uiteindelijke cardiovasculaire effect van corticosteroiden (prednison) bij RA is ook nu nog onderwerp van discussie. Enerzijds is er kans op cardiovasculaire bijwerkingen, zoals hypertensie, insulineresistentie en diabetes, maar anderzijds is er bij RA een gunstig effect op de mobiliteit en het lipidenprofiel.²⁰

COXIBs

De COXIBs, zoals celecoxib en etoricoxib, geven weliswaar minder bloedingcomplicaties maar tegelijk ook een verhoogd cardiovasculair risico, vooral door toename van myocardinfarcten. Inmiddels zijn er steeds meer aanwijzingen dat dit ook voor de NSAIDs geldt; naproxen wellicht uitgezonderd.²¹ Volgens de huidige Europese aanbevelingen van de Geneesmiddelenregistratie Autoriteit (EMA) mogen COXIBs niet worden gegeven aan patiënten met doorge maakte HVZ. Op grond van de huidige literatuurgegevens zou dit eigenlijk ook voor de (niet-naproxen) NSAIDs moeten gelden.

DMARD

Als ontsteking een belangrijke oorzaak is van het cardiovasculair risico bij RA, dan is te verwachten dat effectieve anti-inflammatoire/anti-reumatische therapie het cardiovasculaire risico zal verlagen. Intussen is gebleken dat methotrexaat, de belangrijkste DMARD binnen de reumatologie, zowel het aantal fatale als niet-fatale HVZ sterk reduceert.²²

TNF-blokkers

Van de TNF-blokkers, de meest krachtige antireumatica die beschikbaar zijn, zou eigenlijk een nog groter effect verwacht worden, omdat deze middelen zeer specifiek op het ontstekingsproces aangrijpen. In de placebo-gecontroleerde registratiestudies met TNF-blokkers zijn er helaas geen car-

diovasculaire eindpunten meegenomen en dus is er geen direct bewijs voorhanden. Wel suggereren een toenemend aantal databasestudies dat ook TNF-blokkers een gunstig effect hebben op het (atherosclerotisch) cardiovasculair risico bij RA, met name bij de groep patiënten die goed op de TNF-blokkers reageren.²³

Risicomanagement

De afgelopen vijftien jaar is gebleken dat RA een nieuwe, onafhankelijke, cardiovasculaire risicofactor is in dezelfde orde van grootte als diabetes. Cardiovasculair risicomanagement (CV-RM) is bij RA dan ook onontbeerlijk. Een goed risicomanagement begint met het bepalen van het absolute tienjaarsrisico op (fatale)HVZ op basis van verschillende risicofactoren, zoals roken en cholesterol, waarbij leeftijd en geslacht verwerkt zijn. Hiervoor zijn bepaalde rekenkundige modellen ontwikkeld, zoals Framingham en de Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE). Deze risicomodellen zijn van toepassing op de algemene bevolking. De tabel is verdeeld naar geslacht, al dan niet roken en leeftijd. Op basis van de systolische bloeddruk en de ratio totaal cholesterol/HDL-cholesterol kan dan het tienjaarsrisico op hart- en vaatziekten worden geschat. Zo zal een rokende vrouw van zestig jaar met een totaal cholesterol/HDL-cholesterol ratio van 5 en een systolische bloeddruk van 140 mmHg de komende tien jaar een kans van 12% hebben op HVZ.

Aanbevelingen

De Europese reumatologenfederatie (EULAR) heeft in 2010 aanbevelingen gedaan voor cardiovasculair risicomanagement bij RA.²⁴ Zo adviseert zij cardiovasculaire screening van en leefstijladviezen voor alle RA-patiënten. Omdat het risico op HVZ bij RA veel hoger is dan bij de algemene bevolking moeten risicofuncties, zoals SCORE, met een factor 1,5 vermenigvuldigd worden om het tienjaars cardiovasculair risico bij RA beter te kunnen schatten. Ook in de nieuwe Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement wordt CV-RM voor alle RA-patiënten geadviseerd. Een essentieel verschil met de Europese richtlijn is

het advies om voor de tienjaarsrisicoschatting vijftien jaar bij de actuele leeftijd van de patiënt op te tellen. Het voordeel hiervan is dat er steeds van dezelfde tabel gebruikt gemaakt kan worden.

Ontstekingsproces

Zoals bekend wordt behandeling met statines en/of antihypertensiva aanbevolen bij een (aangepast) tienjaars cardiovasculair risico van 20% of meer. Uiteraard is effectieve onderdrukking van het ontstekingsproces met antireumatica noodzakelijk om het cardiovasculaire risico verder te vermindern. Een belangrijke kanttekening is dat cardiovasculaire eindpuntstudies bij RA met statines en/of antihypertensiva nog niet zijn gepubliceerd. Het is echter onwaarschijnlijk dat het effect van deze middelen bij RA minder zal zijn dan bij de algemene populatie. Het zou zelfs sterker kunnen zijn, omdat de meeste statines en antihypertensiva ook ontstekingsremmende eigenschappen hebben, die van belang kunnen zijn bij chronische ontstekingsziekten zoals RA. Zo bleek uit een placebogecontroleerde studie bij RA met atorvastatine een afname van ziekteactiviteit.²⁵ Ook was er een duidelijke afname van het totaal- en LDL-cholesterol, die minimaal hetzelfde was als bij niet-RA populaties.²⁶ Omdat daling van het LDL-cholesterol de beste voorspeller is voor afname van het risico op HVZ, is het aannemelijk dat bij RA de afname van het risico op HVZ vergelijkbaar zal zijn.

Conclusie

Patiënten met RA hebben een ongeveer verdubbeld cardiovasculair risico ten opzichte van de algemene bevolking. Een belangrijke oorzaak blijkt het onderliggend chronisch ontstekingsproces te zijn. Daarnaast blijken ook de 'traditionele' risicofactoren voor HVZ vaker voor te komen. Het is duidelijk dat cardiovasculair risicomanagement onontbeerlijk is voor patiënten met RA. Dit bestaat uit screening (en eventueel behandeling) van cardiovasculaire risicofactoren volgens de nieuwe Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement. Lokaal zal moeten worden afgestemd wie wat doet, waarbij de betrokken specialisten kunnen

bestaan uit (vasculair) verpleegkundig specialisten, internist, cardioloog, huisarts en reumatoloog. Ook een zo krachtig mogelijke onderdrukking van het ziekteproces is onderdeel van CV-RM bij RA. Dat is een taak voor de reumatoloog. 

Literatuur

1. Van Doornum S, McColl G, Wicks IP. Accelerated atherosclerosis: an extraarticular feature of rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum* 2002;46:862-73.
2. Lindhardtsen J, Ahlehoff O, Gislason GH, Madsen OR, Olesen JB, Torp-Pedersen C, et al. The risk of myocardial infarction in rheumatoid arthritis and diabetes mellitus: a Danish nationwide cohort study. *Ann Rheum Dis* 2011;70:929-34.
3. Aviña-Zubieta JA, Choi HK, Sadatsafavi M, Etminan M, Esdaile JM, Lacaille D. Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Arthritis Rheum* 2008;59:1690-7.
4. Van Halm VP, Peters MJ, Voskuyl AE, Boers M, Lems WF, Visser M, et al. Rheumatoid arthritis versus diabetes as a risk factor for cardiovascular disease, a cross sectional study, the CARRE Investigation. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1395-400.
5. Peters MJ, van Halm VP, Voskuyl AE, Smulders YM, Boers M, Lems WF, et al. Does rheumatoid arthritis equal diabetes mellitus as an independent risk factor for cardiovascular disease? A prospective study. *Arthritis Rheum* 2009;61:1571-9.
6. O'Leary DH, Polak JF, Kronmal RA, Manolio TA, Burke GL, Wolfson SK Jr. Carotid-artery intima and media thickness as a risk factor for myocardial infarction and stroke in older adults. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 1999;340:14-22.
7. Kumeda Y, Inaba M, Goto H, et al. Increased thickness of the arterial intima-media detected by ultrasonography in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;46:1489-97.
8. Van Sijl AM, Peters MJ, Knol DK, de Vet HC, Gonzalez-Gay MA, Smulders YM, et al. Carotid intima media thickness in rheumatoid arthritis as compared to control subjects: a meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2011;40:389-97.
9. Del Rincon I, O'Leary DH, Freeman GL, et al. Acceleration of atherosclerosis during the course of rheumatoid arthritis. *Atherosclerosis* 2007;195:354-60.
10. González-Juanatey C, Llorca J, Martin J, González-Gay MA. Carotid intima-media thickness predicts the development of cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2009;38:366-71.
11. Boers M, Nurmohamed MT, Doelman CJ, Lard LR, Verhoeven AC, Voskuyl AE, et al. Influence of glucocorticoids and disease activity on total and high density lipoprotein cholesterol in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2003;62:842-5.
12. Walsmith J, Abad L, Kehayias J, et al. Tumor necrosis factor-alpha production is associated with less body cell mass in women with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2004;31:23-9.
13. Kotler DP. Cachexia. *Ann Intern Med* 2000;133:622-34.
14. Gonzalez A, Maradit Kremers H, Crowson CS, Ballman KV, Roger VL, Jacobsen SJ, et al. Do cardiovascular risk factors confer the same risk for cardiovascular outcomes in rheumatoid arthritis patients as in non-rheumatoid arthritis patients? *Ann Rheum Dis* 2008;67:64-9.
15. Panoulas VF, Douglas KM, Milonis HJ, Stavropoulos-Kalinglou A, Nightingale P, Kita MD, et al. Prevalence and associations of hypertension and its control in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:1477-82.
16. Hansson GK. Inflammation, atherosclerosis, and coronary artery disease. *N Engl J Med* 2005;352:1685-95.
17. Gerli R, Schillaci G, Giordano A, Bocci EB, Bistoni O, Vaudo G, et al. CD4+CD28- T lymphocytes contribute to early atherosclerotic damage in rheumatoid arthritis patients. *Circulation* 2004;109:2744-8.
18. Chan AT, Manson JE, Albert CM, Chae CU, Rexrode KM, Curhan GC, et al. Nonsteroidal antiinflammatory drugs, acetaminophen, and the risk of cardiovascular events. *Circulation* 2006;113:1578-87.
19. Hinz B, Cheremina O, Brune K. Acetaminophen (paracetamol) is a selective cyclooxygenase-2 inhibitor in man. *FASEB J* 2008;22:383-90.
20. Vis M, Nurmohamed MT, Wolbink G, Voskuyl AE, de Koning M, van de Stadt R, et al. Short term effects of infliximab on the lipid profile in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2005;32:252-5.
21. Kearney PM, Baigent C, Godwin J, Halls H, Emberson JR, Patrono C. Do selective cyclooxygenase-2 inhibitors and traditional nonsteroidal anti-inflammatory drugs increase the risk of atherothrombosis? Meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2006;332:1302-8.
22. Choi HK, Hernán MA, Seeger JD, Robins JM, Wolfe F. Methotrexate and mortality in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study. *Lancet* 2002;359:1173-7.
23. Dixon WG, Watson KD, Lunt M, Hyrich KL. Reduction in the incidence of myocardial infarction in patients with rheumatoid arthritis who respond to anti-tumor necrosis factor alpha therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. *Arthritis Rheum* 2007;56:2905-12.
24. Peters MJ, Symmons DP, McCarey D, Dijkmans BA, Nicola P, Kvien TK, et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:325-31.
25. McCarey DW, McInnes IB, Madhok R, Hampson R, Scherbakov O, Ford I, et al. Trial of Atorvastatin in Rheumatoid Arthritis (TARA): double-blind, randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;363:2015-21.
26. Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005;366:1267-78.

cardiovasculaire tweets



David Flom @DavidFlom

17 May 11

Cardiac Rehab Linked to Reduced Risk of Death: Patients who participate in a program that combines exerc... <http://bit.ly/lB7dEL> #Health



Heart Disease Info @Heart_Disease_x

May 11

What Is Plaque On Arteries? <http://bit.ly/irs7O9>



Heart_BMJ @Heart_BMJ

8 Jun

Podcast: Sudden cardiac death in athletes: bit.ly/MRDyoZ

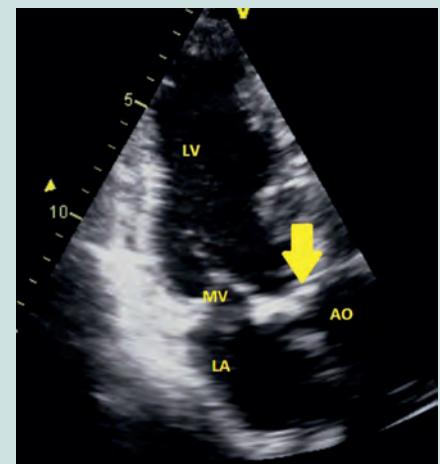
Hieronder vindt u de casus van een 57-jarige vrouw die al langere tijd een krampend gevoel op de borst heeft bij inspanning. Bij echocardiografie wordt een matige linkerventrikel gezien. De auteur stelt u over deze casus enkele vragen die u kunt beantwoorden met behulp van onderstaande gegevens en elektrocardiogram. De antwoorden vindt u op pagina 93 van deze Cordiaal.

