

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HART EN VAAT VERPLEEGKUNDIGEN

3
2011

Short stay is safe

Vaatcentrum stelt patiënt centraal

Alles over cachexie

CarVasZ 2011: de patiënt als dirigent

Kwaliteitsregister NVHVV

CORDIAAL

JAARGANG 32, JULI 2011

inhoud

Pagina 75

Zomer

Hildelies van Oel

Pagina 76

Short Stay is safe

Anneleen van Dullemen

Pagina 81

Vraag en antwoord: Een jonge vrouw met progressieve kortademigheid

Cyril Camaro

Pagina 82

Vaatcentrum UMC St Radboud stelt patiënt centraal

Angeliën Sieben, Saskia Exters, Mariëlle Hartzema, Mariëlle Tesser, Floortje Agema, Bas Bredie

Pagina 87

Congresverslag: Venticare 2011 in Utrecht

Annelies Helsloot

Pagina 89

Congreswijzer CarVasZ 2011

Colinda Koppelaar

Pagina 93

Vraag en antwoord: Een jonge vrouw met progressieve kortademigheid

Cyril Camaro

Pagina 94

Wat u moet weten over cachexie

Mattie J. Lenzen, Anouk I. Lenzen, Kadir Caliskan

Pagina 97

Hartruis

Hildelies van Oel

Pagina 98

Recensie: Hypertrofische cardiomyopathie: pathofysiologie, genetica en invasieve behandeling. Proefschrift van Michelle Michels

Hildelies van Oel

Pagina 100

Ontwikkelingen in het kwaliteitsregister NVHV

Mechtild Stavenuiter

Pagina 101

Werkgroepen Atriumfibrilleren en Hartrevalidatie

Petra van Veen, Janine Doornenbal

Pagina 102

Aankondiging: EACTS 2011 in Lissabon

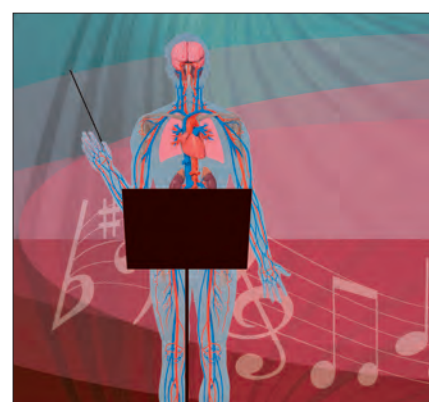
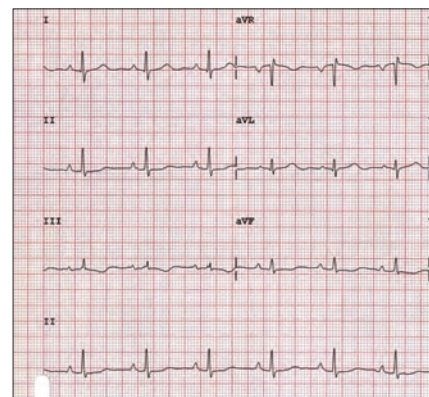
Richard van Valen

Pagina 103

Verenigingsnieuws en agenda

Pagina 105

CarVasZ 2011: de patiënt als dirigent



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,
Ruwaard van Putten ziekenhuis, Spijkenisse
Jeroen Hendriks, AZM Maastricht
Aletta van der Veen, St. Antonius Ziekenhuis,
Nieuwegein
Linda Veenis, AMC, Amsterdam
Marge Vermeulen, UMC, Utrecht
Heleen Westland, UMC, Utrecht

Eindredactie

Maja Haanskorff, Journalistiek - Redactie - Teksten

Vormgeving

Bert Hoozeveld,
HGVB Fotografie en Grafische Vormgeving

Omslagfoto

Heleen Westland

Advertentie-exploitatie

Informatie en tarieven op aanvraag
bij het NVHV-bureau

Redactieraad

Ron Bakker (VU medisch centrum, Amsterdam)
Marge Vermeulen. (Werkgroep Interventiecardiologie)
Marjan Aertsen (Werkgroep Hartfalen)
Anne-Margreet van Dishoeck
(Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek)
Jeroen Hendriks (Werkgroep Atrium fibrilleren)
Toon Hermans (Werkgroep Communicatie)
Colinda Koppelaar (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)

Machtild 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 € 49,— 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 moet u schriftelijk opzeggen met inachtneming van een opzeggingstermijn van ten minste vier weken (dus uiterlijk eind november). Instellingen die Cordiaal willen ontvangen, betalen € 72,00 per jaar. Raadpleeg voor meer informatie de website van de NVHV. Wijzigingen in de voorwaarden en prijzen worden per kalenderjaar aangepast na vaststelling in de Algemene Ledenvergadering.

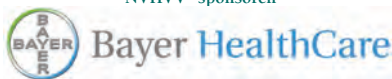
Adreswijzigingen

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



Zomer

Het is juli en wat ben ik blij dat we pas halverwege het jaar zijn. Want de redactie heeft nog veel ideeën en plannen in petto. Het is ook een mooi moment om stil te staan bij wat er allemaal is gebeurd de afgelopen maanden. Zo waren we druk doende met het werven van nieuwe redactieleden om extra 'ogen en oren' te hebben die ons scherp en u op de hoogte houden van de ontwikkelingen binnen hart- en vaatverpleegkunde. En dat is gelukt! Ik ben ontzettend blij met onze nieuwe redactieleden. Ze zullen zich in de komende uitgaven aan u voorstellen, zodat u weet wie er achter de schermen hard aan Cordiaal werken.

'Ogen en oren' hebben we hard nodig, want de ontwikkelingen binnen de cardiovasculaire zorg staan niet stil. Daarom vind ik het ook zo leuk om aan Cordiaal mee te mogen werken. Je kunt je in allerlei onderwerpen verdiepen, je blijft op de hoogte en komt dingen te weten die buiten je eigen werkterrein liggen. Kortom, interessant en inspirerend. Daarom kijk ik uit naar de komende maanden, want dan wil ik doelen hebben behaald en concrete dingen hebben aangepakt. Tja, ik blijf toch een verpleegkundige die wat wil doen....

Zoals zorgen dat alle aandachtsgebieden in Cordiaal goed zijn vertegenwoordigd en dat de inhoud een brede groep van professionals aanspreekt. Ook wil ik de website van de NVHV en Cordiaal meer bij elkaar betrekken. Het zou toch mooi zijn als u direct wordt doorgelinkt naar beeldmateriaal dat gerelateerd is aan de artikelen in Cordiaal. Nou ja, dit doel kost misschien iets meer tijd, maar het is fijn om het na te streven.

Dus wat doe ik deze zomer? Ik blader met mijn voetjes in het gras en een glaasje in de hand nog eens door een oude Cordiaal en surf op mijn laptop naar de website van de NVHV om mij in te schrijven voor CarVasZ 2011. Ik mijmer in het zonnetje over wie we voor een artikel kunnen benaderen, welke onderwerpen we meer moeten belichten en hoe trots ik ben dat ik deel uit maak van zo'n leuke werkgroep. Dan rest mij niets anders dan iedereen een fijne zomer toe te wensen; geniet en verwonder.

PS: Ook deze Cordiaal biedt voor velen wat wils. Zo brengen we u op de hoogte van de secundaire preventiezorg van het Vaatcentrum UMC St. Radboud en krijgt u antwoord op de vraag: hoe veilig is Short Stay? Ook leest u wat u moet weten over cachexie bij patiënten met chronisch hartfalen. Verder heeft Camaro weer een boeiende casus over pulmonale hypertensie voor ons uitgewerkt en blikken we terug op Venticare. Vergeet niet het programma van CarVasZ te bestuderen, want het valt niet mee een keuze te maken uit al die sessies! Fijne zomer gewenst!

Hildelies van Oel



Onder 155 patiënten die in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis een poliklinische percutane coronaire interventie hebben ondergaan, is gedurende drie maanden telefonisch een follow-up onderzoek verricht. Doel was te achterhalen of deze patiënten binnen 48 uur na behandeling complicaties kregen waarvoor ze medische hulp inriepen. De incidentie van complicaties bleek laag te zijn. Waarmee de postprocedurele observatietijd van zes uur, die dit ziekenhuis hanteert, veilig is te noemen.

Anneleen van Dullemen, verpleegkundig specialist cardiologie, OLVG

E-mail: a.h.vandullemen@olvg.nl

Short stay is safe!

Follow-up onderzoek bij patiënten na poliklinische percutane coronaire interventie

Inleiding

Bij een percutane coronaire interventie (PCI) of dotterbehandeling wordt een vernauwing in een of meerdere kransslagaderen behandeld via een slagaderlijke toegangsweg. In het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam worden jaarlijks ongeveer 750 PCI's poliklinisch verricht², vrijwel altijd via de arteria radialis. Bij ongecompliceerd verloop worden patiënten postprocedureel geobserveerd op een loungeafdeling, waar de omgeving zo min mogelijk gemedicaliseerd is en zoveel mogelijk ingericht op comfort.

Bij ongecompliceerd herstel worden patiënten zes uur na behandeling ontslagen. Na zes tot acht weken vindt poliklinische controle plaats bij de verwijzend cardioloog, zonder tussentijdse follow-up.