Cyril Camaro, cardioloog UMC St Radboud Nijmegen, afdeling cardiologie

E-mail: c.camaro@cardio.umcn.nl



Vanaf nu is deze rubriek multimediaal! Ga naar: www.nvhvv.nl of direct naar www.carvasz.nl/CordiaalMM/AOS.html Daar hoort u het geluid van de soufflé van de aorta stenose en ziet u de film van de coronairangiografie.



Figuur 2. Met de gele pijl wordt de plaats van de aortaklep aangegeven.

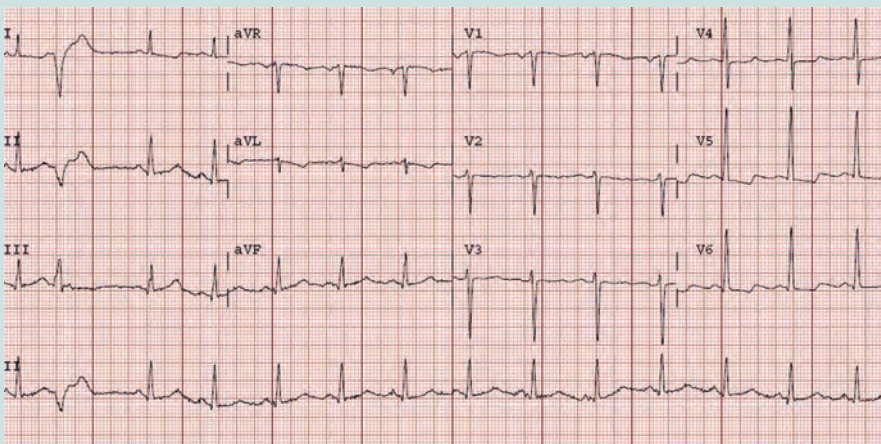
Wat vertelt deze casus?

Een vrouw met krampende pijn op de borst

Casus:

Een 57-jarige vrouw met een blanco cardiale voorgeschiedenis heeft al langere tijd bij inspanning en bij overgang van warm naar koud een krampend gevoel op de borst. In rust heeft ze geen klachten. Er bestaan geen tekenen van hartfalen. Haar voorgeschiedenis vermeldt een mammacarcinoom links, waarvoor operatie, bestraling én chemokuur hebben plaatsgevonden. Bij presentatie gebruikt ze amlodipine, chloortalidon en atorvastatine via de huisarts. Risicofactoren voor hart- en vaatziekten bestaan uit roken, hypertensie en hypercholesterolemie. Bij lichamelijk onderzoek een niet zieke vrouw. Lengte 170 cm, gewicht 70 kg. De bloeddruk meet 105/60 mmHg bij een pols van 87 per minuut regulair en aequaal. De halsvenen zijn niet gestuwd. Over het hart normale 1e en een zachte 2e toon met een graad 3/6 crescendo-decrescendo laatsystolisch geruis met punctum maximum 2e intercostaalruimte rechts van het ster-

num en voortgeleiding naar de carotiden. Over de longen normaal ademge-ruis zonder crepiteren. Aan de extremiteiten geen oedeem. Het gemaakte 12-afleidingen elektrocardiogram in de ambulance ziet u in figuur 1. Bij echo-cardiografie wordt een matige linker-ventrikel gezien met ejectiefractie 35%, hypokinesie inferior. De aortaklep is sterk echodens en laat een berekende kleppoppervlak zien van 0,5 cm² (zie figuur 2 en beluister harttonen op de website). De snelheid over de aortaklep bedraagt 4 m/s (64 mmHg). De cardioloog verricht bij patiënte een diagnostische hartkatheterisatie met coronairangiografie: bij rechtscatheterisatie geen pulmonale hypertensie met licht verhoogde RV en RA druk. Bij coronairangiografie is er sprake van 1-vatslijden van de RCA. Er is wel wat opvallends te zien aan de coronaire vaatboom (zie website). Nadien zal patiënte in het hartteam worden besproken en voorgesteld voor een operatie. 



Figuur 1: ECG

Vragen:

1. Wat ziet u op het elektrocardiogram (ECG) in figuur 1?
2. Hoe interpreteert u de volgende gegevens: aortakleppoppervlak 0,5 cm² en gradiënt 64 mmHg?
3. Wat is de oorzaak van de verminderde linkerventrikelfunctie?
4. Heeft u een idee van wat u ziet op het coronairangiogram (zie film op website)?
5. Welk operatievoorstel zal de cardioloog in het hartteam bespreken?
6. Wat is uw conclusie aan de hand van het verhaal en het ECG?

Hoe komt het toch dat patiënten adviezen niet opvolgen, terwijl dat echt nodig is voor hun gezondheid? Hoe kunnen verpleegkundigen een bijdrage leveren aan de motivatie tot verandering of tot therapietrouw? Op deze en andere vragen geeft dit artikel over motiverende gespreksvoering antwoord.

Wanda de Kuiper, trainer motiverende gespreksvoering, docent, supervisor, coach, studieleader Faculteit Gezondheidszorg, Hogeschool Utrecht

Email: wanda.dekuiper@hu.nl

Motiverende gespreksvoering in de praktijk

Vraag: Beste lezer, wilt u nu een rondje om uw stoel lopen voordat u dit artikel verder leest? Pas als u helemaal rond bent gelopen, gaat u weer zitten en leest u verder. Dit is erg goed voor u en bovendien kunt u op deze manier de inhoud van het artikel beter opnemen.

Na de eerste invoering in 1983 speelt motivational interviewing (MI) of motiverende gespreksvoering (MG) een steeds grotere rol in de algemene gezondheidszorg. Ook de hart- en vaatverpleegkundige komt vaak in aanraking met patiënten van wie een gedragsverandering wordt verlangd om een gezonder leven te gaan leiden. Motiverende gespreksvoering is een veelbelovende en evidence based gespreksstijl om mensen te ondersteunen in hun gedragsverandering vanuit een eigen motivatie.

Het woord 'motivatie' komt van het Latijnse *movere* (bewegen). De verpleegkundige probeert met MG precies dat te bereiken: de patiënt komt zelf in beweging om gedragsverandering door te voeren. Iedereen kent voorbeelden van mensen die niet lijken te willen veranderen, zelfs als een gezondere leefstijl noodzakelijk is wegens een chronische en soms bedreigende aandoening. In de begeleiding van deze patiënten biedt MG de verpleegkundige een hulpmiddel om de juiste toon te vinden.

Zelfmanagement

De laatste jaren ligt binnen de hele gezondheidszorg de nadruk op zo zelfstandig mogelijk en zo gezond mogelijk leven. Dit geldt ook binnen de hart- en vaatzorg, waar door verbeteringen in de acute behandeling een grote toename is ontstaan van het aantal chronische patiënten. Wie chronisch ziek is, moet zijn leefstijl ingrijpend veranderen dan alleen het gebruik van medicijnen. Het uiteindelijke doel van de monitoring en begeleiding door verpleegkundigen is dat

de patiënt kan omgaan met zijn ziekte en behandeling en de aanpassingen in het dagelijks leven. MG sluit aan bij de huidige visie op zelfmanagement, waarbij de patiënt centraal staat als ervaringsdeskundige in het omgaan met zijn ziekte. Hij weet welke manier voor hem het beste is. Om de begeleidende gesprekken effectief te kunnen voeren, moet je gespreksvaardigheden beheersen, maar ook over kennis van gedragsverandering beschikken.

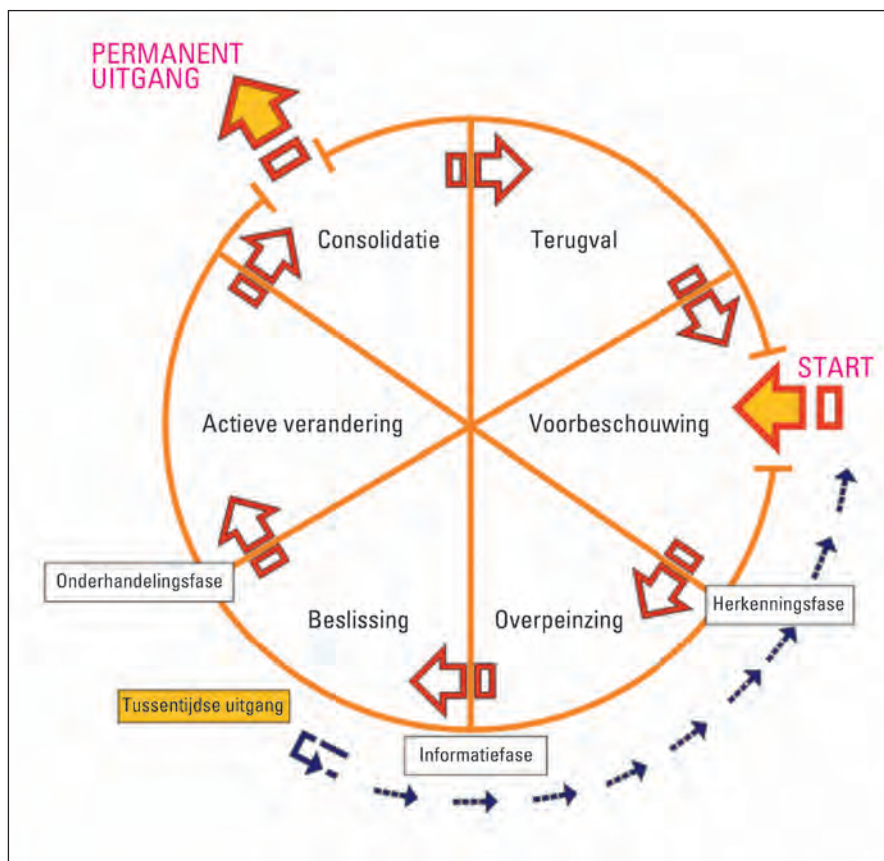
Transtheoretisch model

Een van de modellen die inzicht geeft in het proces van gedragsverandering is 'The stages of change' van Prochaska en Diclemente^{1,2} (zie model 1). Dit transtheoretisch model beschrijft in zes fasen hoe gedragsverandering is te bereiken. Als de verpleegkundige begrijpt in welke fase van leefstijlverandering de patiënt zich bevindt, kan hij er makkelijker bij aansluiten en de juiste interventies toepassen. Deze fasen zijn voor iedereen herkenbaar. Het bijzondere aan dit model is dat de fase 'terugval' als onverbreekbaar is toegevoegd: een periode van terugval en weinig motivatie hoort er gewoon bij! Uit onderzoek^{3,4} bleek namelijk dat het proces van verandering bij de meeste mensen niet lineair verloopt, maar dynamisch en circulair: binnen elke fase is terugval mogelijk. Dat geldt tegenwoordig niet meer als 'falen', maar als een teken dat verder gezocht moet worden naar de 'juiste', voor deze patiënt meest geschikte manier om het vastgestelde doel te bereiken. Dit inzicht bespaart zowel de verpleegkundige als de patiënt veel frustratie en wanhoop.

Perspectief

Tot voor kort moest een verpleegkundige vooral over overtuigingskracht beschikken om patiënten naar alle informatie te laten luisteren en hen over te halen tot een gedragsverandering die goed zou zijn voor hun gezondheid. In de praktijk werkt het menselijk brein echter niet zo eenvoudig. Toch lijkt het wel eenvoudig: waarom zou je niet doen wat goed voor je is of wat nodig is voor je gezondheid? In de regel gaan patiënten zich echter niet anders gedragen als de verpleegkundige interventie alleen uit informatieverstrekking bestaat.⁵ Er is meer voor nodig om gedragsverandering te bewerkstelligen. Hoe kun je dan wel met een patiënt praten over de gewenste gedragsverandering na bijvoorbeeld een hartaanval? Ook als de patiënt wel weet dat 'roken slecht is', maar er toch mee doorgaat.

Motiverende gespreksvoering gaat juist op deze, soms bijna onzichtbare, motivatie van de patiënt in. Eigenlijk zou je van 'zelfmotiverende gespreksvoering' kunnen spreken, want in plaats van te overtuigen is de bedoeling van MG dat verpleegkundige en patiënt samen, als gelijkwaardige gesprekspartners, vanuit hun eigen perspectief een veranderingsplan opstellen dat optimaal aansluit op de behoeftes, mogelijkheden en aandoening van de patiënt. Vandaar dat 'aansluiten' bij de patiënt en zijn motivatie een eerste vereiste is, vanzelfsprekend vanuit de vakkennis die de verpleegkundige heeft. Het gaat bij MG niet alleen om gesprekstechnieken, maar ook om de onderliggende attitude:



Model: 1 Stages of change: J.O. Prochaska en C.C. Diclemente (1991).

empathisch/persoonsgericht en directief/ gidsend. Zo wordt de ambivalentie, die iedereen bij een verandering voelt, verhelderd door samen te zoeken naar de aspecten die hierin meespelen. Weerstand wordt normaal en bruikbaar gevonden en de sfeer tijdens een gesprek is meer samenwerkend dan adviserend. Op deze wijze raakt de patiënt actief betrokken bij zijn eigen veranderingsproces en dat leidt tot betere resultaten

Spirit

Er wordt wel gesproken over de 'spirit' van deze methodiek, waarin het gezamenlijk 'zoeken en uitlokken' van de motivatie voor verandering bij de patiënt centraal staat. Terwijl je in de gezondheidszorg vaak de term 'ongemotiveerde patiënt' hoort, is bij MG het uitgangspunt dat iedere patiënt gemotiveerd is om gezond te leven; alleen is hij niet altijd in staat om hiervoor het juiste gedrag te bedenken of vol te houden. Precies daar gaat MG op in: samen met de patiënt gaat de verpleegkundige op zoek naar de ambivalente gevoelens. Ze kijken naar voor- en nadelen van verandering en

bespreken de verschillende aspecten die een rol spelen (zie model 2). Daardoor krijgt de patiënt meer grip op zijn behoeftes en mogelijkheden en wordt hij geholpen een eigen keus te maken. Waarschijnlijk het moeilijkst voor verpleegkundigen is dat ze bij MG hun 'reparatiereflex' moeten onderdrukken. Bijna iedereen voelt de behoefte om een patiënt te overtuigen van de beste adviezen. Maar helaas, het werkt niet, net zo min als confron-

tatie, dwang of informatieverstrekking.