Voor wat betreft ernstige complicaties (myocardinfarct, grote bloedingen, overige complicaties waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk is, noodzaak tot acute bypass chirurgie of re-PCI, overlijden) blijkt uit eerder onderzoek dat poliklinische PCI even veilig is als klinische PCI.^{11,12,13} Het aantal gerapporteerde incidenten is laag, en deze zouden niet zijn voorkomen door klinische opname, gezien het moment waarop ze zich voordeden.^{12,13}

Geringe complicaties - in de vorm van diverse locale reacties bij de insteekplaats zoals pijn en zwelling - en niet specifieke gevoelsafwijkingen blijken zich volgens de literatuur echter wel regelmatig voor te doen¹⁴. Ook wijst

onderzoek uit dat een aantal patiënten voor deze klachten kort na ontslag (binnen 48 uur) medische hulp

inroept, maar meestal niet in het ziekenhuis waar de behandeling heeft plaatsgevonden.¹⁵

Tabel 1

Baseline karakteristieken van 155 patiënten	n	n(%)
Mannelijk geslacht	117	75
Leeftijd (jr) jongste patiënt	41	
Leeftijd (jr) oudste patiënt	89	
Leeftijd (jr) gemiddeld	65 ±11	
Alleenwonend	32	21
Diabetes	38	25
Hypertensie	48	31
Hypercholesterolemie	27	17
Familiaire belasting	24	15
Rokers	29	19
Nierfunctiestoornissen (prehydratieprotocol)	0	0
AP klasse NYHA		
0	4	3
I	3	2
II	110	71
III	29	18
IV	9	6
Stabiele angina pectoris	132	85
Instabiele angina pectoris	16	10
Indicatie anders	7	5
Eerdere PCI	56	36
Eerdere stentplaatsing	51	33
Eerdere CABG	22	14
Eerder MI	35	23
Eenvatslijden	76	49
Tweevatslijden	53	34
Drievatslijden	26	17
Aspirine® preprocedureel	136	88
Clopidogrel® preprocedureel	86	55
Coumadinederivaat preprocedureel	13	8

Gepresenteerde data zijn gemiddelden ± SD of aantal patiënten. CABG = Coronary Artery Bypass Graft Chirurgie; AP = angina pectoris; NYHA = New York Heart Association; MI = myocardinfarct; PCI = Percutane Coronaire Interventie

Het onderzoek

Omdat in het OLVG geen standaard follow-up plaatsvindt, is het niet bekend hoeveel patiënten na poliklinische PCI alsnog binnen 48 uur een beroep op medische hulpverlening doen. Om hierover duidelijkheid te krijgen, is dit onderzoek opgezet. Er is gekeken hoeveel patiënten die in het OLVG tussen 1 januari en 31 maart 2010 een poliklinische percutane coronaire interventie hadden ondergaan, binnen 48 uur na ontslag een beroep deden op medische hulpverlening en om welke redenen.

Onder medische hulpverlening wordt verstaan: contact zoeken met een huisarts of medewerker van de huisartsenpraktijk, een wijkverpleegkundige, medewerkers van de afdeling spoedeisende hulp, de eigen cardioloog of behandelend cardioloog in het OLVG, andere ziekenhuismedewerkers en de ambulancedienst. De periode van 48 uur na ontslag is gekozen, omdat blijkt dat procedure gerelateerde complicaties zich vooral in dit tijdsbestek voordoen.^{12,13}

Methode

Het betreft hier een kwantitatief, observationeel cross-sectioneel onderzoek.

Patiëntengroep

De patiëntengroep die onderzocht is, bestaat uit alle patiënten die in bovengenoemde periode een poliklinische PCI in het OLVG ondergingen. Dit is een representatieve groep voor patiënten die poliklinisch in het OLVG een PCI ondergaan.

Selectiecriteria

Aan alle 155 patiënten die tussen 1 januari en 31 maart 2010 een poliklinische PCI ondergingen, is gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Ook patiënten waarbij de procedure niet of slechts gedeeltelijk slaagde, zijn opgenomen.

Werving en toestemming

Aan alle patiënten is tijdens het ontslaggesprek dat door de verpleegkundig specialist met de patiënt gevoerd wordt, toestemming gevraagd voor deelname. Alle patiënten hebben hiervoor toestemming gegeven. Veel patiënten zeiden het erg op prijs te stellen dat er een telefonische follow-up zou plaatsvinden.

Het onderzoek is niet METC-plichtig volgens de richtlijnen van de CCMO.¹⁶

Dataverzameling

Van alle 155 onderzochte patiënten zijn de kenmerken geregistreerd om de patiëntengroep te beschrijven. Deze baseline patiëntengegevens zijn overgenomen uit de brief van de verwijzend cardioloog (zie tabel 1).

Tijdens het ontslaggesprek is bovendien aan alle patiënten gevraagd of ze alleenwonend zijn.

Procedure

Gegevens over de PCI (materiaalgebruik, angiografische bevindingen, proceduretijd) zijn overgenomen uit het procedureverslag dat is gemaakt door de behandelend interventiecardioloog. Op twee na zijn alle patiënten behandeld via de arteria radialis. Behandeling van een stenose is als succesvol gescoord als de reststenose < 30% was en er uiteindelijk sprake was van TIMI 3 flow. Als tijdens een procedure een laesie succesvol behan-

Tabel 2

Proceduregegevens van 155 patiënten	n	n%
Arteria radialis rechts	139	90
Arteria radialis links	14	9
Anders (a.femoralis/a. brachialis)	2	1
Eerste punctie succesvol	141	91
Catheterdiameter 6 Fr	126	81
Catheterdiameter 5 Fr	29	19
Aantal behandelde vaten		
1	131	85
2	24	15
3	0	0
Aantal geplaatste stents:		
0	3	2
1	89	57
2	46	30
3	14	9
4	2	1
5	1	1
CTO	19	12
Reststenose < 30%	150	97
TIMI 3 flow	150	97
Compleet succes	148	95
Partieel succes	2	2
Niet geslaagd	5	3
Dissectie	4	3
Angioseal	0	0
Aspirine® postprocedureel	148	95
Clopidogrel® postprocedureel	149	96
Coumadinederivaat postprocedureel	14	9
LWMH (low weight molecular heparin)	2	1
II/IIIa receptor blocker	21	1
Contrast (in ml):		
Minimum	25	
Maximum	500	
Gemiddeld	144,7	±86,6
Proceduredtijd (in minuten)		
Minimum	6	
Maximum	129	
Gemiddeld	33,5	±22,5

Gepresenteerde data zijn gemiddelden ± SD of aantallen.
CTO = Chronisch Totale Occlusie; Fr = French

deld was en een andere laesie niet, is de procedure gescoord als partieel geslaagd. Dit gebeurde ook als een laesie gedeeltelijk succesvol behandeld was, zoals wanneer stentplaatsing niet slaagde, maar ballondilatatie wel.

Het gebruikte contrastmiddel was Visipaque®. De aangegeven hoeveelheid contrastvloeistof betreft de tijdens de hele procedure toegediende hoeveelheid.

De proceduretijd is gemeten vanaf het moment van de punctie tot en met het moment van het verwijderen van de arteriële sheath. De proceduregegevens worden getoond in tabel 2.

Postprocedureel verblijf dagbehandeling

Postprocedurele gegevens over het verblijf op de loungeafdeling en ontslagmedicatie zijn overgenomen uit de ontslagbrief die is gemaakt door de verpleegkundig specialist of arts-assistent.

Een nabloeding uit de punctieplaats is beschreven als bloeding uit de toegangsweg. Een subcutane bloeding waarvoor een extra drukverband werd aangelegd, als een andere bloeding. Pijn op de borst is alleen geregistreerd bij patiënten met angina pectoris klachten na de PCI, wanneer die onveranderd zijn of toegenomen ten opzichte van de klachten die patiënten tijdens de procedure hebben ervaren. Alleen dan werd een ECG gemaakt. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen pijn op de borst waarbij ECG-veranderingen optraden, en pijn op de borst waarbij dit niet het geval was. Postprocedurele gegevens worden getoond in tabel 3.

Follow-up

De 48 uren follow-up gegevens zijn verkregen door de telefonische enquête.

In totaal zijn 155 patiënten tussen de 3^e en de 5^e dag na de behandeling gebeld. Als patiënten niet bereikt werden, volgde een tweede poging op een andere dag. Na de derde poging is een brief gestuurd waarin de patiënt verzocht werd om zelf contact op te nemen. Uiteindelijk zijn alle patiënten bereikt en is de respons dus 100%.

Aan patiënten is gevraagd of ze tijdens de eerste 48 uur na behandeling klachten hadden gehad, en hoe deze klachten optraden. Ook is gevraagd

wat voor actie ze hierop ondernomen hadden, wat daarvan het resultaat was en of ze hiervoor medische hulp hadden ingeroepen en van wie. Als dit het geval was, werd gevraagd welke actie de hulpverlener ondernomen had en wat het resultaat daarvan was. Alle telefoongesprekken zijn door de verpleegkundig specialist gevoerd. Van patiënten die binnen 48 uur na behandeling opnieuw opgenomen werden, zijn de medische gegevens opgevraagd. De verzamelde gegevens zijn opgeslagen in een database.

Respons

Uit de respons op de telefonische enquête blijkt dat zeven van de 155 patiënten (4.5%) binnen 48 uur na PCI contact zochten met een medisch hulpverlener. Het ging daarbij om allergische klachten, bloedingen en thoracale pijn.

Allergie

Vier patiënten kregen rode huiduitslag, lokaal beginnend maar snel generaliserend. Bij alle patiënten begon dit 's avonds na de behandeling en namen de klachten gedurende de nacht toe. Eén patiënt was hierbij duizelig en misselijk; hij werd voor een nacht opgenomen en intraveneus behandeld met Tavegil® en Dexamethason. De drie overige patiënten met huiduitslag zochten binnen 48 uur contact met hun huisarts. Bij één van hen trad ook zwelling in het gezicht op. Ze kregen Prednison of Tavegil® tabletten voorgeschreven, waarna de klachten snel afnamen. Er waren bij deze patiënten geen recente medicatiewijzigingen, zodat een allergische reactie op de tijdens de PCI toegediende contrastvloeistof het meest waarschijnlijk is. Twee patiënten waren bekend met contrastallergie en hadden daarom tijdens de procedure Prednison en

Tavegil® toegediend gekregen. Tijdens de opnameperiode hadden ze geen tekenen van allergische reactie vertoond.

Bloeding

Bij één patiënt trad de dag na PCI een zwelling op bij de clavicula. De volgende morgen ontstond een grote blauwe plek op de borstkas, waarvoor de patiënt de huisarts consulteerde. De plek werd geduid als een bloeding ten gevolge van een beschadiging door de catheter. Hierop vond overleg plaats met de eigen cardioloog van de patiënt, die een expectatief beleid adviseerde. De klachten waren na drie dagen sterk verminderd. Deze patiënt was behandeld via de linker arteria radialis en gebruikte Aspirine® en Clopidogrel®.

Eén patiënt kreeg de avond na de PCI een gezwollen en hard aanvoelende onderarm aan de kant van de punctie. De volgende morgen was een hematoom zichtbaar van de pols tot aan de elleboog. De tweede dag na de PCI bezocht hij hiermee de huisarts, die een subcutane bloeding constateerde en geen actie ondernam. De klachten waren na drie dagen verminderd. Bij deze patiënt was in het ziekenhuis geen zwelling aan de arm geconstateerd. De patiënt gebruikte Aspirine® en Clopidogrel®.