Verandertaal

Tijdens de ontwikkeling van MG bleek dat mensen kunnen en willen veranderen als ze zich kunnen verbinden aan iets van intrinsieke waarde: dat je echt voelt waarvoor je iets doet. In onze praktijk zou dit betekenen dat patiënten kunnen veranderen van leefstijl als ze bewust hebben kunnen kiezen wat voor hen belangrijk is. Zo wil de een afvallen om weer te kunnen dansen, terwijl een ander wil afvallen om meer hartfalen te vermijden. Of iemand wil stoppen met roken, omdat de kleinkinderen hebben gezegd dat 'oma niet lekker ruikt'. Dit soort redenen om nieuw gedrag aan te leren, kunnen wij niet voor iemand anders verzinnen. Wel kunnen we helpen deze redenen te vinden en te ondersteunen. Als patiënten over deze persoonlijke veranderwensen praten, noemen we dat 'verandertaal'. Een verpleegkundige kan 'verandertaal' ontlokken door vragen te stellen die dit soort opmerkingen bij de patiënt oproept. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld wel de noodzaak van een verandering inziet, maar er toch tegenop ziet, kun je vragen: "Wat zou er veranderen als u besluit om elke dag een half uur te gaan wandelen?" Een andere ontlokkende vraag is: "Wat zouden de drie belangrijkste voordelen kunnen zijn van deze verandering?" Of: "Als u zou besluiten deze verandering door te voeren, hoe zou u het dan aan gaan pakken?" Door begrip te tonen voor de weerstand en soms even over



Model 2: Bij ambivalentie worden de voor- en nadelen onderzocht. Door te eindigen met de voordelen van een verandering wordt de verandering aantrekkelijker voor de patiënt.

Aan de Hogeschool Utrecht wordt een training 'motiverende gespreksvoering' ingepast in de post-hbo opleidingen voor verpleegkundigen, waaronder de post-hbo opleiding hart- en vaatverpleegkunde. Van onze studenten horen we dat de methode makkelijker klinkt dan de uitvoering in de praktijk is. Gedragsverandering is voor verpleegkundigen net zo moeilijk als voor patiënten. Daarom is het van belang veel te oefenen, liefst onder begeleiding, en samen met collega's terug te kijken op gevoerde gesprekken.

het onvermogen heen te stappen, krijgt de patiënt een idee van de mogelijke nieuwe situatie. Het gaat voor hem leven en hij gaat zelf bedenken welke verbeteringen het zou opleveren. Door deze gedachten op te roepen, krijgen de voordelen van een verandering in leefstijl ineens meer kleur.

Empathie

Naast de basisattitude van de zorgverlener, zijn ook 'gewone' gespreksvaardigheden van groot belang: open vragen stellen, reflectief luisteren, bevestigen van wat de patiënt al doet of kan en samenvatten. Deze vier vaardigheden (ORBS) staan ten dienste van het 'ontlokken van verandertaal' en worden ingezet op het moment dat de verpleegkundige denkt dat ze het meeste resultaat zullen hebben voor het uiteindelijke doel. Het begrijpen van de ander, het geven van bevestiging en het zoeken naar de waarden die voor de patiënt gelden, blijken hem zoveel steun te geven dat hij zelf actiever wordt in zijn veranderingsproces en zich ook verantwoordelijk voelt voor zijn eigen aandeel in het geheel. Heel bijzonder, maar tegelijk moeilijk is dat de zorgverlener bij het gebruik van MG een directieve, sturende houding heeft (hij wil een gedragsverandering bereiken), maar dat de sturing plaatsvindt vanuit een empathische houding. Hierbij staan samenwerking met de patiënt, autonomie van de patiënt en het ontlokken van eigen veranderingswensen centraal.

Het is niet zo dat motiverende gedragsvoering altijd tot een gezondere leefstijl leidt. Als de autonomie van de

patiënt wordt gerespecteerd, moet soms worden besloten dat andere zaken voorgaan dan vanuit medisch oogpunt belangrijk zou zijn. Soms ook voelt de patiënt dat het juiste moment nog niet daar is. Het voordeel is dan dat er een besluit is genomen en de patiënt uit de impasse van twijfel is gekomen.⁶ Doordat het een gezamenlijk besluit is, kunnen patiënt en verpleegkundige op een goede manier samen verder. Als dan toch het goede moment voor verandering is aangebroken, kan het ineens snel gaan. 

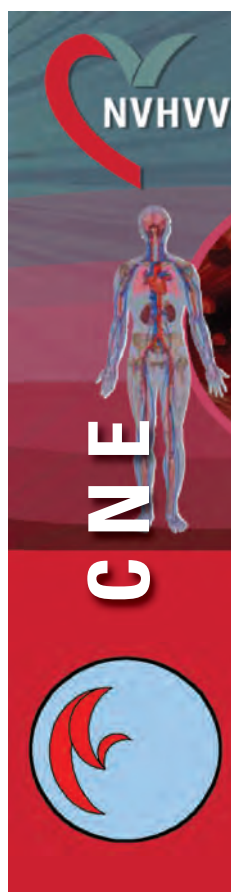
Mogelijk te raadplegen:

<http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/44474-motiverende-gespreksvoering-motivational-interviewing-mi.html#1>

Literatuur

1. DiClemente, C.C. Motivational Interviewing and the stages of change. In W.R. Miller & Rollnick, S. (1991) p.191-202
2. The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy. J.O. Prochaska en C.C. DiClemente (1992)
3. Motivational Interviewing: preparing people to change ; Stephen Rollnick, William R. Miller; (1991)
4. Motiverende gespreksvoering; Stephen Rollnick, William R. Miller (2007,2009)
5. Barbara sassen 2004
Gezondheidsvoorlichting en preventie: leidraad voor verpleegkundigen
6. Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg, verandering als je maar 7 minuten hebt; Rollnick, Miller, Butler (2009).^o

Vraag: Beste lezer, heeft u inderdaad een rondje gelopen? Geloofde u dat het zou helpen het artikel beter te begrijpen? In welke fase van de 'stages of change' denkt u dat u zich bevond toen u de vraag las? Stel dat een verpleegkundige dit aan u had gevraagd, omdat het goed zou zijn voor uw herstel: wat zou er nodig zijn om u zover te krijgen dat u inderdaad een rondje gaat lopen? Wat zou uw motivatie zijn?



Programma 2012

- 11 september 2012 CNE HR**
Nieuwe ontwikkelingen binnen de hartrevalidatie
- 14 september 2012 CNE ICD**
Biventriculaire ICD
- 20 september 2012 CNE voor Verpleegkundig Specialisten**
Auscultatie, gecompliceerde fietstesten/hartritmestoornissen en klinisch redeneren
- 27 september 2012 CNE Vasculaire Zorg**
Dyslipidemie
- Najaar Avond CNE's**
Stolling in de praktijk

Alle CNE's vinden in Utrecht plaats. Voor meer informatie, prijzen en aanmeldingen gaa naar www.nvhv.nl – NVHV Opleidingen.

De CNE's 2012 worden mede mogelijk gemaakt door



In 2011 hebben alle werkgroepen zich aan u voorgesteld. Dit jaar gaan leden van de werkgroepen dieper in op hun activiteiten of op nieuwe ontwikkelingen.

Ingrid Schiks

E-mail: i.schiks@cardio.umcn.nl

WERKGROEP

Wetenschappelijk Onderzoek

“Ik ben cardiologieverpleegkundige in het UMC St. Radboud te Nijmegen en ik heb verpleegkundig onderzoek gedaan bij cardiologische patiëntengroepen. Die verbinding tussen theorie en praktijk spreekt mij aan. Daarom zit ik ook in de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek. Als secretaris stuur ik de agenda rond. Vijf keer per jaar komen we bijeen in Utrecht. Sinds vorig jaar vergaderen we één maal telefonisch. Dat scheelt reistijd, maar we missen wel het samen praten over waar ieder op dat moment mee bezig is of over interessante zaken die je op je werk tegenkomt. Een van de vaste agendapunten is CarVasZ. Op dit grootste congres in Nederland voor verpleegkundigen binnen de cardiologie verzorgt onze werkgroep twee sessies. Het zwaartepunt van de sessies ligt op de relatie tussen wetenschap en praktijk. Zo hebben we sessies georganiseerd met als onderwerpen: ‘Het lezen en beoordelen van een wetenschappelijk artikel’, ‘Valkuilen bij het doen van onderzoek’ en de ‘Medisch Ethische Toetsingscommissie, METC’. Hierbij verzorgen we zelf de presentaties, vaak samen met een gastspreker.”

“Dit jaar organiseren we op CarVasZ de sessie: ‘Koelen na reanimatie. Wetenschappelijke bewijsvoering.’ Het thema is voortgekomen uit een discussie over een onderwerp dat onze aandacht trok, na de beoordeling van twee reviewartikelen met verschillende uitkomsten. Tijdens onze vergadering in maart hebben we de sessie inhoudelijk verder uitgewerkt en voorstellen gedaan voor sprekers. Tijdens de sessie geven twee leden van de werkgroep zelf een presentatie, waarbij de ene nadruk legt op de praktijk en de andere op de literatuur. Daarna gaat een ethicus/wetenschappelijk onderzoeker

nader in op de specifieke ethische aspecten bij onderzoek onder deze patiëntengroep en de huidige bewijsvoering.”

“We verzorgen ook de abstractsessie. Via Cordiaal en de website nodigen we mensen uit een abstract te schrijven over een onderzoek of uitgevoerd project met een innovatief en/of wetenschappelijk karakter. Dit abstract moet aan een aantal voorwaarden voldoen, een vaste opbouw hebben en kort en bondig zijn. De werkgroepleden beoordelen de abstracts op vooraf vastgestelde criteria. De indieners van een abstract met een positieve beoordeling worden uitgenodigd voor het maken van een poster. Deze posters worden tijdens het congres op een herkenbare plaats tentoongesteld en toegelicht. Daarnaast nodigen we een beperkt aantal auteurs van de ingestuurde abstracts uit om het project/onderzoek gedurende een presentatie van 10 minuten te verduidelijken. Deze presentaties zijn bij te wonen in de abstractsessie van CarVasZ.”



De leden van de werkgroep: Anne-Margreet van Dishoeck, Mattie Lenzen, Ingrid Schiks en Ellen van 't Verlaat. Henri van de Wetering ontbreekt op deze foto.

Cordiaal

“Het tweede vaste agendapunt is onze bijdrage aan Cordiaal. Omdat een van onze doelstellingen het verkleinen van de afstand tussen wetenschap en prak-

tijk is, vinden we het belangrijk om de uitkomsten van onderzoek aan de lezers van Cordiaal te tonen. Vorig jaar begeleidten Henri van de Wetering en Anne-Margreet van Dishoeck een groep HBO-V studenten in het omzetten van hun afstudeeronderzoek naar een artikel in Cordiaal. Geen eenvoudige opgave om een uitgebreid rapport te “vertalen” naar tweeduizend woorden. Henri en Anne-Margreet schreven voor dezelfde uitgave van Cordiaal een begeleidend artikel over de door de studenten gebruikte onderzoeksmethode in hun afstudeeronderzoek. Ook in deze Cordiaal heeft de werkgroep een bijdrage geleverd om de onderzoeksmethode van het hoofdartikel - een kwalitatief beschrijvend onderzoek - toe te lichten.”

“Niet alleen afstudeeronderzoeken hebben onze aandacht. Soms zijn het ook recente publicaties die we interessant voor Cordiaal vinden. Na bespreking in de werkgroep, maken we een verdeling wie het artikel gaat schrijven. De overige leden geven dan feedback op het geschreven artikel. De uiteindelijke versie bieden we dan aan de redactie van Cordiaal aan.”

Toekomst

“Een ander agendapunt is het opzetten en uitvoeren van verpleegkundig onderzoek door de leden van de werkgroep zelf. Daarover een andere keer meer. Om onze toekomstplannen te realiseren is er ruimte voor uitbreiding met nieuwe leden van de werkgroep. Denk jij dat je een bijdrage kunt leveren aan de werkgroep vanuit jouw kennis, vakgebied en/of interesse, neem dan contact op met de voorzitter: m.lenzen@erasmusmc.nl. Er zijn vijf tot zes vergaderingen per jaar, waarvan een deel op locatie in Utrecht en het andere deel per telefoon.”



Gaat u samen met Bayer het gevecht aan tegen trombose?



Ga dan naar:
www.beat-the-clot.nl
www.thrombosisadvisor.com

Op pagina 87 van deze Cordiaal stelde de auteur u enkele vragen aan de hand van een casus. Nadat u de vragen hebt beantwoord, kunt u hieronder controleren of u het juiste antwoord hebt gegeven.

Cyril Camaro, cardioloog UMC St Radboud Nijmegen, afdeling cardiologie

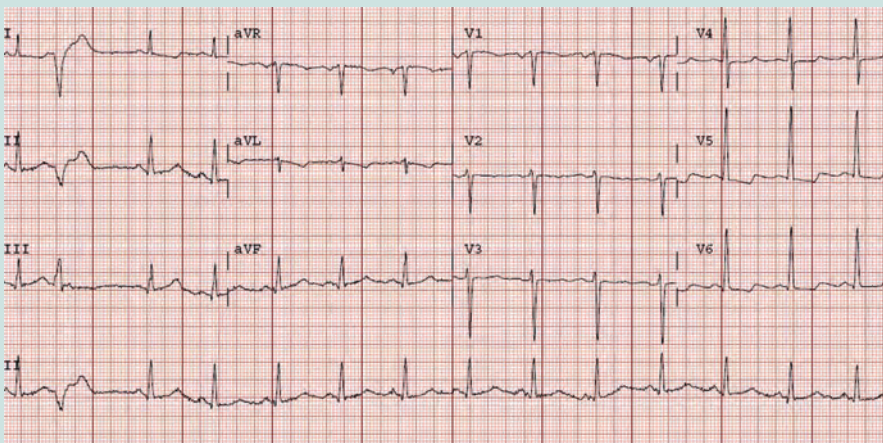
E-mail: c.camaro@cardio.umcn.nl

Dit vertelde de casus!

Een vrouw met krampende pijn op de borst

Antwoorden:

- Op het ECG ziet u een sinusritme. De stand van de elektrische hartas is intermediair. De PQ-tijd meet 140 ms, de QRS-duur 80 ms. De QT-tijd is normaal. De P-top heeft een prominent negatief terminaal deel in V passend bij linkeratriumvergroting door chronische drukoverbelasting. De R-progressie is afwezig. De repolarisatie in de afleidingen V2 en V3 zijn nagenoeg iso elektrisch. Er is downsloping ST-segment te zien in de afleidingen I, aVL en V6.
- Er is sprake van een ernstige aortaklepstenose. Als we kijken naar het kleppervlak (normaalwaarde 3-4 cm²) kan de ernst van de aortaklepstenose worden onderverdeeld in mild (>1.5 cm²), matig (1.0 – 1.5 cm²) en ernstig (< 1.0 cm²). Ook de gradiënt over de klep van > 4 m/s pleit voor een ernstige aortaklepstenose. Vanwege de stabiele angina pectoris hebben we te maken met een symptomatische aortaklepstenose.
- Het is moeilijk om een eenduidige oorzaak aan te wijzen. De chemokuur (in combinatie met de radiotherapie) speelt mogelijk een rol, zeker wanneer deze cardiotoxisch zijn. Er moet dus achterhaald worden welke kuren patiënte precies heeft gekregen. Daarnaast kan een ernstige aortaklepstenose door chronische drukoverbelasting zelf ook leiden tot een verminderde linkerventrikelfunctie. Tenslotte kan ischemisch hartfalen bij patiënte ook een bijdrage geven aan de cardiale dysfunctie, hoewel dit niet geheel verklaard kan worden door I-vatslijden van de RCA.
- De coronairangiografie (zie website en figuur 3) laat een opname zien van de rechtercoronair arterie, maar ook van een aberrante linkercoronair. Bij aanvullende diagnostiek bleek deze coronairarterie ook intra-arterieel te lopen, dus tussen de a. pulmonalis en de aorta. Er zijn weinig data bekend hoe vaak deze abnormaliteit specifiek voorkomt. Congenitale coronaire anomalieën zijn relatief zeldzaam en hebben een prevalentie tussen de 0,3 en 1,3%.¹
- Aortaklepvervanging door bioprothese en chirurgische myocardevascularisatie door bypasschirurgie (CABG).



Figuur 1: ECG



Vanaf nu is deze rubriek multimediaal! Ga naar: www.nvhvv.nl of direct naar www.carvasz.nl/CordiaalMM/AOS.html Daar hoort u het geluid van de soufflé van de aorta stenose en ziet u de film van de coronairangiografie.



Figuur 3 (filmpje zie website). Links voor schuine opname (LAO). Afgebeeld de rechter coronair arterie (RCA) met de stenose. Uit de rechtersinus ontspringt ook een aberrante linkercoronairarterie (LCA).

Conclusie

Symptomatische ernstige aortaklepstenose met verminderde linkerventrikelfunctie, coronair insufficiëntie en een aberrante linkercoronairarterie. 

Literatuur

- Vliegen HW, Jukema JW, Bruschke AVG. Congenital coronary artery anomalies: anatomy, diagnosis and management; PCC Pharmaceutical Communications Company, 2006

In verschillende ziekenhuizen zijn ervaringen opgedaan met telemonitoring van hartfalenpatiënten. Cordiaal heeft drie ziekenhuizen gevraagd hiervan verslag te doen. Hun verhalen komen in meerdere nummers aan bod. In deze Cordiaal vindt u de bijdrage uit Maastricht.

Josiane Boyne, Maastricht Universitair Medisch Centrum

E-mail: j.boyne@mumc.nl

Telemonitoring met de Health Buddy®

Maastricht spreekt uit ervaring

Onze kennismaking met telemonitoring van hartfalenpatiënten vond plaats in 2004. Op de vraag waarom we gebruik zijn gaan maken van telebegeleiding en wat we anders wilden in de zorg, moeten we het antwoord schuldig blijven. We hadden geen specifieke zorgvraag waarvoor we telemonitoring wilden inzetten. Wel waren we in contact gekomen met een leverancier die onze aandacht vroeg voor dit systeem en we hadden een manager die er belangstelling voor had. Die betrok ons bij de besluitvorming om het systeem te testen. Enigszins kritisch begonnen we met het inzetten van de Health Buddy®, want hoe moest dat gaan als we onze patiënten niet meer konden zien, ruiken en voelen? Konden we dan nog wel de zorg bieden die wij en de patiënten gewend waren en waar we allemaal een goed gevoel bij hadden? En hoe zouden onze patiënten hierover denken?

Aansluitend startte de universiteit Maastricht in samenwerking met de

ziekenhuizen van Maastricht, Heerlen en Sittard een haalbaarheidsonderzoek om te kijken of telemonitoring haalbaar en werkbaar was voor patiënt en zorgverlener. Ruim honderd patiënten kregen een Health Buddy®. Het was wennen, zowel voor de patiënten als voor de verpleegkundigen. Patiënten zagen zich opeens dagelijks geconfronteerd met hun ziekte, verpleegkundigen moesten hun werk anders organiseren. Het leverde geen tijdsbesparing op, integendeel, het kostte juist meer tijd. De benadering van de patiënt was anders met veel gedetailleerde vragen om tot de juiste conclusie te komen. Je moest een selectie maken uit de vele informatie die nu ter beschikking stond en notities maken van items die beter of duidelijker konden, zoals het instellen van de risicoalarmeringen en de bruikbaarheid van de aangeboden dialogen.

Confrontaties

Een van de meest opmerkelijke confrontaties met het systeem was onze

foute inschatting van het kennisniveau van een aantal patiënten. Zij bleken over minder kennis te beschikken en beduidend minder therapietrouw te zijn dan wij dachten. Ook viel het op dat patiënten heel eerlijk antwoord gaven. Ze leken eerlijker te zijn tegen 'het systeem' dan ze face to face tegen een zorgverlener zouden zijn.

De resultaten van de haalbaarheidstudie lieten zien dat de patiënten zich veilig voelden en tevreden waren over de bruikbaarheid van het systeem. Maar de aangeboden informatie wilden ze graag meer toegespitst hebben op hun persoonlijke situatie en hulpvraag. Patiënten met goede, ziektespecifieke kennis blijken niet geïnteresseerd in een dagelijks aanbod van kennis, waardoor het systeem snel zou kunnen vervelen. Patiënten zonder klachten willen geen dagelijkse vragen over symptomen waarvan ze geen last hebben. Ook de zorgverleners merkten op dat het aanbod van de dialogen moest worden toegespitst op de persoonlijke situ-

De Health Buddy® is een klein apparaat dat bij de patiënt thuis wordt geplaatst (zie afbeelding 1).

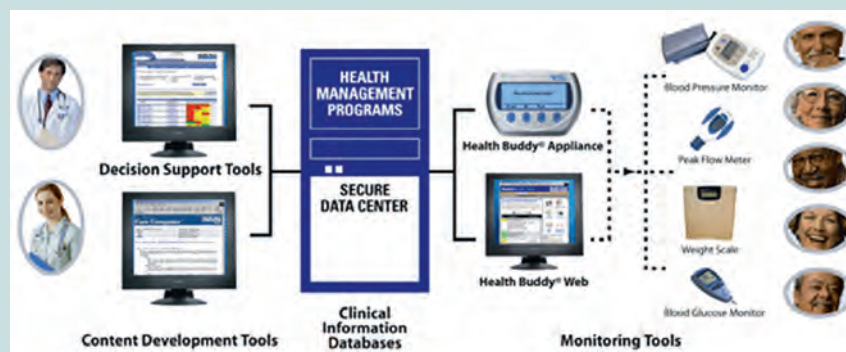


Afbeelding 1

In de display worden dagelijks vragen aangeboden op het gebied van symptomen, kennis en gedrag. De patiënt beantwoordt de vragen door op een van de vier knoppen te drukken op een door hem zelf gekozen moment van de dag. De antwoorden worden

via de telefoonlijn naar de desktop van de hartfalenverpleegkundigen verzonden. Tijdens verzending worden de antwoorden voorzien van een laag, medium of hoog risico-indicering, direct te herkennen aan de kleurcodering, waarbij rood het hoge risico voorstelt (zie afbeelding

2). Deze indicering maakt het voor de verpleegkundigen eenvoudig om de risicovolle patiënten snel te selecteren. Met dit systeem worden patiënten op afstand begeleid op basis van hun klachten (subjectieve beleving) en krijgen ze educatie aangeboden.



Afbeelding 2

atie van de zorgvrager. Bovendien diende nogmaals kritisch gekeken te worden naar de indicering van de risico's.

Focus

Op basis van deze resultaten is het aanvankelijk enkelvoudige programma gewijzigd in vier programma's met een wisselende focus op symptomen en /of educatie (zie tabel 1).

	Symptomen	Educatie / gedrag	Aantal dagen
Programma 1	+	+	90
Programma 2	+	+/-	30
Programma 3	-	+	90
Programma 4	-	-	180
+ sterke focus op	+/- matige focus op	- weinig focus op	

Tabel 1

In 2007 startte een gerandomiseerde studie waaraan 382 patiënten uit dezelfde ziekenhuizen deelnamen. Details van de studieopzet zijn elders gepubliceerd.¹ In deze studie naar de effecten van telebegeleiding is gebruik gemaakt van de vier programma's, waarbij binnen bepaalde marges maatwerk kon worden aangeboden. Het resultaat van de studie was dat ten aanzien van het primaire eindpunt, eerste ziekenhuisopname voor hartfalen, wel een numeriek, maar geen statistisch verschil aangetoond werd tussen beide groepen. Wel was er een significant verschil zichtbaar tussen de groep patiënten waarbij hartfalen korter dan 18 maanden geleden was gediagnosticeerd en de groep die langer dan 18 maanden hartfalen had. Ook waren er significant minder heropnames. Bovendien werden significant minder face to face contacten met patiënten geregistreerd en waren ziektespecifieke kennis, zelfzorg en kwaliteit van leven significant toegenomen. De resultaten van deze studie zijn recent gepubliceerd.²

Innovator

Terugkijkend naar onze ervaringen met telemonitoring, hebben we gedurende de eerste periode veel geleerd. Bovendien kregen we als verpleegkundigen te maken met de rol van innovator, wat een heel nieuwe ervaring was. Wat een optimaal dagelijks gebruik van telemonitoring en het gebruik van de beschikbare informatie in de weg staat, is de stand-alone-systematiek waarin telemonitoring zich nog bevindt. Nictiz heeft samen met zorgverleners en leveranciers hard gewerkt aan de interoperabiliteit van het systeem. Dit houdt de uitwisseling van gegevens in, waarbij informatie die beschikbaar komt via het telemonitoringsysteem geïntegreerd wordt in het patiëntendossier. Diverse, bij het Nictiz-project betrokken, zorgverleners hebben bepaald welke gegevens in het dossier van de patiënt moeten komen. Op dit ogenblik is het project afgerond en wordt naarstig gezocht naar instellingen die het systeem implementeren. 