Thoracale pijnklachten

Eén patiënt bezocht binnen 48 uur na PCI de Spoedeisende Hulp van het OLVG vanwege pijn op de borst, later in combinatie met koorts en diarree. Hij werd een aantal uur op de Spoedeisende Hulp geobserveerd; er waren geen ECG-veranderingen en de hartenzymen bleven negatief. De klachten werden geduid als gastro-enteritis, mogelijk met pericardiale prikkeling na stentplaatsing of peri-

Tabel 3

Postprocedurele gegevens van 155 patiënten tijdens verblijf op lounge	n	n%
Loungeverblijf ongecompliceerd	147	95
Pijn op de borst postprocedureel met ECG-veranderingen	0	0
Pijn op de borst postprocedureel zonder ECG-veranderingen	2	1.5
Bloeding punctieplaats	1	0.5
Subcutane bloeding	5	3
Gepresenteerde data zijn aantal patiënten. ECG= electrocardiogram.		

Tabel 4 Gegevens medische hulpverlening binnen 48 uur van 7 patiënten.

Patiënt	Geslacht	Leeftijd	Moment optreden klacht	Aard van Klacht	Interventie	Uitkomst
1	m	70	8-12 uur na PCI	huiduitslag misselijkheid	Prednison® Tavegil® duizeligheid	Na 3 dagen klachtenvrij i.v.
2	m	59	8-12 uur na PCI	huiduitslag jeuk	Prednison® p.o.	Na 3 dagen klachtenvrij
3	m	48	8-12 uur na PCI	jeuk huiduitslag opgezwollen gezicht	Tavegil® p.o.	
4	m	81	12-24 uur na PCI	zwelling tpv clavicula/ 8 uur later blauwe plek op thorax	huisarts bezocht; geen actie	Na 3 dagen zwelling en blauwe plek sterk verminderd
5	v	88	8-12 uur na PCI	jeuk huiduitslag	Tavegil® p.o.	Na 3 dagen klachtenvrij
6	m	64	12-24 uur na PCI	pijn op de borst	observatie eerste hulp enzymen vervolgd ECG	enzymen – ecg onveranderd diagnose: gastroenteritis mogelijk pericardiale prikkeling dd pericarditis
7	m	73	8-12 uur na PCI	zwelling arm: onderarm hard en dik, later blauw van pols tot elleboog	huisarts bezocht; geen actie	Na 3 dagen klachten sterk verminderd

Gepresenteerde data zijn aantal patiënten.

carditis. Genoemde incidenten zijn gerangschikt in tabel 4.

Hulp ná 48 uur

Ook de gegevens van patiënten die later dan 48 uur na behandeling contact met een medisch hulpverlener zochten, zijn genoteerd. Hier is voor gekozen omdat dit in het geval van ernstige complicaties belangrijke informatie zou zijn. Deze gegevens zijn niet meegeteld voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Bij één patiënt deed zich op de vierde dag na de PCI een acute stenttrombose voor, waarvoor een spoed re-PCI noodzakelijk was.

Onder de patiënten die zelf geen medische hulp inriepen, was één patiënt die drie dagen na behandeling huiduitslag en urticaria kreeg na het starten van Clopidogrel®. Tijdens het telefoongesprek meldde deze patiënt het medicijn gestaakt te hebben, wat risico geeft op acute stenttrombose. Na telefonisch advies tijdens het follow-up gesprek, heeft de patiënt het

gebruik hervat en de dermatoloog bezocht.

Een andere patiënt meldde tijdens het follow-up gesprek herkenbare cardiale klachten in rust te hebben. Hem werd geadviseerd met spoed contact op te nemen met zijn eigen cardioloog. Deze patiënt bleek opnieuw voor percutane coronaire interventie in aanmerking te komen.

Beperkingen

De baselinegegevens van 155 patiënten zijn onder andere overgenomen uit de medische correspondentie van de verwijzend cardioloog. De variatie in deze brieven is groot, zodat niet alle informatie compleet is. Onder de groep van zeven patiënten die binnen 48 uur medische hulp inriep, is geen trend waarneembaar. Dit zou bij een grotere groep onderzochte patiënten wellicht wel het geval kunnen zijn.

Hoewel het een positieve bevinding is dat het aantal patiënten dat hulp inriep klein is, kan op basis van deze bevindingen geen uitspraak worden gedaan over welke patiënten een

hoger risico lopen op complicaties binnen 48 uur.

Veel patiënten vertelden tijdens het telefoongesprek dat ze erg tevreden waren over de behandeling. Omdat het follow-up gesprek plaatsvond met een van de zorgverleners, is het niet ondenkbaar dat dankbare patiënten hun klachten enigszins bagatelliseerden.

Conclusies

Van de 155 patiënten die in het OLVG een poliklinische PCI ondergingen tussen

1 januari en 31 maart 2010, deden zeven patiënten binnen 48 uur een beroep op medische hulpverlening. Dit gebeurde vanwege allergische reacties, bloedingen en thoracale pijnklachten.

De incidentie hiervan is laag; 95.5% van de patiënten ondervindt geen problemen na ontslag. Dit komt overeen met de bevindingen in de literatuur waaruit blijkt dat poliklinische PCI veilig is. Er is geen trend waarneembaar in de kenmerken van patiënten

die medische hulp zochten, op basis waarvan een verdere analyse naar het verfijnen van de criteria voor ontslag of klinisch verblijf zou moeten plaatsvinden. Levensbedreigende complicaties deden zich binnen 48 uur na ontslag niet voor. Uit dit onderzoek blijkt dat de in het OLVG gehanteerde opnametijd veilig is.

Aanbevelingen

In de toekomst kan onderzocht worden of een postprocedurele observatietijd van vier uur in plaats van zes uur tot dezelfde uitkomsten leidt.

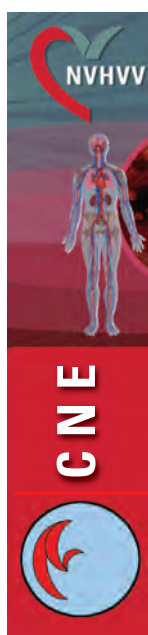
Om inzicht te krijgen of bepaalde patiënten meer risico's lopen op complicaties, zou een grotere groep onderzocht moeten worden.

Op de afdeling dagbehandeling van het OLVG vindt een ontslaggesprek plaats tussen patiënt en verpleegkundig specialist. De patiënt wordt geïnstrueerd hoe hij complicaties kan voorkomen en wanneer hij medische hulp moet invoeren. Omdat vier van de zeven patiënten die medische hulp inriepen dit deden vanwege een allergische reactie op waarschijnlijk het gebruikte contrastmiddel, verdient het aanbeveling dit aspect op te nemen in het ontslaggesprek.

Veel patiënten zeiden de telefonische follow-up op prijs te stellen. Bij twee patiënten is mogelijk een ernstige complicatie voorkomen door telefonisch advies. Het standaard opnemen in de zorg van een telefonische follow-up lijkt dus nuttig en kan de huidige zorg verbeteren. 

Literatuur

- Jolly SJ, Amlani S, Hamon M, Yusuf S, Phil D, Mehta S. Radial versus femoral access for coronary angiography or intervention and the impact on major bleeding and ischemic events: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Am Heart J* 2009; 157: 133-140.
- Amoroso G, Laarman GJ, Kiemeneij F. Overview of the transradial approach in percutaneous coronary intervention. *J Cardiovasc Med* 2007; 8:230-237.
- Lai C, Chou C, Liu T, Chan R. Complex Regional Pain Syndrome after Transradial Cardiac Catheterization. *J Chin Med Assoc* 2006; 69:179-183.
- Park K, Chung J, Chang S, Kim K, Chung W, Chae I. Two cases of mediastinal hematoma after cardiac catheterization: A rare but real complication of the transradial approach. *Int J of Card* 2008; 130:89-92.
- D., Webber S, Owens P. Adverse local reactions to the use of hydrophilic sheaths for radial artery cannulation. *Int J of Card* 2008; 11:117-120.
- Chambers C, Dehmer G, Cox D, Harrington R, Babb J, Popma et al. Defining the Length of Stay Following Percutaneous Coronary Intervention: An Expert Consensus Document From the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *Cath and Card Vasc Interv* 2009; 73:847-858.
- Kiemeneij F, Laarman GJ, Slagboom T, Wieken R vd. Outpatient Coronary Stent Implantation. *JACC* 1997; 29:323-327.
- Slagboom T, Kiemeneij F, Laarman GJ, Wieken R vd. Outpatient Coronary Angioplasty: Feasible and Safe. *Cath and Card Vasc Interv* 2005; 64:421-427.
- Wiper A, Kumar S, MacDonald J, Roberts D. Day Case Transradial Coronary Angioplasty: A Four-Year Single-Center Experience. *Cath and Card Vasc Interv* 2006; 68: 549-553.
- Small A, Klinker P, Della Siega A, Fretz E, Kinloch D, Mildenerberger R et al. Day procedure intervention is safe and complication free in higher risk patients undergoing transradial angioplasty and stenting. The discharge study. *Cath and Card Vasc Interv* 2007; 70:907-912.
- Bertrand O, Rodes-Cabau J, Larose E, Proulx G, Gleeton O, Nguyen C et al. Early and Late Outcomes in Patients Excluded From Same-Day Home Discharge After Transradial Stenting and Maximal Antiplatelet Therapy. *Cath and Card Vasc Interv* 2008; 72:619-625.
- Heyde G, Koch K, Winter RJ de, Dijkgraaf M, Klees M, Dijkstra et al. Randomized trial comparing same-day discharge with overnight hospital stay after percutaneous coronary intervention: results of the Elective PCI in Outpatient Study (EPOS). *Circ* 2007; 115:2299-306.
- Jabara R, Gadesam R, Pendyala L, Chronos N, Crisco L, King S et al. Ambulatory discharge after transradial coronary intervention: Preliminary US single-center experience (Same-day TransRadial Intervention and Discharge Evaluation, the STRIDE Study). *Am Heart J* 2008; 156:1141-6.
- Cronin S, Freeman L, Ryan G, Drake D. Recovery After Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: Assessment After Discharge. *Crit Care Nurse* 2000; 20:1-7.
- Lauck S, Johnson J, Ratner P. Self-care behaviour and factors associated with patient outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *Eur J of Card Vasc Nursing* 2009; 8:190-199.
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek CCMO. (Document op het internet). Geraadpleegd op 1 februari 2010. Beschikbaar vanaf: <http://www.CCMO-online.nl>



Programma 2011

9 september 2011

CNE ICD

Programma volgt z.s.m., Utrecht

20 september 2011

CNE Vascular Care

Hypertensie en dyslipidemie, Utrecht

7 oktober 2011

CNE Hartrevalidatie

Hartrevalidatie bij een ICD-patiënt, Utrecht

Kosten:

NVHVV leden: € 50,-

Niet-leden: € 99,- (inclusief een jaar lidmaatschap NVHVV)

Accreditatie:

Alle CNE's zijn door de NVHVV geaccrediteerd

Meer informatie, aanmeldingen en routebeschrijving:

www.nvhvv.nl – NVHVV Opleidingen

Hieronder vindt u de casus van een 39-jarige vrouw die sinds enkele maanden last heeft van toenemende kortademigheid bij inspanning. Ook is er aanhoudende pijn op de borst. 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

Wat ziet u op het elektrocardiogram?