Literatuur

1. Josiane J.J. Boyne, Hubertus J.M. Vrijhoef, R.de Wit, Anton P.M. Gorgels. Telemonitoring in patients with heart failure, the TEHAF study: Study protocol of an ongoing prospective randomised trial International Journal of Nursing Studies 48 (2011) 94-99
2. European Journal of Heart Failure doi:10.1093/eurjhf/hfs058

NU'91, werkt voor de zorg!

Verpleegkundigen en verzorgenden* hebben een speciaal beroep dat om speciale belangenbehartiging vraagt. NU'91 behartigt op persoonlijke, deskundige en betrokken (eigen)wijze de belangen van haar leden.

NU'91 is een beroepsorganisatie en vakbond in één. Alles wat we doen is gericht op verpleegkundigen en verzorgenden. En dat zien wij als ons sterkste punt. Wij zijn namelijk de enige beroepsorganisatie die zich alleen voor deze twee groepen inzet.

Samenwerking NVHV en NU'91

Sinds 1 januari 2011 heeft de Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen zich bij NU'91 aangesloten om op te komen voor de arbeidsvoorwaarden van haar leden. Via het afsluiten van collectieve arbeidsovereenkomsten (cao's) ontwikkelt NU'91 de randvoorwaarden die nodig zijn om werknemers te binden, boeien en behouden. NU'91 is van mening dat professionele verpleegkundigen en verzorgenden goede arbeidsvoorwaarden verdienen.

Combilidmaatschap NVHV en NU'91

Kies je voor het voordelige combilidmaatschap NVHV en NU'91 - contributie NU'91 €6,50 per maand - dan kun je profiteren van de volgende voordelen:

- Rechtsbijstandverzekering bij problemen op je werk.
- Voor alle vragen bel je direct met de juristen van het NU'91 Serviceloket.
- Hulp bij eventuele fusies en reorganisaties.
- Leden ontvangen korting op allerlei producten en diensten waaronder collectieve verzekeringen.
- Veel mogelijkheden voor leden die actief willen worden.
- NU Academie met interessante online trainingen.
- Gratis online Zorgportfolio.

Schrijf je direct in via www.nu91.nl 'lid worden' of bestel de inschrijfflyer via 030-2964144.



* Overal waar 'verpleging en verzorging' staat worden ook aanverwante beroepen bedoeld.

BEROEPSORGANISATIE VOOR DE VERPLEGING EN VERZORGING

De achttiende editie van het jaarlijkse PCNA-Symposium vond van 12 tot 14 april 2012 plaats in Washington D.C. in de Verenigde Staten. Dit symposium wordt georganiseerd door de Preventive Cardiovascular Nurses Association (PCNA). Het thema van dit jaar luidde: 'Cardiovascular Risk Reduction, Leading the Way in Prevention'.

Debbie ten Cate, docent bachelor verpleegkunde, Hogeschool Utrecht en verpleegkundige cardiothoracale chirurgie, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

E-mail: debbie.tencate@hu.nl

Foto: Debbie ten Cate

Washington, 12-14 april 2012

PCNA 18th Annual Symposium

Het PCNA-Symposium is in de Verenigde Staten een toonaangevend symposium voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die werkzaam zijn binnen de preventieve cardiovasculaire zorg. Dit jaar waren er 485 deelnemers, voornamelijk uit de Verenigde Staten. Vijftien deelnemers kwamen uit andere landen, van wie twee uit Nederland. Het programma was vooral gericht op de preventieve cardiovasculaire zorg binnen het Amerikaanse stelsel van gezondheidszorg. Dit bood buitenlandse deelnemers een uitgelezen kans om de Amerikaanse en Europese situatie op het gebied van cardiovasculaire preventie met elkaar te vergelijken en ideeën op te doen voor eigen werkzaamheden.

Tijdens het drie dagen durende symposium waren er plenaire en parallelle sessies, lunchsessies en posterpresentaties. Ook was er voldoende gelegenheid om te netwerken en van gedachten te wisselen over de toekomstige rol van de verpleegkundige binnen de preventieve cardiovasculaire zorg. Onderwerpen die aan bod kwamen waren onder andere: reductie en behandeling van cardiovasculaire risicofactoren zoals obesitas, diabetes, hypertensie en hypercholesterolemie; cardiovasculaire risico's bij vrouwen; update van de richtlijnen met betrekking tot cardiovasculaire risicofactoren; communicatie met patiënt en partner. In dit verslag vindt u een beschrijving van enkele sessies.

Obesitas

De eerste lezing van het symposium droeg de titel: 'The impact of obesity on management of cardiovascular disease'. Gary Foster, promovendus van Temple University, zette uiteen dat effectieve behandelingen bij obesitas gericht moeten zijn op gedragsveranderingen en goede diëten. Hij benadrukte dat een adequate begeleiding door de verpleegkundige belangrijk is om de patiënt te ondersteunen af te vallen. Hierna gaf de voorzitter van de PCNA, Joyce Ross, een terugblik op 2011, waarin ze een aantal successen benoemde, zoals de ontwikkeling van e-learning programma's voor leden van de PCNA. Ook waren er gesprekken geweest met Amerikaanse congres- en senaatsleden om obesitas bij kinderen aan te pakken. In de nabije toekomst wil de vereniging educatie bieden aan leden en hen een beurs aanbieden voor onderzoek of de uitvoering van projecten. Hiermee wil ze



Het Capitool

leden stimuleren leiders te worden in preventie en management van cardiovasculaire ziektes.

Risicofactoren

Afwijkend cholesterol en andere lipiden in het bloed zijn de belangrijkste risicofactoren voor cardiovasculaire ziektes. In de Verenigde Staten is er sprake van een epidemie van Diabetes Mellitus II. Dit waren een aantal conclusies die arts Joseph Alpert van de University of Arizona trok in zijn lezing 'Risk Assessment in the Asymptomatic Patient: Treating Disease vs Treating Risk Markers'. Alpert benadrukte dat richtlijnen belangrijke aanbevelingen bevatten, maar niet altijd op basis van wetenschappelijk bewijs tot stand zijn gekomen. Daarnaast verandert de inhoud van richtlijnen voortdurend door nieuwe inzichten. Op het gebied van primaire en secundaire preventie bestaat er overeenstemming over een aantal zaken, zoals stoppen met roken, controle van hypertensie en lipiden door medicatie, dieet en beweging. Maar voor een aantal interventies is onvoldoende bewijs, zoals het bepalen van BNP en het bepalen van het genotype. Die worden dan ook niet aanbevolen bij preventie van cardiovas-



Posterpresentatie 'Awareness, risk perception and behavioural intention in myocardial infarction' van Debbie ten Cate.



Presentatie 'Evaluating CVD in Women: A Scientific Update' van Martha Gulati.

culaire ziektes. Tot slot benoemde Alpert vijf akkoorden: werkzaamheid van een aantal medicijnen (statines, bètablokkers, trombocytenaggregatiemmers en ACE-remmers), stoppen met roken, de mogelijkheid om cardiovasculaire ziektes te voorspellen, overleving op langere termijn met cardiovasculaire ziektes en het feit dat goede artsen en verpleegkundigen het verschil maken in de behandeling van cardiovasculaire ziektes.

Communicatie

Laaggeletterdheid is een veel voorkomend verschijnsel onder de Amerikaanse bevolking. Dit levert zowel in geschreven als orale communicatie problemen op, waarmee verpleegkundigen en artsen in hun werk worden geconfronteerd. David Baker, arts en promovendus aan de Northwestern University Feinberg School of Medicine gaf in zijn lezing 'Health Communication: Engaging and Partnering with Patients and Families - a Focus on Health Literacy' een aantal aanbevelingen voor een goede communicatie met patiënt en partner:

- Gebruik duidelijke en eenvoudige taal. Leg stapsgewijs informatie uit met woorden en concepten die de patiënt en partner begrijpen.
- Presenteer informatie op een gestructureerde wijze.
- Controleer wat een patiënt en partner al weten.
- Ondersteun gesproken taal met beeld of andere mediavormen om complexe concepten uit te leggen.
- Laat een patiënt informatie herhalen. Als hij de informatie niet kan weergeven, leg die dan opnieuw uit,

net zo lang totdat de patiënt de informatie onthoudt.

- Geef informatie op meerdere momenten, bijvoorbeeld voor, tijdens en na een afspraak in plaats van alleen tijdens een afspraak.

Dislipidemie

Cindy Lamendola en Mary Ann Champagne van het Stanford University Medical Center presenteerden tijdens een parallelsessie 'Complex Cases in Dyslipidemia'. Ze begonnen met een definitie van een complexe casus en vertelden wat de richtlijnen over dislipidemie inhouden. Vervolgens bespraken ze verschillende casussen met het publiek. Naast een beschrijving van de casus gingen ze in op de complexiteit van de casus, de problemen die een rol speelden en de behandelingsmogelijkheden voor de casus op basis van richtlijnen en recente wetenschappelijke studies. Zo was er in een casus sprake van leverfunctiestoornissen, waarover ze uitleg gaven in relatie met dislipidemie. Uit onderzoeken bleek dat levercirrose en chronische leverziekten geen contra-indicatie zijn voor statinetherapie. Een andere casus betrof een patiënt met een statine-intolerantie, waardoor er rhabdomyolyse, een snelle afbraak van spieren, optrad. Dan doet zich een dilemma voor in de behandeling: doorgaan met statines of stoppen en het risico op cardiovasculaire ziektes vergroten?

Verpleegkundig leiderschap

De PCNA wil haar leden ondersteunen in verpleegkundig leiderschap. Dit thema kwam tijdens een lunchses-

sie voor genodigden duidelijk naar voren. Kathy Berra gaf tijdens haar lezing 'Finding leadership opportunities in your professional life and building on your successes' op overtuigend Amerikaanse wijze mee trots te zijn op wie je bent en wat je doet. Ze spoorde aan om in je professie mensen te zoeken die inspirerend zijn en als voorbeeld kunnen dienen om uiteindelijk zelf een verpleegkundig leider te worden.

Posterpresentaties

Tijdens het symposium gaven 27 nationale en internationale onderzoekers een posterpresentatie. Het doel hiervan was om originele onderzoeksgegevens of nieuwe, innovatieve ideeën voor succesvolle benaderingen voor reductie en management van cardiovasculaire ziektes te presenteren. De posters gingen bijvoorbeeld over: coachingprogramma's, angst, depressie en copingstrategieën bij vrouwen, een programma voor het managen van een thoracaal aneurysma, verbeteren van zorg bij jongvolwassenen met congenitale hartziekten, bewustwording, risicoperceptie en gedragsintentie bij patiënten met een myocardiinfarct, het in kaart brengen van cardiovasculaire risico's en het bevorderen van gezondheid bij kwetsbare groepen, zoals ouderen en laag opgeleide vrouwen.

Tot slot

Het PCNA 18th Annual Symposium was succesvol met een breed, gevarieerd, wetenschappelijk, maar ook op de praktijk gericht programma. Het bood een goede gelegenheid om de Amerikaanse en Europese situatie wat betreft cardiovasculaire preventie met elkaar te vergelijken. Er blijken veel overeenkomsten te bestaan, ook al zijn de systemen van gezondheidszorg anders georganiseerd. Het is zeker de moeite waard om de Atlantische Oceaan over te steken en je te laten inspireren door onze Amerikaanse collega's.

Meer informatie over het symposium, de inhoud van de presentaties en de PCNA is te vinden op: www.pcna.net. Volgend jaar vindt het PCNA 19th Annual Symposium van 2-4 mei plaats in Las Vegas in de Verenigde Staten. 

Het tweedaagse congres van Venticare vond zoals vanouds plaats in Utrecht. Deze 26e editie telde maar liefst 150 programmaonderdelen over diverse onderwerpen. Sprekers uit heel Nederland verzorgden lezingen en workshops. Intussen is dit congres uitgegroeid tot een toonaangevend evenement voor verpleegkundigen in de acute zorg.

Femke van Driel, IC/CCU verpleegkundige,
Ikazia ziekenhuis Rotterdam

E-mail: femkevandriel@netscape.net

Foto: Venticare

Utrecht, 7 en 8 juni

Venticare 2012

Een van de activiteiten van de organisatie Venticare, opgericht in 1986, is het jaarlijkse tweedaagse congres Venticare voor medewerkers in de acute zorg. De 26e editie vond dit jaar plaats op 7 en 8 juni in Utrecht. Voor mij was deze aflevering de vuurdoop. 's Ochtend vroeg bij binnenkomst kon ik meteen de voorronden van de reanimatiecompetitie zien. De expositiezaal stond vol met stands van diverse firma's. Er bleken deze dagen ruim 150 programmaonderdelen te zijn, verdeeld over lezingen, workshops en interactieve bijeenkomsten met sprekers uit heel Nederland over uiteenlopende onderwerpen. Traditiegetrouw konden bezoekers meedoen aan de reanimatiecompetitie en de kennisquiz. Hieronder vindt u een beschrijving van de onderdelen die ik uit persoonlijke interesse heb bezocht.