Een jonge vrouw met progressieve kortademigheid

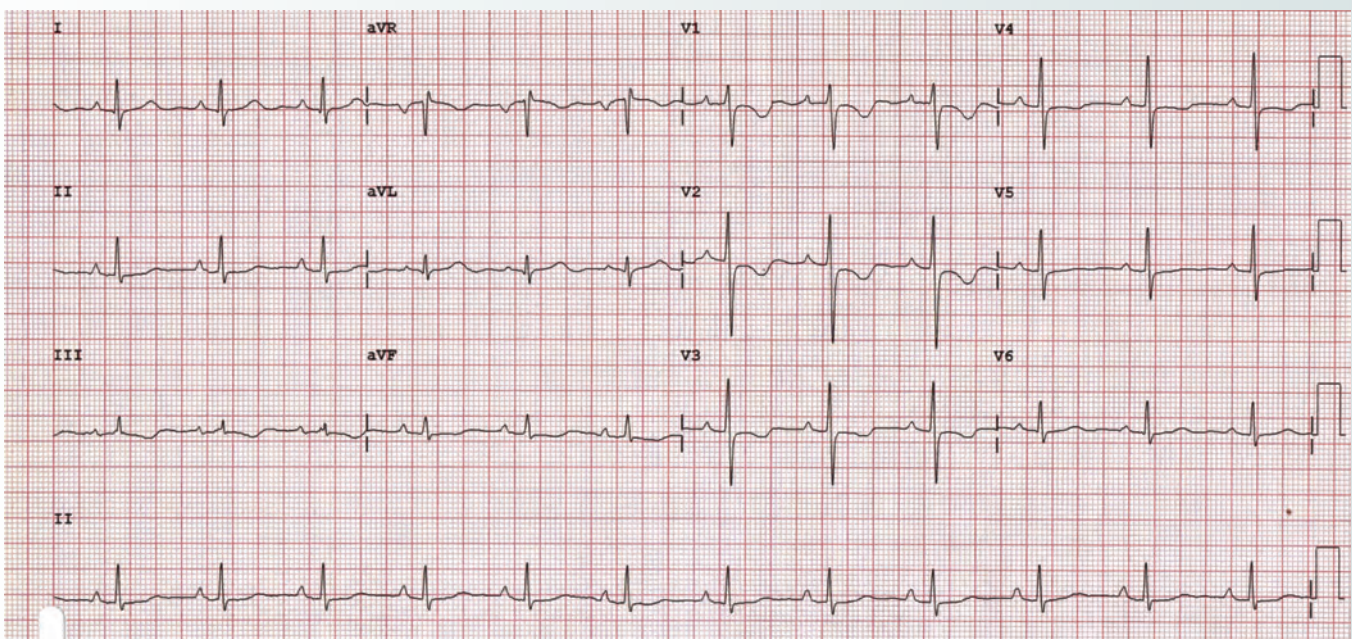
Casus:

Een 39-jarige vrouw met een blanco cardiale voorgeschiedenis heeft sinds enkele maanden toenemende kortademigheid bij inspanning. Vooral traplopen en rondwandelen in het huis gaan stukken moeizamer. Ze is duidelijk gehinderd in het dagelijks leven. Ook zijn er klachten over aanhoudende pijn op de borst die zomaar kan optreden en dan spontaan weer wegzakt. De tractus anamnese is verder niet bijdragend. Bij opname is er geen medicatiegebruik. Risicofactoren voor hart- en vaatziekten bestaan uit een belaste familieanamnese; de moeder heeft op 50-jarige leeftijd een PCI-behandeling ondergaan voor angina pectoris. Bij lichamelijk onderzoek zien we een niet acuut zieke en in rust niet kortademige patiënte. Haar lengte is 160 cm en ze weegt 94 kg. De bloeddruk meet 140/60 mmHg bij een pols van 80 per minuut regulair en aequaal. De halsvenen zijn gestuwd. Over het hart

een luide tweede toon met een zacht (graad 1-2 over 6) systolisch hartge-ruis parasternaal links. Over de longen normaal ademgeruis zonder bijgeluiden. Aan de extremiteiten geen oedeem. Het gemaakte elektrocardiogram ziet u in figuur 1. Een eerder verrichte coronairangiografie vanwege aanhoudende borstpijnklaften liet normale coronairen zien. Echocardiografie toont een normale linkerventrikelfunctie, een matige rechterventrikelfunctie met een matige tricuspidalisklepinsufficiëntie. Er zijn geen aanwijzingen voor intracardiale shunts. Een geschatte rechterventrikel systolische druk van 74 mmHg. De vena cava is wijd zonder respiratoire variatie. Bij rechtscatheterisatie een systolische arteria pulmonalis (PA) druk van 90 mmHg, een wiggedruk van 10 mmHg. De cardioloog besluit tot aanvullend onderzoek en behandeling. 

Vragen:

1. Wat ziet u op het elektrocardiogram (ECG) in figuur 1?
2. Wat zijn klassieke kenmerken op het ECG voor rechterkamerhypertrofie (RVH) en waarom is er zoveel verschil in de ECG-afwijkingen bij RVH?
3. Wat valt er op aan de echocardiografie? Wanneer spreken we van pulmonale hypertensie?
4. Welke classificatie voor pulmonale hypertensie kent u?
5. Welk aanvullend onderzoek en behandeling zal de cardioloog uitvoeren?
6. Wat is uw conclusie aan de hand van het verhaal en het ECG?



Figuur 1: ECG (25 mm/s)

Sinds 2007 is de secundaire preventie van nieuwe vaatpatiënten in het UMC St. Radboud volgens de zorgstandaard vasculair risicomanagement georganiseerd. Het betreft een multidisciplinaire en specialismen overstijgende werkwijze, waarbij de patiënt centraal staat. In dit artikel vindt u een beschrijving van de opzet, aanpak en werkwijze van het Vaatcentrum. Ook de belangrijke rol die de verpleegkundige bij deze aanpak heeft, komt aan bod.

Angelien Sieben, verpleegkundig specialist vaatchirurgie
Saskia Exters, verpleegkundige neurologie
Marielle Hartzema, verpleegkundige cardiologie
Marielle Tesser, verpleegkundige interne geneeskunde
Floortje Agema, projectbegeleidster
Bas Bredie, Internist/vasculair geneeskundige
Allen werkzaam in het UMC St Radboud

E-mail: a.sieben@chir.umcn.nl

Multidisciplinair en specialismen overstijgende samenwerking

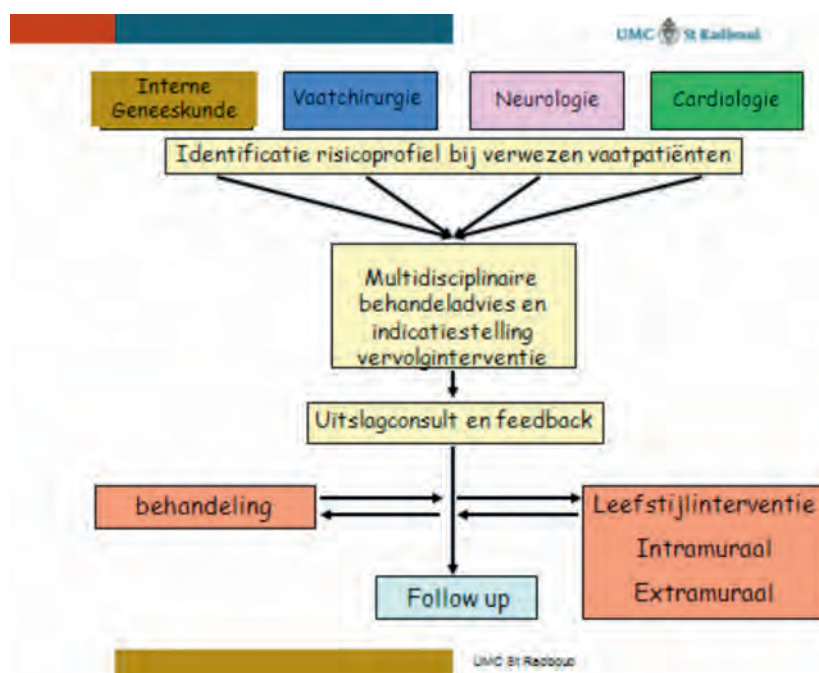
Vaatcentrum in UMC St Radboud stelt patiënt centraal

Inleiding

Het Vaatcentrum in het UMC St. Radboud is in 2007 opgericht. Inmiddels heeft het centrum een herkenbare plek gekregen binnen de zorg voor patiënten met manifestaties van atherosclerotisch vaatlijden. Het unieke van de aangeboden zorg is de integrale aanpak, waarbij traditionele schotten tussen specialismen zijn doorbroken en multidisciplinaire samenwerking in al haar facetten vorm heeft gekregen. De patiënt staat hierbij steeds centraal. Het team van het Vaatcentrum bestaat uit medisch specialisten, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten van de afdelingen algemeen interne geneeskunde (vasculaire geneeskunde), neurologie, heilkunde (vaatchirurgie) en cardiologie (zie afbeelding 1).

Onze *mission statement* is dat elke patiënt in ons ziekenhuis die in aanmerking komt voor preventieve vaat-zorg, deze ook daadwerkelijk krijgt aangeboden. Sinds de oprichting van ons Vaatcentrum streven wij steeds naar:

- Structurele screening, behandeling en evaluatie van bereikte resultaten bij alle vaatpatiënten binnen het UMC St. Radboud.
- Aanstelling van één centrale zorgverlener en één aanspreekpunt voor het behandeltraject van de individuele vaatpatiënt.
- Elektronische patiëntenregistratie ter ondersteuning van werkwijzen en zelfmanagement.



Afbeelding 1: Weergave Vaatcentrum

Het Vaatcentrum heeft de preventieve vaatzorg georganiseerd volgens de indicatoren voor goede zorg, zoals die genoemd worden in de zorgstandaard vasculair risicomanagement (VRM) volgens het Chronic Care Model¹. Hierbij gaat het om de mate en wijze waarop zelfmanagement wordt ondersteund, hoe het totale zorgproces eruit ziet en op welke wijze beslissingen van de patiënt worden ondersteund. Hoe dat in zijn werk gaat, leest u hieronder.