Ethiek

De ochtend begin ik met zware kost: ethiek. Onder de titel 'Wanneer is medisch behandelen nog zinvol' geeft J. Epker, intensivist in het Erasmus MC te Rotterdam, een lezing. Aan de hand van een casus over orgaandonatie maakt hij duidelijk dat definities in de praktijk soms lastig hanteerbaar zijn. Zo is behandeling van een overleden patiënt, conform de definitie, zinloos; de medische toestand verbetert immers niet. Maar behandeling kan ook tot doel hebben de organen uit te nemen voor transplantatie in een andere patiënt. Ook de omgang met familie komt aan de orde. Kernpunt van het betoog is dat verpleegkundigen en artsen moeten werken met vooraf gestelde doelen, die realistisch en haalbaar zijn. Een goede en heldere communicatie is van het grootste belang.



Expositieruimte

De tweede lezing binnen dit thema, 'Staken van de behandeling: wanneer?', wordt verzorgd door E.J.O. Kompanje, medisch ethicus op de IC van het Erasmus MC te Rotterdam. Hij gaat verder in op het besluit tot staken van een behandeling. Een reden kan zijn dat behandeling niet in het voordeel van een patiënt is. Een ander afwegingspunt is de 'rechtvaardigheidsfactor'; door de schaarste in de zorg moeten er keuzes worden gemaakt. Is het bijvoorbeeld te verdedigen om een patiënt die 5 procent kans heeft om de intensive care levend te verlaten, te behandelen, ook als dit hoge kosten met zich meebrengt? Kunnen die kosten niet beter worden besteed aan patiënten die meer kansen hebben? Een lastig dilemma. Een derde argument is de 'kwaliteit van leven'. Het is vaak moeilijk patiënten hierover te bevragen en bovendien verschuift de grens van wat kwaliteit is. Soms ook wil de patiënt dat behan-

deling wordt gestopt. Artsen en verpleegkundigen dienen hier goed op te anticiperen en deze vraag serieus te nemen. In de praktijk gebeurt dit niet altijd even goed. Als laatste komt het begrip 'morele fictie' aan de orde. Een patiënt die sterft na staken van de behandeling, roept ongerustheid op: wie weet zou hij nog in leven zijn als de behandeling was doorgegaan.

Falende circulatie

Een heel andere lezing, waarin een casus centraal staat van een IC-patiënt met een falende circulatie. Over de dag verspreid zijn er vier blokken over dit onderwerp. Dit verslag gaat over het 'eerste uur', ofwel de 'golden hour' en over non-invasieve en invasieve monitoring. J. van Bommel en J. Bakker, beiden intensivist in het Erasmus MC te Rotterdam, schetsen de casus van een man die in de havens uit een kraan is gevallen met als gevolg multiple ribfracturen, vrij



Toehoorders symposium

vocht in de buik en een pijnlijke linker arm. Voor het fenomeen 'golden hour' blijkt weinig wetenschappelijke onderbouwing te bestaan. Daarom kun je volgens de sprekers beter de indeling in pre-hospitaal, acute opvang en IC-opname hanteren, met ieder hun eigen tijdspad en expertise. Van belang is gestructureerd, volgens protocol te handelen. Gebeurt dit niet, dan verdubbelt de mortaliteit. De ATLS-methode om patiënten op te vangen is een goede, gestructureerde werkwijze.

De therapie in deze casus is vrij duidelijk: hypovolemische shock, dus dicht het lek. Is er een forse bloeding en houdt die lang stand, dan kom je in een vicieuze cirkel terecht. Met zo'n verstoorde stollingscascade is overleven zo goed als kansloos. Het beste is de stolling te verbeteren, de patiënt op temperatuur te houden en de circulatie te corrigeren. Het advies luidt vooral: volg het protocol en blijf zoeken naar de juiste behandeling. Bij non-invasieve bewaking ligt de nadruk op de huid en de perifere temperatuur. Deze twee parameters zijn makkelijk en snel te meten en leveren veel informatie op over de situatie van de patiënt. Bij invasieve bewaking blijft het lastig om met de standaardparameters die beschikbaar zijn een diagnose en therapie vast te stellen. Het beleid omtrent vullen is de laatste jaren aanzienlijk veranderd. Had in 2009 de gemiddelde IC-patiënt een positieve vochtbalans van tien liter, in

2012 is die gedaald naar vier liter. Deze terughoudendheid met vocht lijkt voor de patiënt een positievere uitkomst te betekenen.

Klinisch redeneren

De lezing over klinisch redeneren in de cardiologie biedt handvatten om cardiale pathologie systematisch te benaderen. Het is boeiend en ook grappig om te zien hoe je vaak in een bepaald pad van redeneren stapt, terwijl er zoveel meer mogelijkheden zijn. Het is een vorm van tunnelvisie die bij veel mensen voorkomt. Ook wij, de toehoorders, trappen er als groep en masse in. Aan de hand van de ALTIS-methode (Aard van de pijn,

Lokatie, Tijd, Intensiteit, Samenhang) doorloopt de spreker met de aanwezigen een casus. Hierbij komt zowel de psychische als de somatische kant aan bod. De casus betreft een gecollabeerde patiënt, die eerder een AF heeft gehad. Daarvoor gebruikt hij medicatie, maar hij is niet trouw aan de therapie en heeft een alcoholprobleem. De patiënt is tijdens opname verward. De aanwezigen krijgen de opdracht om met elkaar een differentiaal diagnose te maken. Bovenaan staat dat de patiënt een onttrekkingsdelier zou kunnen hebben. Verderop in de casus blijkt de familie aan te geven dat in de periode dat de patiënt therapietrouw was, hij vaker last had van verwarde episoden. Dit blijkt een bijwerking van Selokeen te zijn: slecht slapen en nachtelijke verwardheid. Ik zou er nooit op zijn gekomen.

Tot slot

Mijn eerste bezoek aan een congres van Venticare heb ik als zeer leerzaam ervaren. Naast de lezingen heb ik ook gekeken naar de reanimatiecompetitie. Het had soms, ondanks het serieuze karakter, iets weg van een klucht. Leuk om naar te kijken, hoewel het voor de deelnemende verpleegkundigen afzien was. Sommige hadden in de finale de blaren op de handen staan. Team uit het UMC te Utrecht, van harte gefeliciteerd met jullie overwinning. 



Reanimatiecompetitie

Bericht van het NVHV-bestuur

Even voorstellen

Nadat ik een jaar als vice-voorzitter heb gefunctioneerd en ben 'ingewerkt' door de leden van het Dagelijks Bestuur, ben ik tijdens de algemene ledenvergadering op 8 juni 2012 benoemd tot voorzitter van de NVHV. Graag wil ik me daarom aan u voorstellen.

Mijn naam is Jeroen Hendriks en ik ben werkzaam als promovendus binnen het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC). In 1998 begon ik mijn loopbaan als verpleegkundige op de afdeling vasculaire chirurgie in het MUMC. Naast mijn werk volgde ik in deeltijd de opleiding gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Maastricht. Na het afronden van de studie ben ik gaan werken op de polikliniek cardiologie, die zich op dat moment in een overgangsfase bevond naar een 'multidisciplinair behandel- en zorgcentrum op cardiovasculair gebied'. Hier werd gewerkt aan de hand van zorglijnen en ik nam de zorglijn hypertensie en hartritme stoornissen voor mijn rekening. De inzet van verpleegkundigen op de polikliniek was destijds nog vrij nieuw en om goed beslagen ten ijs te komen, volgde ik samen met andere collega's de post-HBO opleiding tot hart- en vaatverpleegkundige aan de Hogeschool Utrecht.

Als afgeleide van de zorglijn hartritme stoornissen werd gedacht aan het opzetten van een specifieke zorglijn voor patiënten met atriumfibrilleren. Ik was snel geïnteresseerd en raakte betrokken bij de plannen. Dit resulteerde in de oprichting van de eerste AF-polikliniek in Nederland in 2006 en voor mij betekende het de start van een promotieonderzoek naar de effectiviteit van de AF-poli. Momenteel werk ik aan de afronding van het onderzoek en ik hoop aan het einde van dit jaar het resultaat in het openbaar te verdedigen en te promoveren.

In 2006 ben ik actief geworden binnen de vereniging, eerst als redactielid van Cordiaal (zie het Redactioneel). In 2009 mocht ik voorzitter worden van

de toen opgerichte werkgroep atriumfibrilleren. De werkgroep ontwikkelde het 'Zorgmodel Atriumfibrilleren' om collega's elders een helpende hand te bieden bij de oprichting en/of evaluatie van een AF-polikliniek.

Wat kunt u van mij verwachten als voorzitter?

Samen met het bestuur wil ik me inzetten voor de verdere professionalisering en positionering van de NVHV én de beroepsgroep. Hierbij denk ik aan contacten met andere beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen en ook aan internationale positionering. Daarom neem ik namens de NVHV zitting in het National Society Committee van de Council on Cardiovascular Nurses and Allied Professions, onderdeel van de European Society of Cardiology. In deze commissie zijn de voorzitters van Europese beroepsverenigingen voor hart- en vaatverpleegkundigen vertegenwoordigd. Natuurlijk denk ik ook aan de inzet van veel actieve leden, waardoor we samen mooie resultaten kunnen boeken. Het bestuur staat open voor nieuwe ideeën. Heeft u vragen, opmerkingen of suggesties, laat het mij weten.

Tenslotte wil ik Stella Kuiken hartelijk bedanken voor het vele werk dat ze heeft verricht gedurende de vier jaar waarin ze voorzitter was. Ook wil ik het Dagelijks Bestuur bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen als nieuwe voorzitter van de NVHV. Ik kijk uit naar een vruchtbare samenwerking!

Werkgroepwerk beloond met accreditatiepunten

NVHV-leden die participeren in de diverse werkgroepen kunnen voor hun vrijwilligerswerk binnen de vereniging accreditatiepunten ontvangen binnen het kwaliteitsregister van de NVHV. Ze leveren met hun vrijwilligerswerk een bijdrage aan zowel hun eigen professionalisering als aan die van de hart- en vaatverpleegkundigen in het algemeen. De voorwaarden zijn op te vragen bij het NVHV-bureau en de werkgroepvoorzitters en zullen binnenkort ook op de website te vin-

Jeroen Hendriks
voorzitter NVHV

e-mail: jeroen.hendriks@maastrichtuniversity.nl



Jeroen
Hendriks
voorzitter
NVHV

den zijn. Leden die al in het register hun portfolio bijhouden, ontvangen hierover een extra bericht.

Alliantie Nederland Rookvrij

KWF Kankerbestrijding, Astma Fonds, Nederlandse Hartstichting en het partnership Stop met Roken zijn de Alliantie Nederland Rookvrij begonnen. Het doel is om tabaksgebruik en dus tabaksschade te verminderen. De NVHV sluit zich als maatschappelijke partner vanuit de preventie/zorg aan bij deze alliantie. Zo willen we bijdragen aan deze missie, al dan niet met eigen activiteiten en het leveren van kennis en menskracht. De NVHV krijgt hiermee inspraak in het beleid van de Alliantie en toegang tot actueel nieuws en wetenschappelijke kennis. Lees ook onze website; ga naar "Over NVHV" en "links algemeen".

Samenwerking NVVC/NVHV

Tijdens de Algemene Ledenvergadering van 8 juni is de ALV akkoord gegaan met de conceptintentieverklaring. Deze wordt later dit jaar door beide partijen ondertekend en gecommuniceerd.

Afscheid Stella Kuiken

Tijdens dezelfde vergadering is afscheid genomen van NVHV-voorzitter Stella Kuiken. Ze werd geprezen voor haar ambassadeurschap van de NVHV. Met een duidelijke missie, maar met open vizier werkte ze aan haar doelen. Met haar enthousiasmerende stijl en toegankelijkheid wist ze veel deuren te openen en zette ze de NVHV bij tal van organisaties in Nederland op de kaart. Stella blijft nog even lid van het Dagelijks Bestuur als 'past chair' en zal enkele dossiers onder haar hoede nemen en afronden. Zie ook: www.nvhv.nl

25- 29 augustus

ESC Congress 2012*

München, Duitsland,
www.escardio.org

11,12 september en 17 oktober

Driedaagse cursus Motivational Interviewing (Algemeen)

Academie voor Motivatie en Gedragsverandering te
Eindhoven,
www.academiemg.nl

CNE HR 'Nieuwe ontwikkelingen binnen de hartrevalidatie'*

Utrecht,
www.nvhvv.nl

14 september

CNE ICD 'Biventriculaire ICD' *

Utrecht,
www.nvhvv.nl

19-21 September 2012

Annual meeting ESVS

(European Society for Vascular Surgery)
Bologna, Italië,
www.esvs.org

20 september

CNE Verpleegkundig Specialisten 'Auscultatie, gecompliceerde fietstesten/hartritmestoornissen en klinisch redeneren' *

Utrecht,
www.nvhvv.nl

27 september

CNE Vasculaire Zorg 'Dyslipidemie' *

Utrecht,
www.nvhvv.nl

28 september

NVVC, Nationale Hartfalendag 2012

Hotel Theater Figi, Zeist,
www.werkgroephartfalen.com

28 september

Topzorg anno 2012: opening nieuwe HCK en 60 jaar cardiologie*

UMC Utrecht,
www.cvoi.nl

28 en 29 september

Nederlands Cath Lab symposium 2012

'Hard in beweging'*

Hotel en Congrescentrum Papendal, Arnhem
www.rijnstate.nl

11 en 12 oktober

Jaarcongres V&VN Verpleegkundig Specialisten

'Vandaag is de toekomst'

Hotel en Congrescentrum Papendal, Arnhem
www.venvnvs.nl

21, 28 en 26 oktober

Driedaagse cursus Motivational Interviewing

(Gericht op patiënten met PAV)

Catharina ziekenhuis, Eindhoven,
www.claudicationet.nl

20 - 22 oktober

Acute Cardiac Care 2012

Istanbul, Turkije,
www.escardio.org

30 november

CarVasZ 2012 'Man/Vrouw' *

Reehorst, Ede,
www.nvhvv.nl

12 december

Algemene Ledenvergadering NVHV

Utrecht,
www.nvhvv.nl

22 en 23 maart 2013

13th Annual Spring Meeting on Cardio Vascular Nursing

Glasgow, Groot-Brittannië,
www.escardio.org

* Voor deze scholingsactiviteiten is accreditatie aangevraagd of zal accreditatie worden aangevraagd bij de NVHV.

Hart RUIS

Samenstelling: Hildelies van Oel
E-mail: h.vanoel@erasmusmc.nl

In 'Hartruis' houdt de redactie van Cordiaal u op de hoogte van actuele wetenswaardigheden en interessante nieuwtjes.

Verbeteren rekenvaardigheid noodzakelijk

Uit een landelijk uitgevoerde nulmeting van het Cito in 2010 bleek 80 procent van de 2661 getoetste verpleegkundigen niet te voldoen aan de door de beroepsgroep vastgestelde norm voor rekenvaardigheid. Cito ontwikkelde daarom een rekentoets die de rekenvaardigheid meet van verpleegkundigen op mbo-niveau 4 en op hbo-niveau. Ook geeft de toets inzicht in hoe de rekenvaardigheid zich verhoudt tot de landelijke norm en op welke gebieden verpleegkundigen bijscholing nodig hebben. Verpleegkundigen maken de toets op de computer in de instelling waar ze werken. Een toets bestaat uit 25 tot 32 meerkeuzevragen en duurt ongeveer 1,5 uur. De norm voor deze toets is vastgesteld door de landelijke beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).



Closing the Gap from Evidence to Action

Hoogleraar verplegingswetenschappen aan de universiteit van Utrecht, Marieke Schuurmans, hield op 8 mei een lezing over het International Council of Nurses onder de noemer: 'Van onderzoek naar praktijk: ontwikkelingen bij verpleegkundig onderzoek'.

Lang leve de lijstjes!! Meten is weten of meten is moeten? De lezing vond plaats in het kader van de Week van de Verpleging in het UMC te Utrecht.



Mooi Mens Verkiezing 2012

Voor de zesde keer organiseert zorgverzekeraar IZZ deze verkiezing om zorgmedewerkers de waardering te geven die ze verdienen voor hun mooie werk. Dit jaar reikt Anita Witzier op 31 oktober een publieksprijs en een vakjuryprijs uit. De publieksprijs gaat naar de zorgmedewerker die de meeste stemmen heeft gekregen op de website. De vakjury kijkt naar



de invloed van het werk van de medewerker voor de zorg in Nederland. De winnaar van de vakjuryprijs krijgt de officiële titel 'Mooi Mens 2012'.

De vakjury bestaat dit jaar uit voorzitter Lizelotte Smits, bestuurder collectief CNV Publieke Zaak, Rob van der Plank, lid van de Raad van Bestuur de Viersprong in Breda, Jose de Reus, redactielid Tijdschrift Voor Verzorging en Corine den Hollander, Mooi Mens 2011. Zij won vorig jaar de titel vanwege het door haar opgerichte initiatief IntermeZZo. Dit is een nazorgcentrum waar (ex)-kankerpatiënten en hun naasten terecht kunnen voor een luisterend oor, lotgenotencontact en praktische tips.

NVVC! Connect

Dit project richt zich op de organisatie en het proces (zowel lokaal, regionaal als landelijk) van de behandeling van enkele cardiologische ziektebeelden. Het eerste project betreft de zorg voor patiënten met een acuut hartinfarct. Regio's waar

de organisatie en de zorgkwaliteit nog niet optimaal zijn, krijgen de beschikking over goed lopende tools uit andere regio's. Zo helpt NVVC! Connect de cardiologische zorg naar een nog hoger niveau te tillen.



CORPUS

CORPUS is een 'reis door de mens' waar bij de bezoeker op spectaculaire wijze ervaart hoe het menselijk lichaam werkt. Wie het unieke en interactieve beleavingscentrum CORPUS – in de vorm van een reusachtig lichaam – binnenstapt, krijgt antwoord op honderden vragen in de vorm van tastbare, zichtbare en hoorbare verbeeldingen gedurende de 'reis door de mens'.



Via een koptelefoon krijg je uitleg over verschillende organen en lichaamsdelen; vanaf de knie, via onder andere baarmoeder, hart, longen, mond, neus en oor naar de hersenen. Bij sommige onderdelen is er een 5D-film. CORPUS is educatief, informatief en preventief. Zie ook: <http://www.corpusexperience.nl>

'Schildklier en het Hart'

Volgens prof. dr. Jan Smit van het UMC Radboud te Nijmegen is er in de gezondheidszorg te weinig aandacht voor schildklierziekten. De gevolgen voor het functioneren van het lichaam zijn onvoldoende bekend. Dat geldt ook voor de relatie tussen een niet goed functionerende schildklier en hartaandoeningen. Smit pleitte dan ook voor meer bewustwording voor dit onderwerp tijdens de week van de schildklier, die plaatsvond van 21 t/m 26 mei.

Een schildklieraandoening is een verraderlijke ziekte die geleidelijk op alle niveaus de gezondheid kan aantasten. Het probleem is dat veel klachten niet typisch zijn voor een schildklierziekte, waardoor de aandoening niet of niet direct herkend wordt. Een schildklieraandoening is in de meeste gevallen goed te behandelen. Met een tijdige

diagnose en adequate behandeling kan veel ellende voorkomen worden. Zie ook: www.weekvandeschildklier.nl



Het thema van het CarVasZ congres 2012 is gender. In verschillende sessies komt gender binnen de cardiovasculaire zorg aan de orde.

Linda Joziasse en Debbie ten Cate, werkgroep Congressen

E-mail: Debbie.tencate@hu.nl

30 November in de ReeHorst te Ede

CarVasZ 2012: M/V

Voor het eerst sinds vier jaar gaan we op 30 november terug naar Ede. Na Rotterdam en Utrecht strijken we weer neer in het mooie Gelderland, in het inmiddels gerenoveerde Hotel en Congrescentrum de ReeHorst. De prachtige locatie en het gevarieerde en interessante programma zijn een uitstekende reden om ook dit jaar het CarVasZ congres te bezoeken. Hopelijk biedt uw werksituatie hier de gelegenheid voor. Het is bekend dat bij de bezuinigingen er helaas ook flink gesneden wordt in het persoonlijk budget voor scholing en congresbezoek. Terwijl die juist zo belangrijk zijn voor verdieping in het vak en contact met vakgenoten.

Dit jaar is het thema van CarVasZ 'M/V'. Dat mannen en vrouwen niet gelijk zijn, weten we al heel lang. Ook binnen de cardiovasculaire zorg is dit bekend. Pas de laatste jaren begint hier meer aandacht voor te komen. In de plenaire sessie van het congres komen deze verschillen aan de orde. De eerste spreker, dr. G.H. van Geel, presenteert feiten en cijfers over de verschillen tussen mannen en vrouwen. Zo is het bekend dat er jaarlijks meer vrouwen dan mannen overlijden aan hart- en vaatziekten en dat deze doodsoorzaak nummer één zijn bij vrouwen. De tweede spreker, prof. dr. A.H.E.M. Maas, licht de verschillen tussen mannen en vrouwen binnen de cardiologie verder toe.

Sessies en workshops

Na de plenaire sessie kunnen deelnemers kiezen uit 27 parallelsessies. Deze zijn zoveel mogelijk afgestemd op het thema en vallen binnen alle specialisaties van de cardiovasculaire zorg. Een overzicht van de sessies vindt u in het middendeel van deze Cordiaal. Verder zijn er presentaties over de nieuwste procedures en projecten en een aantal workshops, zoals klinisch redeneren en

auscultatie van hart en vaten. De inhoud van de sessies en workshops zijn geschikt voor verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundig onderzoekers. Om inzicht te geven in de moeilijkheidsgraad zijn een aantal hiervan gelabeld met 'hoger niveau'.

Lunchsymposium

Na het succes van vorig jaar is er ook dit jaar een lunchsymposium over nieuwe orale antistollingsmiddelen. Het lunchsymposium vindt plaats tussen 12:30 en 13:30. Het volledige programma van CarVasZ 2012 staat op pagina 106 en 107. Kijk op: www.nvhvv.nl voor meer informatie. Hier kunt u zich ook aanmelden voor het congres.

Abstracts

Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die betrokken zijn bij projecten op het gebied van innovatie en wetenschappelijk onderzoek worden van harte uitgenodigd een abstract in te sturen voor een posterpresentatie. De

posters zijn gedurende het gehele congres te zien in de expositieruimte. De inzenders van de vijf beste abstracts krijgen in een aparte sessie de gelegenheid hun posters te bespreken. Er is vijf minuten spreektijd en vijf minuten voor vragen gereserveerd. Een uitgebreide presentatie is niet nodig, want er hoeft maar één PowerPoint dia van de poster getoond te worden.

Stuur digitaal een abstract naar k.haas@congresscompany.com. Zie voor voorwaarden: www.nvhvv.nl of www.congresscompany.com. Als een abstract geaccepteerd wordt, ontvangt de eerste auteur 50% reductie van de entreprijs voor het congres (zie kader).

Accreditatie

Omdat de NVHVV het op peil houden en registreren van de kwaliteit van zorg belangrijk vindt, is er accreditatie aangevraagd bij de NVHVV, V&VN, SBHFL en de verpleegkundig specialisten. U bent van harte welkom op vrijdag 30 november 2012 in de ReeHorst te Ede. Tot ziens op CarVasZ 2012! 

Indienen abstracts CarVasZ 2012

1. Richtlijnen voor abstract

- lengte: maximaal 400 woorden
- geen literatuurverwijzingen
- tabellen en figuren zijn toegestaan
- hanteer de volgende indeling: doel /achtergrond, methodiek, resultaten, conclusie
- auteurs: vermeld namen en initialen, instelling(en) en correspondentieadres

2. Beoordeling

- alle ingezonden abstracts worden beoordeeld door de commissie wetenschappelijk onderzoek van de NVHVV
- beoordelingscriteria zijn: innovatief karakter, relevantie voor de praktijk, gehanteerde methodiek, wetenschappelijke onderbouwing en wijze van presentatie

- alle geaccepteerde en gepresenteerde abstracts worden gepubliceerd in het congresboek

3. Inzending en deadline

Abstracts kunnen tot uiterlijk **1 september 2012** digitaal ingestuurd worden naar k.haas@congresscompany.com. Auteurs horen rond 15 september 2012 of hun abstract geaccepteerd is en of ze een poster mogen presenteren (en eventueel in een aparte sessie toelichten). Ze hebben dan tot 13 oktober 2012 de gelegenheid om zich voor het gereduceerde tarief in te schrijven. De volledige informatie staat ook op www.nvhvv.nl en www.congresscompany.com.



Vrijdag

30 november

2012

ReeHorst,

Ede

09.15 - 10.15

PLENAIRE OPENINGSSESSIE

Sessievoorzitter: **S. Kuiken**

M / V

Welkom en opening

Hart- en vaatziekten bij mannen en vrouwen, feiten en cijfers

Het vrouwenhart klopt sneller!