Bijzonder ontwerp zorgproces

De patiënt wordt bij zijn eigen specialisme gescreend. Hij hoeft hiervoor niet naar een andere locatie binnen het ziekenhuis te gaan. De screening bestaat uit het thuis (eventueel digitaal) invullen van een vaatvragenlijst, die ingaat op de huidige klachten en andere vaatklachten (met behulp van de ROSE questionnaire)². Daarnaast wordt een gevalideerde leefstijlvragenlijst afgenomen³, die ook de motivatiescore tot verandering bepaalt. Tijdens het polibezoek worden lengte,

gewicht en buikomtrek bepaald en 3 keer liggend de bloeddruk (na minimaal 5 minuten rust) gemeten, waarvan 1 keer links en rechts en hierna ook 1 keer staand. Er vindt aanvullend bloedonderzoek plaats, zoals nuchter lipidspectrum, glucose (HbA1c op indicatie), kreatinine en kalium. De urine wordt onderzocht op eiwit/kreatinine ratio. Ook wordt er een elektrocardiogram (ECG) gemaakt en een 24-uurs ambulante bloeddrukmeting verricht.

Daarnaast wordt er een duplex van de aorta bij mannen boven de 55 jaar en een duplex carotiden verricht bij mannen tussen de 65 en 75 jaar. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het effectief is om binnen deze populatie een aneurysma en carotidenstenose screening te verrichten⁴. Deze data worden op dit moment geanalyseerd om vast te stellen of deze effectiviteit opnieuw bereikt wordt.

Op basis van de uitkomsten van de screening geeft de multidisciplinaire Therapie Advies Groep (TAG) op maat

gesneden adviezen. De TAG bestaat uit een vasculair geneeskundige, een cardioloog en de verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten van elk deelnemend specialisme. De adviezen zijn gebaseerd op de richtlijn cardiovasculair risicomanagement 2006⁵, waarbij de patiënt steeds centraal staat. Wekelijks worden de nieuwe gescreende patiënten besproken.

iVAZ

De evaluatie met de patiënt - van het totale cardiovasculaire risicoprofiel, inclusief een analyse van de leefstijlfactoren en de adviezen vanuit de TAG - vindt plaats op de polikliniek van het specialisme van de geconstateerde vaataandoening. De verpleegkundige of verpleegkundig specialist bespreekt deze analyse met de patiënt en stelt vervolgens samen met de patiënt het individuele zorgplan op. Dit individuele zorgplan is voor zowel patiënt als verpleegkundige terug te vinden in het elektronische Interactief dossier VAatZorg (iVAZ). Dit is integraal

gekoppeld aan het Elektronische Patiënten Dossier (EPD) van het ziekenhuis en dient ook als wetenschappelijke database (zie afbeelding 2). Daarnaast zijn uitdraaiën met alle screeningsresultaten, leefstijlanalyse en behandeladviezen beschikbaar voor de papieren medische status en de patiënt. De specialist van het geconstateerde vaatprobleem, bijvoorbeeld de cardioloog of vaatchirurg, blijft gedurende het gehele screenings- en behandelingsproces van de preventieve vaatzorg de hoofdbehandelaar.

Leefstijlinterventie

Het leefstijlinterventieprogramma kan onderdeel van het individueel zorgplan zijn. De patiënt beslist tijdens het opstellen van het individuele behandelplan of hij hieraan deel wil nemen. Dit programma vormt een belangrijk onderdeel van het vervolgtraject. Elk specialisme kent verpleegkundige leefstijlinterventiesprekken, waar met behulp van motiverende gespreksvoering gestandaardiseerde

Afbeelding 2 Screeningsresultaten en behandeladvies van casuïstiek weergegeven in iVAZ

interventies worden uitgevoerd ten behoeve van stoppen met roken en reductie van overgewicht. De verpleegkundigen die deze interventies uitvoeren zijn getraind in motiverende gespreksvoering. Het zijn dezelfde verpleegkundigen die ook de screening uitvoeren en het behandelplan met de patiënt opstellen. Ter ondersteuning van de interventies zijn interventiekaarten ontwikkeld, waarop stap voor stap het interventieproces staat beschreven. Daarnaast is aangegeven wat van de patiënt en de verpleegkundigen wordt verwacht. Vorderingen en veranderingen in risicofactoren en leefstijl worden regelmatig geëvalueerd met de patiënt en zo nodig met de hoofdbehandelaar. De frequentie wordt in grote lijnen bepaald door de interventiekaart, maar kan worden aangepast aan de behoeften van de individuele patiënt. Gemiddeld vinden er drie contacten en drie telefonische consulten plaats bij de verschillende interventies.

Centrale rol verpleegkundige

Afhankelijk van het specialisme en de andere werkzaamheden die de verpleegkundige of verpleegkundig specialist binnen dit specialisme heeft, is er gekozen voor een verpleegkundige of verpleegkundig specialist als centrale zorgverlener. Die is deskundig binnen het specialisme wat betreft de primaire klacht van de patiënt en is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en voor de andere zorgverleners met betrekking tot het VRM. Er zijn regelmatig scholingen en cursussen om goed op de hoogte te blijven van alle nieuwe ontwikkelingen binnen het cardiovasculair risicomanagement. De verpleegkundige of verpleegkundig specialist bewaakt de afstemming van de afspraken over de behandeling en ziet erop toe dat de afspraken aansluiten op de behoeften van de patiënt. Ook zorgt hij ervoor dat de afspraken, zoals vastgelegd in het zorgplan, worden nageleefd. Aan het eind van elk contact wordt zo nodig een vervolgspraak gemaakt. Deze intensieve vorm van zorg kan meestal na een paar maanden worden afgebouwd. Het streven is om na een jaar het cardiovasculaire risicomanagement weer over te dragen naar de eerste lijn. Mochten de streefwaarden,

Een casus

Een 45-jarige patiënt presenteert zich met een STEMI op de SEH. Patiënt ondergaat een PTCA met stentplaatsing. Medicamenteuze behandeling bestaat uit metoprolol 1 dd 50mg, acetylsalicylzuur 1 dd 80mg, clopidogrel 1 dd 75mg en atorvastatine 1 dd 10mg.

Na 3 weken verschijnt de patiënt op de polikliniek van het Vaatcentrum. De verpleegkundige neemt de anamnese af, verricht lichamelijk onderzoek en er worden onderzoeken gedaan waaronder bloed en urine afname, ECG, 5x manueel bloeddruk meten en een 24-uurs ABPM. Ook vult de patiënt voor de screening een leefstijlvragenlijst in over risicofactoren met daarbij per onderwerp een motivatiescore. Alle resultaten worden ingebracht in de TAG-bespreking. Na 3 weken krijgt de patiënt een gesprek waarin de uitslag van de TAG wordt besproken (zie afbeelding 2). Tijdens dit gesprek wordt naar aanleiding van onder andere de leefstijlvragenlijst en de motivatiescore in samenspraak met de patiënt een behandelplan gemaakt. Bij deze casus wordt in verband met familiale hypercholesterolemie een familiale screening gestart. Bij het uitslaggesprek is ook de cardioloog betrokken en worden TAG-adviezen met betrekking tot medicatie uitgevoerd. De verpleegkundige spreekt bloedonderzoek af (onder andere nier- en leverfuncties). Tijdens elk volgend polibezoek worden bijwerkingen van medicatie en compliance besproken.

De patiënt heeft in 1 jaar 7 consulten op de leefstijlpolikliniek gehad voor gewichtsreductie en het stoppen met roken volgens de L-mis met behulp van motiverende gespreksvoering. De patiënt is inmiddels een half jaar gestopt met roken. Patiënt kreeg ook adviezen om niet in gewicht aan te komen tijdens het stoppen met roken. Nadat de patiënt 4 maanden was gestopt met roken en wederom aangaf te willen afvallen is de gewichtsinterventie gestart. Patiënt beweegt nu volgens de CBO-richtlijnen en voedingsadvies is besproken met behulp van de leefstijlvragenlijst en richtlijnen gezonde voeding van het voedingscentrum. Afsluiting na een jaar laat zien dat het LDL cholesterol is gedaald naar 2,4 en het HDL is gestegen naar 1,33. BMI is nu 27 en de buikomvang 94 cm. De bloeddruk is 122/78 mmHg. Patiënt is terugverwezen naar de huisarts.

zoals besproken bij de TAG, nog niet behaald zijn, dan kan de patiënt in overleg met de hoofdbehandelaar langer onder controle blijven. Bij die specialismen waar een verpleegkundig specialist de zorg uitvoert, omvat de follow-up een totaal zorgplan. Controle van de vaatziekte, bijvoorbeeld groei van een aneurysma of terugkeer van angina pectoris, gaat samen met optimaal cardiovasculair risicomanagement. Hiertoe behoren ook de leefstijlinterventies en veranderingen in medicatie voor bijvoorbeeld hypertensie. Die vinden plaats tijdens een reguliere controle in overleg met de patiënt.

Beslissingsondersteuning

De adviezen die in de TAG worden gegeven, zijn geënt op de laatste evidence based richtlijnen die beschreven staan in de CBO richtlijnen⁵, en op de inzichten van de verschillende specia-

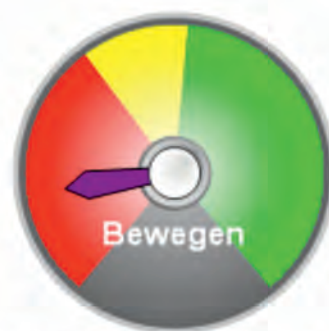
listen (zoals de screening op aneurysma's). De risicofactoren worden gezamenlijk beoordeeld, met oog voor de patiënt met zijn vaataandoening en comorbiditeit. Verder wordt gestreefd naar het stellen van diagnoses die de mate of het ontstaan van de vaatziekte verklaren. Is er sprake van een primaire stoornis in het lipidenmetabolisme of is er sprake van secundaire hypertensie? Ook worden risicofactoren gecombineerd (bijvoorbeeld het metaboolsyndroom) en worden de adviezen aangepast en toegesneden op de situatie van de patiënt. De inbreng van de verpleegkundige is hierbij van essentieel belang, omdat die de persoonlijke situatie van een patiënt het beste kent en de adviezen kan laten aansluiten op de wensen van de patiënt. Als een patiënt bijvoorbeeld eerst wil stoppen met roken en dan pas wil afvallen, wordt dit meegenomen in de besluitvorming.



Let op: Uw bloeddruk is te hoog.



U bent matig verslaafd aan nicotine.



U beweegt veel te weinig.

Afbeelding 3 Digitale leefstijlmeters in iVAZ (gerelateerd aan casuïstiek)

Ondersteuning zelfmanagement

Zoals hierboven beschreven, sluit de huidige werkwijze geheel aan op de zorgstandaard vasculair risicomanagement. Naast uniforme screening op risicofactoren (inclusief de leefstijlfactoren), stimuleert de verpleegkundige als coördinator van zorg, in samenwerking met de overige zorgverleners, de chronische zorg en het zelfmanagement van de patiënt. Door het geven van informatie en voorlichting en het toepassen van motiverende gespreksvoering wordt het zelfmanagement van de patiënt bevorderd. Er wordt gezamenlijk een zorgplan opgesteld met de adviezen uit de TAG als leidraad. De patiënt blijft echter leidend. Zowel in iVAZ als in het papieren medisch dossier is het gehele risicoprofiel en de actuele diagnose van de patiënt te vinden. Ook is het mogelijk voor de patiënt om thuis digitaal zijn risicoprofiel (bijvoorbeeld rookstatus) te bekijken. Metertjes geven visueel weer hoe de status van verschillende risicofactoren op dat moment is (zie casus en afbeelding 3). Uitslagen van metingen (gewicht, bloeddruk, glucose en/of cholesterol) en aanpassingen in leefstijl kunnen genoteerd worden en op die manier kan de patiënt zelf zijn gegevens actualiseren en direct de invloed op zijn risicoprofiel bekijken. Het is in iVAZ altijd te zien wie de wijziging doorvoert; de patiënt of de centrale zorgverlener. De patiënt kan ook digitaal contact leggen met het Vaatcentrum. Zo kan hij via e-mail vragen stellen, die door de verpleegkundige van het hoofdspecialisme van de patiënt worden beantwoordt.

Resultaten

Inmiddels is deze aanpak efficiënt en

succesvol gerealiseerd. Zoals bekend, is er bij vaatpatiënten vaak sprake van comorbiditeit. Onze aanpak beperkt het aantal extra polibezoeken ter beoordeling en behandeling van risicofactoren bij andere specialisten dan de hoofdbehandelaar tot een minimum, zonder dat de kwaliteit van de zorg er onder lijdt. De verschillende specialismen overleggen met elkaar over de screeningsresultaten vóórdat er een behandeladvies aan de patiënt gegeven wordt. Deze afstemming in het medisch en verpleegkundig beleid voorkomt dat de patiënt tegenstrijdige adviezen krijgt.

Database

Behalve een hulpmiddel in de directe patiëntenzorg is iVAZ ook een geschikte database voor wetenschappelijk onderzoek. Eind 2009 is er door statusonderzoek inzicht verkregen in

de mate waarin risicofactoren voor atherosclerose zijn gereduceerd één jaar na screening. Deze analyse laat zien dat de aanpak werkt, de zorgverleners enthousiast zijn, de patiënt meer betrokken en gemotiveerd is en dat behandeldoelen worden bereikt. Er zijn steekproefsgewijs 212 dossiers geanalyseerd, waarbij is gekeken naar de uitgangswaarden van de bloeddruk, lipidenprofiel, roken, overgewicht en glucose (zie tabel 1). Indien de streefwaarden volgens de CBO richtlijn⁵ nog niet behaald waren op het moment waarop de screening plaatsvond, is er in alle gevallen een advies uitgebracht in de TAG bespreking. Deze adviezen zijn op verschillende poliklinieken met de patiënten besproken en uitgevoerd. Vervolgens is er na een jaar gekeken naar een verbetering van de verschillende risicofactoren en het behalen van de streefwaarden. In

Resultaat vaatcentrum UMC St. Radboud Steekproef: N=212

Risico factor	Binnen streefwaarden baseline	Daling at follow up maar nog niet binnen streefwaarden	Streefwaarden behaald at follow up	Totaal binnen streefwaarden een jaar na baseline
Systolische bloeddruk > 140 mmHg	N=76 (36%)	N=30 (14%)	N=42 (20%)	N=118 (56%)
LDL cholesterol > 2,5 mmol/ltr	N=68 (32%)	N=25 (12%)	N=38 (18%)	N=106 (50%)
BMI > 25 kg/m ²	N=77 (36%)	N=30 (14%)	N=6 (3%)	N=83 (39%)
Roken	Niet rokers N=131 (62%)	n.v.t.	Niet rokers N=27 (13%)	Niet rokers N=158 (75%)

Tabel 1 Resultaten secundaire preventie Vaatcentrum UMC St. Radboud 2009

totaal zijn er 609 adviezen in de TAG bespreking uitgebracht (2,9 per patiënt). Na een jaar is er een verbetering van de systolische bloeddruk te zien van 34%. Wat betreft het LDL-gehalte is er een verbetering behaald van 30%. Het BMI is bij 17% van de patiënten verbeterd, waardoor uiteindelijk 39% van de populatie zich binnen streefwaarden bevindt. Het aantal niet-rokers in na een jaar met 13% toegenomen, waarmee het totaal aantal niet-rokers na een jaar op 75% komt.

Conclusie

Het Vaatcentrum kent sinds begin 2007 een gestructureerde aanpak van screening op cardiovasculaire risicofactoren bij patiënten met cardiovasculaire ziekten. Dit heeft geleid tot integrale zorg op multidisciplinair niveau binnen het UMC St. Radboud. De beste zorg verlenen aan cardiovasculaire patiënten was, is en blijft onze ambitie. In de zorgstandaard VRM komen expliciet eisen naar voren, die voor ons van essentieel belang zijn in het geven van die beste zorg. De rol van de verpleegkundige en verpleegkundig specialist is de zorg te coördineren en mogelijk uit te voeren. Dit door de patiënt te begeleiden via motiverende gespreksvoering en voorlichting, zodat die zelf de voor hem of haar juiste keuzes kan maken. Daarnaast zet de verpleegkundig specialist, onder supervisie van de behandelende arts, de voorgestelde medische behandeling in, waar mogelijk ook ten aanzien van de primaire vaatklacht van de patiënt. De patiënt ontvangt zo geïntegreerde, multidisciplinaire zorg binnen zijn eigen specialisme. Na een jaar is er verbetering van de verschillende risicofactoren tussen de 13% en 34% te zien, afhankelijk van de risicofactor. Hieruit blijkt dat er al goede resultaten behaald zijn, maar ons einddoel is nog lang niet bereikt.

Aanbevelingen

Ontwikkeling blijft belangrijk. Er lopen pilots met betere doorverwijsmogelijkheden bij complexe zorgvragen, zoals psychologische hulp bij mensen met ernstige obesitas, door een gestandaardiseerde vragenlijst voor eetgedrag. Een onderzoek naar patiënttevredenheid, gekoppeld aan

iVAZ, staat gepland voor de nabije toekomst. De mogelijkheid thuis digitale toegang te hebben tot iVAZ, bevordert naar verwachting het zelfmanagement van de patiënt. Het thuis inzien en actualiseren van het persoonlijke risicoprofiel zal het effect van de behandeling mogelijk vergroten. We zijn bezig om met een gerandomiseerd onderzoek dit verwachte effect ook aan te tonen.

Op dit moment worden interventies ontwikkeld die specifiek via de digitale route bij een patiënt kunnen worden toegepast, zoals het verbeteren van het voedingspatroon van patiënten met overgewicht. Belangrijk is om na te gaan welke aspecten de compliance van een digitaal interventieprogramma bevorderen en welke patiënten het meest geschikt zijn voor een dergelijke benadering. Daarnaast wordt samenwerking met de eerste lijn gezocht. In de huisartsenpraktijken zijn het vaak de praktijkondersteuners die de coördinatie van de zorg rondom de vaatpatiënten verzorgen. Er moet een goede overdracht komen naar deze praktijkondersteuners, waarin het zorgplan, de doelen en al uitgevoerde acties beschreven staan. We menen dat de zorg aan de vaatpatiënten het best ondersteund

wordt met een digitaal vaaddossier, waar zowel de patiënt als de tweede lijn en eerste lijn mee kunnen werken. De eerste verkennende stappen in deze richting worden zowel regionaal als landelijk op dit moment onderzocht. 

Literatuur

1. Zorgstandaard; Platform Vitale Vaten; Nederlandse Hartstichting; 2009.
2. Rose G. Variability of angina. Some implications for epidemiology. Br J Prev Soc Med. 1968 Jan;22(1):12-5.
3. Emmen MJ, Peters E, Elving LD, Bredie SJ, Wollersheim H, Bleijenberg G, Schippers GMA. Brief behavioral feedback intervention in hospital outpatients with a high cardiovascular risk. Patient Education Counseling. 2006; 60:32-40.
4. Kurvers HA, van der Graaf Y, Blankensteijn JD, Visseren FL, Eikelboom BC; SMART Study Group. Screening for asymptomatic internal carotid artery stenosis and aneurysm of the abdominal aorta: comparing the yield between patients with manifest atherosclerosis and patients with risk factors for atherosclerosis only. J Vasc Surg. 2003 jun;37(6):1226-33.
5. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Multidisciplinaire richtlijn : Cardiovasculair risicomanagement 2006. Utrecht; 2006.

Kwaliteitsregister

Het register voor de cardio-vasculair verpleegkundige.

Voor meer informatie en aanmelding zie www.nvhvv.nl onder de button "register".

Voor NVHVV-leden gratis, niet-leden betalen € 30,- per jaar.



Het tweedaagse congres van Venticare beleefde op 26 en 27 mei in de Utrechtse Jaarbeurs haar 25^e editie. Een jubileum dat ruim 1700 bezoekers trok. Naast vaste onderdelen, zoals een kennisquiz en reanimatiecompetitie, waren er volop lezingen en workshops. Met dit programma toonde Venticare opnieuw aan hét congres te zijn voor verpleegkundigen in de acute zorg.