10.15 - 10.45

KOFFIEPAUZE

10.45 - 12.15

PARALLELSESSIES 1 t/m 9

Sessie 1 Sessievoorzitter: E. de Haan	Sessie 2 Sessievoorzitter: I. Schiks	Sessie 3 Sessievoorzitter: A. Venema	Sessie 4 Sessievoorzitter: M.S.A. Aertsen
WORKSHOP	WETENSCHAPPELIJK OZ.	HARTREVALIDATIE	HARTFALEN
Klinisch redeneren voor de cardiovasculair verpleegkundige I.J.D. Jüngen Max. 75 deelnemers	Koelen na reanimatie Hoe is de praktijk? H. van de Wetering Wat zegt de literatuur? A.M. van Dishoeck Wat zijn de ethische implicaties? E.J.O. Kompanje HOGER NIVEAU	Laaggeletterdheid, verschil tussen mannen en vrouwen T.B. Twickler	Seks! Hartstikke goed voor je P.R.I. Rabsztyrn Verpleegkundige zorg: wat kan ik ermee in de praktijk? P.R.I. Rabsztyrn Mantelzorg en hartfalen M.L.A. Luttik

12.15 - 13.45

LUNCHPAUZE

12.30 - 13.30

NVHV LUNCH SYMPOSIUM:

Update van de nieuwe orale antistollingsmiddelen: hoe te gebruiken in de dagelijkse praktijk

13.45 - 15.15

PARALLELSESSIES 10 t/m 18

Sessie 10 Sessievoorzitter: A. van Goor	Sessie 11	Sessie 12 Sessievoorzitter: W. Reinds	Sessie 13 Sessievoorzitter: J. Janssen-Boyne
WORKSHOP	WORKSHOP	THORAXCHIRURGIE	HARTFALEN
Klinisch redeneren voor de verpleegkundig specialist I.J.D. Jüngen Max. 75 deelnemers HOGER NIVEAU	Snijssessie I.J. van Weezel & P.C. van de Woestijne Max. 30 deelnemers	"Prevana Girls" A.L.P. Markou	Zorgmodel Haarlem M. Schmidt Zorgmodel MUMC N.M.J. Feij Zorgmodel Icarus I. Hogerwerf

15.15 - 15.45

THEEPAUZE

15.45 - 16.45

PARALLELSESSIES 19 t/m 27

Sessie 19	Sessie 20	Sessie 21 Sessievoorzitter: T. de Velde-Harsenhorst	Sessie 22 Sessievoorzitter: M. Schmidt
WORKSHOP	WORKSHOP	THORAXCHIRURGIE	HARTFALEN
Auscultatie van hart en vaten R. van den Brink Max. 25 deelnemers HOGER NIVEAU	Snijssessie I.J. van Weezel & P.C. van de Woestijne Max. 30 deelnemers	Man/vrouw en stress T. van Neselrooij	Nierfalen en nierfunctievervangende therapieën L. Lensen

16.45 - 17.15

AFSLUITING MET BORREL





J. Hendriks
G.H. van Geel
A.H.E.M. Maas

Sessie 5 Sessievoorzitter: M. Hultink	Sessie 6 Sessievoorzitter: M.J.A.G. de Ronde	Sessie 7 Sessievoorzitter: A. Compagne	Sessie 8 Sessievoorzitter: S. Elshout	Sessie 9 Sessievoorzitter: C. van Lent
VASCULAIRE ZORG	INTERVENTIECARDIOLOGIE	ATRIUMFIBRILLEREN	ICD	KINDERCARDIOLOGIE
Prostaatstraat <i>F. Klessens</i> Primaire preventie bij vrouwen <i>M.J. van der Vlugt</i>	Percutane interventies bij congenitale afwijkingen <i>R.J. de Winter</i> Lean Management <i>R. Kool</i>	AF en antistolling bij vrouwen <i>C. Camaro</i> Medicatieverschillen tussen mannen en vrouwen bij AF <i>L.E. Visser</i>	Leven met een ICD: man/vrouw <i>S.S. Pedersen</i> Seksualiteit bespreekbaar maken bij ICD dragers <i>E. Postelmans</i>	Diagnostiek van aangeboren afwijkingen <i>M. Rijlaarsdam</i> Ethische dilemma's van een arts <i>A. van Daalen</i> Discussie o.l.v. C. van Lent

Dit lunchsymposium wordt mede mogelijk gemaakt door:



Sessie 14 Sessievoorzitter: A. Hendriks	Sessie 15 Sessievoorzitter: A. Adan	Sessie 16 Sessievoorzitter: E. Postelmans	Sessie 17 Sessievoorzitter: M. Verkerk	Sessie 18 Sessievoorzitter: F. Baay
VASCULAIRE ZORG	INTERVENTIECARDIOLOGIE	ACUTE ZORG	ICD	KINDERCARDIOLOGIE
Onbewaakte overgang <i>H. Verweij</i>	Contrastnefropathie, is het te voorkomen? <i>A. Lugtigheid</i> PAPPA studie. Drug eluting ballon bij primaire PCI <i>N.S. Vos</i>	Echo bij het acute infarct <i>B.J. Bouma</i> Sexeverschillen bij ACS: mythe of realiteit? <i>S.P.M. de Boer</i>	Alles over long QT syndroom <i>G.J.M. Tahapary</i> Leven met long QT syndroom. Wat betekent het in de praktijk? <i>C.E.H.J. Witters</i>	Psychosociale zorg voor kinderen met een hartafwijking <i>C. Scholten</i> Van kindercardioloog en thoraxchirurg naar huisarts en verpleegkundig specialist <i>W.B. de Koning</i> De congenitale hartafwijking wordt volwassen <i>F.J. Meijboom</i>

Sessie 23 Sessievoorzitter: E. van 't Verlaat	Sessie 24 Sessievoorzitter: R. van der Jagt	Sessie 25 Sessievoorzitter: A. Kolkman	Sessie 26 Sessievoorzitter: M. Muller-Grijzenhout	Sessie 27 Sessievoorzitter: J. Wink
WETENSCHAPPELIJK OZ.	INTERVENTIECARDIOLOGIE	ATRIUMFIBRILLEREN / ACUTE ZORG	HARTREVALIDATIE	KINDERCARDIOLOGIE
Presentatie posters	Nierarterie-ablatie <i>M. Voskuyl</i> Man/vrouw verschillen binnen de interventiecardiologie <i>Y. Appelman</i>	AF bij topsporters <i>J.H. Bennekers</i> Brugada <i>N.R.C. Telgt</i>	Hartrevalidatie m/v: waarom lopen mannen altijd voorop? <i>H. Verweij</i>	Transitie door de ogen van een patiënt <i>H.K. de Jong</i> Transitiepoli in Nederland: stand van zaken <i>R. Zwart</i>
HOGER NIVEAU				

Ben jij een enthousiaste, (pro)actieve en kritische professional met oog voor nieuwe ontwikkelingen binnen de cardiovasculaire zorg? Dan zijn wij op zoek naar jou!



Oproep Werkgroepen

De NVHVV is voor verschillende werkgroepen op zoek naar leden die zich willen inzetten om de diverse aandachtsgebieden binnen onze vereniging op de kaart te zetten. Het doel van iedere werkgroep is kennis te delen met anderen en initiatieven te ontwikkelen die bijdragen aan de kwaliteit van zorg en professionalisering. Kortom, samen met anderen actief met je vak bezig zijn.

Je deelname aan een van de werkgroepen binnen de NVHVV is weliswaar vrijwillig, maar niet geheel vrijblijvend! Als werkgroeplid woon je vergaderingen bij (gemiddeld 4 x per jaar), die plaatsvinden op locatie en/of telefonisch. De werkgroepleden ontvangen hiervoor een reiskostenvergoeding. Je activiteiten worden ook gewaardeerd met accreditatiepunten.

Heb je interesse en zie je kans om naast je dagelijkse werkzaamheden hiervoor af en toe tijd vrij te maken? Schrijf dan een brief met je motivatie en je CV naar secretariaat@nvhvv.nl onder vermelding van de werkgroep waar je interesse naar uitgaat. Meer informatie vind je op onze website www.nvhvv.nl



Wil je werken in één van de grootste en meest vooraanstaande interventie- en electrofysiologische centra van Nederland? Het Catharina Ziekenhuis is op zoek naar enthousiaste collega's met ambitie.

Hartcatheterisatie verpleegkundige / electrofysiologie (36 uur)

- Je assisteert bij electrofysiologische onderzoeken en behandelingen
- Je assisteert bij het inbrengen van pacemakers, ICD's en leadextracties
- Je voert zelfstandig pacemaker en ICD follow ups uit

Laborant electrofysiologie (36 uur)

- Je assisteert bij het inbrengen van pacemakers, ICD's en leadextracties
- Je voert zelfstandig pacemaker en ICD follow ups uit

Interesse?

Wil je aan de slag in een topklinisch opleidingsziekenhuis? Bekijk de volledige vacaturetekst op onze website: www.werkenbijcatharina.nl

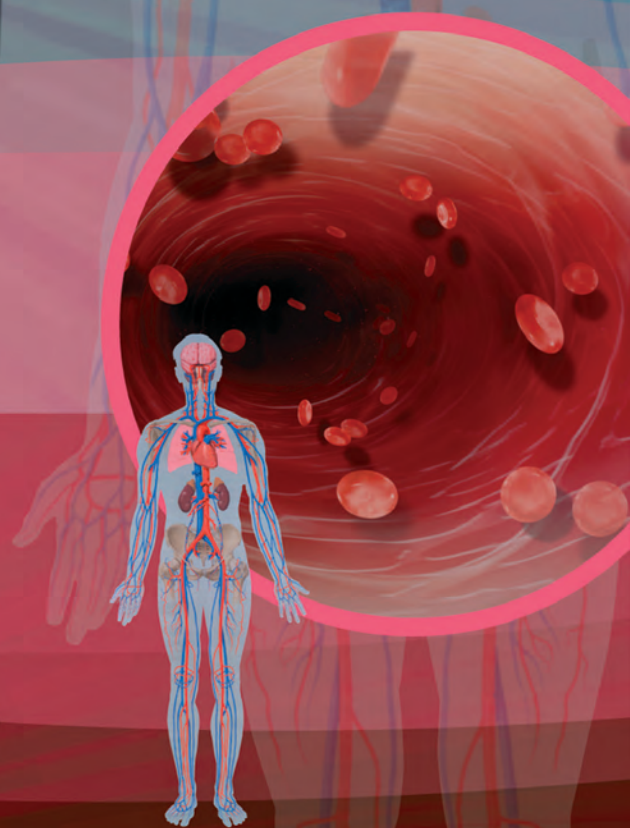
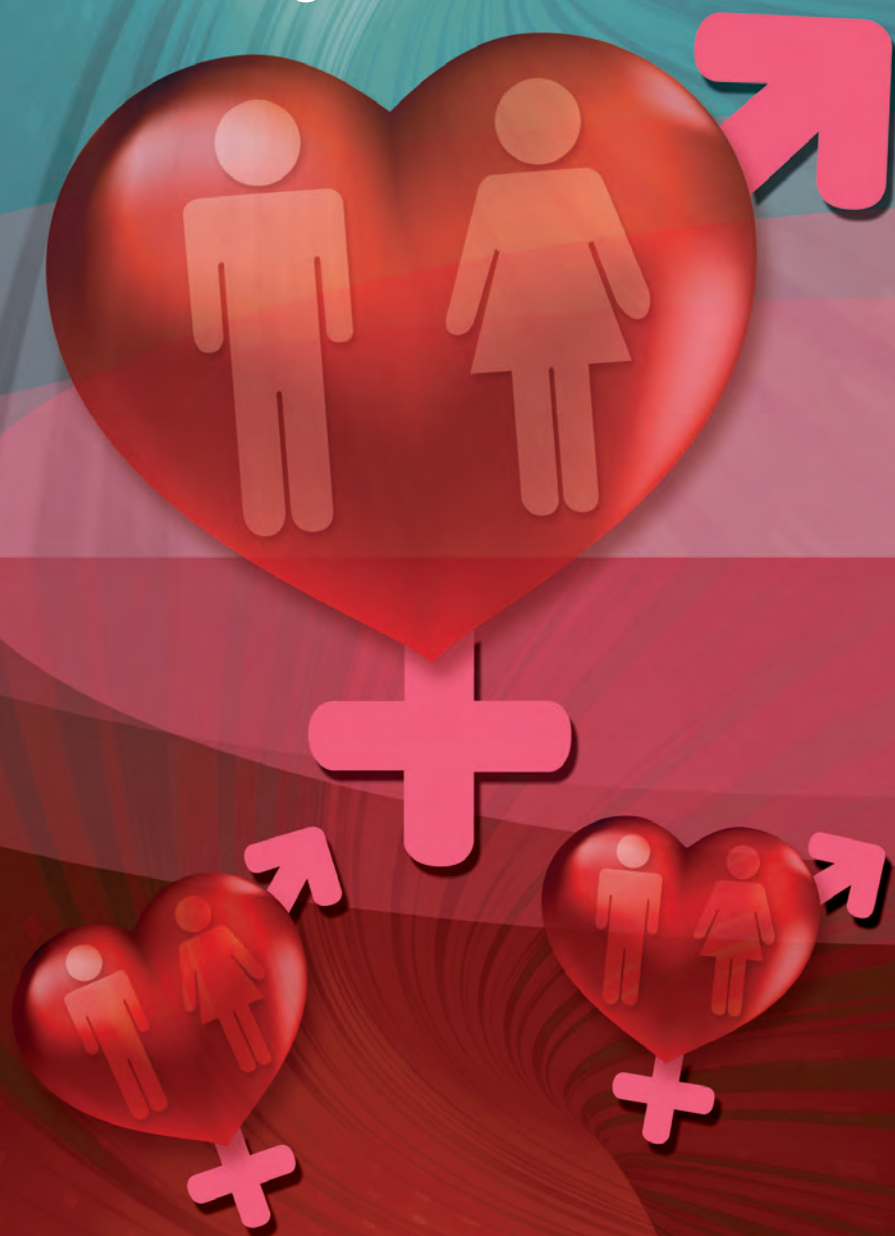
Hét congres voor de Cardio Vasculaire Zorg

Thema: M/V



Vrijdag 30 november 2012

Hotel en Congrescentrum de ReeHorst, Ede



- Schrijf een abstract en informeer je collega's over je onderzoek/project
- Accreditatie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten
- Gereduceerd tarief voor HBO-V studenten
- Kindercardiologie

www.nvhvv.nl
www.carvasz.nl

Congressecretariaat:

Congress Company

Tel 073 - 700 35 00

info@congresscompany.com

www.congresscompany.com



Nederlandse Vereniging voor
Hart en Vaat Verpleegkundigen