Annelies Helsloot, IC-verpleegkundige ICCU, Erasmus MC

E-mail: a.helsloot@erasmusmc.nl

Fotografie: Stichting Venticare

Venticare bestaat 25 jaar

Congres Venticare 2011 in Utrecht

Inleiding

Omdat er in 1986 weinig mogelijkheden waren om je als IC-verpleegkundige bij te scholen, richtte een aantal IC-verpleegkundigen en IC-artsen de stichting Venticare op. Het eerste congres van de stichting richtte zich met name op beademing. Rond de driehonderd verpleegkundigen woonden destijds de 25 lezingen bij. Dit succes was het begin van een jaarlijkse traditie. En dat niet alleen, want stichting Venticare besloot haar activiteiten te verbreden met het uitgeven van een aantal praktijkgerichte boeken. In de loop der jaren is het congres van Venticare uitgegroeid tot hét toonaangevende tweedaagse congres voor verpleegkundigen in de acute zorg in Nederland en Vlaanderen. Dit jaar werd op 26 en 27 mei het 25-jarig jubileum gevierd. Ruim 1700 bezoekers waren naar het Jaarbeurs Congrescentrum in Utrecht gekomen om dit mee te maken. Naast dit feestelijke tintje was het programma weer goed gevuld met lezingen en work-

shops, die de bezoekers voldoende gelegenheid boden om hun kennis en vaardigheden te testen en om nieuwe kennis en ideeën op te doen.

Competitie

Het congres van Venticare heeft altijd een aantal vaste onderdelen, waaronder de competitie-elementen. Zo wordt er sinds enkele jaren een kennisquiz gehouden. In de finale streden dit jaar de teams van het Admiraal de Ruijter Ziekenhuis uit Goes, het OLVG uit Amsterdam en het St. Antonius Ziekenhuis uit Nieuwegein om de hoofdprijs. Het team uit Goes kwam als winnaar uit de bus.

Ook de jaarlijkse reanimatiecompetitie had dit jaar een klein ziekenhuis als winnaar. Het team van het Scheper Ziekenhuis uit Emmen versloeg uiteindelijk de teams van het St. Antonius uit Nieuwegein en het UMC Utrecht in een spannende eindstrijd. Verder was het aanbod aan lezingen zeer groot en divers, zodat het voor veel bezoekers erg moeilijk was hier-

uit een keuze te maken. Maar gelukkig zijn veel lezingen en presentaties binnenkort beschikbaar op de website van Venticare. Iedereen die het congres heeft gemist of gewoon wil weten waar de andere lezingen over gingen, kan hier terecht. In dit congresverslag kunt u een impressie lezen van enkele interessante sessies die ik heb bijgewoond.

Veiligheid Management Systeem

De veranderingen in de maatschappij en de gezondheidszorg maken het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in de ziekenhuizen belangrijk. In deze sessie legde Miriam Kroeze (projectleider VMS uit Utrecht) uit wat het VMS is en hoe het in de praktijk gerealiseerd kan worden. Mattie Lenzen (wetenschappelijk onderzoeker uit Rotterdam) liet zien hoe de ICCU van het Erasmus MC een VMS voor optimale zorg bij de behandeling van het acuut coronair syndroom (ACS) heeft geformuleerd. Een van de geformuleerde doelen is bijvoorbeeld dat iedere patiënt met een dreigend infarct binnen 90 minuten na het maken van het eerste ECG op de interventiekamer is. Daarnaast moet iedere patiënt voor ontslag met de juiste medicatie worden behandeld, zoals antistolling, bètablokkers, ACE-remmers en statines.

De juriste Jolanda van Boven (directeur juridisch bureau voor de gezondheidszorg) benadrukte dat protocollen, richtlijnen of aanbevelingen altijd juridisch bindend zijn. Het is erg belangrijk dat, mocht hiervan worden afgeweken, daarvan altijd met duidelijke argumenten in het dossier van de patiënt melding wordt gemaakt. Ook vertelde Van Boven dat tegenwoordig bij steeds meer zaken die voor de





tuchtrechter komen, meerdere disciplines betrokken zijn. In januari 2010 is er een “Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij de samenwerking in de zorg” gepubliceerd. Deze handreiking is ontwikkeld door de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst) in samenwerking met andere beroepsverenigingen en is op de website van de KNMG te vinden.

Breedcomplex tachycardie

Gerard Nijkerk en John Peringa (CCU verpleegkundigen en verpleegkundige docenten) uit Apeldoorn gaven een boeiende presentatie over de breedcomplex tachycardie. Tijdens hun wervelende presentatie over een op zich taai onderwerp pleitten zij voor het maken van een Lewis-ECG op het moment dat je geen p-toppen op het ECG kunt vinden. Dit in de vergetelheid geraakte ECG is erop gericht om de activiteit in de atria te beoordelen. Je kunt dit ECG maken door van de extremitetenafleidingen de electrode van de “rechter arm” op de tweede intercostaalruimte (rechts naast het sternum) te plaatsen en de electrode van de “linker arm” op de vierde intercostaalruimte rechts. De afleiding V1 mag op een willekeurige plaats gezet worden. Daarnaast moet het ECG van een dubbele ijk worden voorzien. Aan de hand van voorbeelden lieten Nijkerk en Peringa zien dat moeilijk te beoordelen ECG's met de aanvulling van een Lewis-ECG toch duidelijkheid geven.

Klinisch redeneren

In een interactieve presentatie pleitte

Ijbelien Jüngen (arts opleider OLVG Amsterdam) voor de toepassing van het klinisch redeneren in de cardiologie. Met een aantal praktijkvoorbeelden maakte ze duidelijk dat het snel tot een conclusie komen niet altijd goed uitpakt. Het is beter om steeds schematisch de anamnese af te nemen, om door te vragen en alle mogelijkheden af te wegen. Dan kom je wel tot de juiste diagnose. Een grote parate kennis is daarbij nodig. Als voorbeeld vertelde ze de casus van een patiënt, die niet aanspreekbaar was aangetroffen met grote ECG-veranderingen. De eerste gedachte was dat hij een hartinfarct doormaakte, maar bij doorzoeken bleek dat deze persoon een subarachnoidale bloeding had.

Delier

Op de IC worden we regelmatig geconfronteerd met patiënten die een delier hebben. De gevolgen van een delier zijn ernstig voor de patiënt en veroorzaken een langere ligduur op de IC. Ook de mortaliteit onder patiënten met een delier is hoger.

Er zijn diverse oorzaken voor het ontstaan van een delier, maar deze worden niet allemaal vroegtijdig herkend. Daarom is er een preventiemodel ontwikkeld waarin 10 variabelen gescoord worden. Met dit ‘pre-deliric-model’ kun je tot 90 procent zekerheid voorspellen of iemand wel of geen delier zal ontwikkelen. Er is ook onderzocht of de klinische blik van zorgprofessionals het ontstaan van een delier kan voorspellen. Hieruit bleek dat dit voor 50 procent betrouwbaar is.

Het gebruik van een delier-score is een

goede manier om de mentale toestand van de patiënt en het verloop daarvan, in de gaten te houden. Op de IC is het mogelijk om de Confusion Assessment Method for ICU (CAM-ICU) hiervoor te gebruiken. Voor patiënten op de verpleegafdeling bestaat de Delier Observatie Screening Schaal (DOSS).

De beste behandeling voor een delier is en blijft voorlopig Haldol. Zo nodig kan de dosering verminderd worden bij patiënten met nier- of leverfunctiestoornissen of bij mensen die ouder zijn dan tachtig. Het zorgen voor voldoende slaap, een goed dag- en nachtritme en een prikkelarme omgeving dragen bij aan het snel doen verdwijnen van een delier. Ook het aanbieden van een bril, een gehoorapparaat en wat spulletjes van thuis kan helpen, net zoals het zo snel mogelijk mobiliseren.

Als de patiënt gevaar loopt kan fixeren een optie zijn. In het najaar wordt er een vervolgcirculaire verwacht van het Instituut Geestelijke Gezondheidszorg (IGZ) over het wetsvoorstel zorg en dwang. De beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft een e-learning module over fixatie op haar website staan. Er bestaat ook een aparte website over fixeren: www.ban-de-fix.nl

Wie meer wil weten over het congres, kan binnenkort bijna alle presentaties terugvinden op de website van Venticare. Die van voorgaande jaren staan er al op. Daarnaast is ter gelegenheid van dit congres weer een Intensive Care Capita Selecta uitgegeven, een bundel met interessante artikelen van een aantal sprekers. Dit boekje is te bestellen op: www.venticare.nl



De patiënt als dirigent

Vrijdag 2 december 2011
Beatrixgebouw, Jaarbeurs Utrecht



Zie ook pagina 105 - 107

Geaccrediteerd
congres

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

In deze congresswijzer vindt u een beschrijving van 27 parallelsessies

27 parallelsessies

Sessie 1 ► Klinisch redeneren voor verpleegkundig specialist

Het klinisch redeneren voor de verpleegkundig specialist omvat het proces van het koppelen van eigen observaties en interpretaties aan medische kennis om zodoende de volgende stappen te kunnen maken naar een differentiaal diagnose, advies en behandeling. Dit wordt verduidelijkt aan de hand van casuïstiek.

Sessie 2 ► Het steunhart

Het steunhart; van implantatie tot transplantatie. Cijfers, complicaties, bijzonderheden en het dagelijks leven met een steunhart.

Sessie 3 ► Stoppen met roken

In de workshop over 'stoppen met roken' worden de werkwijzen van vraag-verwijs-advies en persoonlijke coaching toegelicht en vertellen verpleegkundigen over hun ervaringen. Daarnaast worden deze methoden beoefend en bediscussieerd.

Sessie 4 ► Snij sessie

Doe het zelf: anatomie van het hart. Na een korte presentatie kunt u onder deskundige leiding van een thoraxchirurg i.o. de scalpel ter hand nemen en de geheimen van het hart ontrafelen. Ontdek onder andere hoe het hartoortje en de diverse kleppen er in het echt uitzien.

Sessie 5 ► Ethische en wetenschappelijke aspecten van onderzoek

Masterclass over ethische en wetenschappelijke aspecten waaraan onderzoek moet voldoen. Hoe worden de rechten, veiligheid en het welzijn van deelnemende patiënten gewaarborgd en wat zijn hiervan de consequenties voor (onderzoeks)verpleegkundigen, artsen en onderzoekers.

Sessie 6 ► Kiezen van juiste zorg en percutane interventie

Dr. Yep is onafhankelijk adviseur binnen de gezondheidszorg. Hij wil de kwaliteit van zorg stimuleren door u zo goed mogelijk te informeren over gezondheid, ziekte en de gezondheidszorg. Ook de kwaliteit van zorginstellingen en zorgaanbieders maakt hij in zijn presentatie inzichtelijk.

Vervolgens komen percutane interventies bij volwassen patiënten met congenitale afwijkingen aan de orde. De zorg voor deze patiënten is tegenwoordig ondergebracht bij een multidisciplinair team dat zich hierin gespecialiseerd heeft. In de presentatie worden vaak voorkomende percutane interventies en enkele zeer zeldzame procedures besproken.

Sessie 7 ► Atriumfibrilleren

Deze presentatie behandelt de elektrofysiologie bij atriumfibrilleren en de rol van de thoraxchirurg bij atriumfibrilleren. Wat zijn de meest recente ontwikkelingen?

Daarna komen studieresultaten aan bod van de AF-poli, een gespecialiseerde polikliniek voor patiënten met atriumfibrilleren. De dagelijkse praktijk en de resultaten van een wetenschappelijk onderzoek naar het effect van deze polikliniek worden in deze presentatie behandeld.

Sessie 8 ► Hartpatiënten met een ICD

Het rijbewijs bij hartpatiënten met een ICD, hartfalen of een hartinfarct staat centraal in deze presentatie. Wat zijn de voorschriften en/of beperkingen vanuit het CBR? En wat zijn de consequenties?

De volgende presentatie gaat over patiënten met een ICD die in de eindfase van hun leven verkeren. Wanneer gaan we de ICD uitprogrammeren en wie doet dat? Wie beslist? Wat zijn de criteria voor het uitzetten bij (niet)terminale patiënten? Ook de nieuwe richtlijnen voor het uitzetten van de ICD en PM worden besproken. Tenslotte gaat de presentatie in op VT-ablatie bij ICD-patiënten: indicaties, voorbereiding en begeleiding van de patiënt en uitvoering met betrekking tot recidiverende monomorfe VT's en VT/VF storm.

Sessie 9 ► Hypoplastisch linker hart

Bij een hypoplastisch linker hart is de linkerhelft van het hart en de grote lichaamsslagader (aorta) sterk achtergebleven in ontwikkeling. Met name de linkerkamer, maar ook de linkerboezem, is niet goed ontwikkeld. Achtereenvolgens komen aan bod: diagnose en therapie, ervaring van een ouder met een kind met hypoplastisch linker hart en de rol van het maatschappelijk werk.

Sessie 10 ► Klinisch redeneren voor cardiovasculair verpleegkundige

Het klinisch redeneren voor de cardiovasculair verpleegkundige omvat het proces van het koppelen van eigen observaties en interpretaties aan medische kennis om zodoende te beredeneren welke volgende stappen genomen moeten worden voor het verpleegkundig handelen. Dit wordt verduidelijkt aan de hand van casuïstiek.

Sessie 11 ► Anterolateraal chirurgie

Deze presentatie gaat over anterolateraal chirurgie. De anterolaterale benadering gaat over de beïnvloeding van risico's rond de operatie. De patiënt kunnen we niet veranderen, wel onze methode!

Sessie 12 ► Laaggeletterdheid en zelfzorgmanagement bij hart- en vaatziekten.

Gaat dat samen? De consequenties, beperkingen en initiatieven om deze situatie te verbeteren, worden toegelicht en vertaald naar de praktische cardiovasculaire zorg.

Sessie 13 ► Eerste Harthulp

In sommige ziekenhuizen is de Eerste Harthulp (EHH) al volledig ingebed, bij andere niet, hoewel de wens voor een EHH wel bestaat. In deze sessie wordt een toelichting gegeven op de praktijk van het draaien van een EHH, het proces van triage tot diagnose, en de mogelijke rol van de nurse practitioner op deze afdeling.

Sessie 14 ► Individueel zorgplan

In de sessie over het individueel zorgplan krijgt u praktische uitleg over hoe u het zorgplan kunt gebruiken. Aan de orde komen de theorie en de achtergrond, wat het oplevert voor de patiënt en de ervaringen van de patiënt met het boekje 'Zorgplan vitale vaten'.

Sessie 15 ► Magneetnavigatie en shortstay

Een introductie van de basis van dotteren met magneetnavigatie en een samenvatting van de resultaten tot op heden. Daarna een presentatie onder de titel 'Shortstay is Save'. Er heeft een follow-up onderzoek plaatsgevonden onder 155 patiënten die in het OLVG een poliklinische PCI hebben ondergaan. De vraagstelling luidt: hoeveel patiënten doen binnen 48 uur na behandeling een beroep op medische hulpverlening?

Sessie 16 ► Atriumfibrilleren en hartfalen

Atriumfibrilleren en hartfalen zijn vriend en vijand. Hoge bloeddruk, atriumfibrilleren en hartfalen vormen een frequente en moeilijke combinatie. Dit is een verdiepingssessie over echografische afwijkingen en hun behandeling. In het tweede deel van deze sessie staat de vraag centraal: Hartfalen, een familiekwaa! Naast ischemische hartziekten vormen cardiomyopathieën een belangrijke oorzaak van hartfalen. De meerderheid hiervan is erfelijk. Genetisch onderzoek leidt in de toekomst hopelijk tot nieuwe behandelingsopties.

Sessie 17 ► Zelfmanagement en angst

Het eerste deel gaat over gezond leven via zelfmanagement van hartpatiënten. U krijgt uitleg over een 5-weekse training om het veranderen van leefgewoontes aan te pakken. Patiënten leren zelf doelen te stellen en eraan te werken. Het tweede deel gaat over angst voor ICD-shocks: hoe houd je het leefbaar? Kun je wat met angst voor ICD-shocks? Mindfulness is een beproefde methode om angst te verminderen. Hoe kun je die toepassen bij deze patiënten?

Sessie 18 ► Reanimatie bij kinderen

Reanimatie bij kinderen is een vak apart. Na de theorie is er gelegenheid om meteen de opgedane kennis in praktijk te brengen. In kleine groepjes zal deze reanimatietechniek geoefend worden.

Sessie 19 ► Auscultatie

In deze workshop krijgen de deelnemers een introductie in de auscultatie van het hart en van de slagaderen. De workshop is er niet direct op gericht om auscultatievaardigheden aan te leren, maar kennis ervan is wel zinvol om de terminologie te begrijpen.

Bovendien wordt aan de hand van geluiden, de kennis van de functie van de hartkleppen verdiept. Deze workshop richt zich op zowel cardiologische als vasculaire verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.

Sessie 20 ► Kwaliteit van leven na hartchirurgie

Deze presentatie over de kwaliteit van leven na hartchirurgie gaat over de analyse van gegevens uit een patiëntvolgstelsel. Deze gegevens zijn verkregen via een digitale enquête onder patiënten na hun ontslag.

Sessie 21 ► Vrouwspecifieke cardiologie in de praktijk.

Deelnemers krijgen handvatten aangereikt voor een betere zorg aan vrouwen met hartklachten.

Sessie 22 ► Uitwendige Pacemaker

Een workshop over de werking van een uitwendige Pacemaker, waarbij het accent ligt op het instellen, drempelen en troubleshooten. Er is gelegenheid om te oefenen en om vragen te stellen.

Sessie 23 ► Claudicationet

Deze sessie beschrijft het concept van het Claudicationet, een geïntegreerd zorgnetwerk dat patiënten met perifeer arterieel vaatlijden, gespecialiseerde behandelaars en verwijzers met elkaar in contact brengt. De projectleider van dit initiatief legt uit waar het over gaat, wat je ervan kunt verwachten en wat het oplevert. En wat moet je doen om het zelf in je eigen regio op te zetten?

Sessie 24 ► CAG via radialis en rechterventrikel impella

Het eerste deel van deze sessie gaat over coronair angiografie en interventie in 2011: waarom radiaal acces? Hoe verloopt een radialisprocedure? Wat zijn de potentiële voordelen van radialistoegang en wat zijn de risico's, complicaties en beperkingen?

In het tweede deel komt de rechterventrikel impella aan de orde. Voor acuut rechterkamerfalen bestaat geen percutane mechanische ondersteuningsmethode voor de rechterharthelft. In het AMC is in maart 2011 gestart met de 'First-in-man' rechterkamer impella, die via de vena femoralis wordt ingebracht. De presentatie geeft een toelichting en toekomstperspectief.

Sessie 25 ► Patiënten met hartfalen in de palliatieve fase.

Centraal staat de vraag: Wat is de wens van deze patiënten? Praten over doodgaan is niet gemakkelijk en wordt daarom vaak uit de weg gegaan.

Deze sessie zal ingaan op de wensen voor zorg in de laatste levensfase van patiënten met vergevorderd hartfalen.

Sessie 26 ► Nieuwe ontwikkelingen

Er vindt een presentatie plaats van drie abstracts over nieuwe ontwikkelingen, resultaten van onderzoek of implementaties.

Sessie 27 ► ASD, AVSD en VSD

Deze bijeenkomst gaat over de diagnose en therapie bij septumdefecten. En vervolgens over de late complicaties van het AVSD, ASD of VSD. Besproken wordt de follow-up van deze patiëntengroep op de GUCH-poli (Grown Ups with Congenital Heart Disease).

Kijk voor deze toelichting en actuele veranderingen op www.nvhvv.nl



Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen

Op pagina 81 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 het elektrocardiogram!

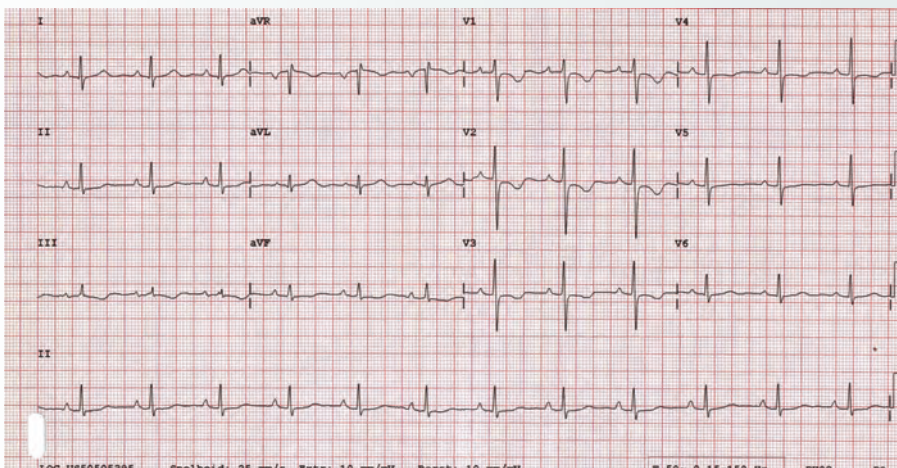
Een jonge vrouw met progressieve kortademigheid

Antwoorden:

1. Op het ECG ziet u een sinusritme. De stand van de elektrische hartas is intermediair. De PQ-tijd meet 200 msec. QRS-duur 80 msec. QTc normaal. De p-top in afleiding II, aVF en V1 is hoog met een steile initiële component. De R-top voltages in V1, V2 zijn toegenomen. In afleidingen V1 t/m V4 zijn er aflopende ST-segmentdepressies met negatieve T-toppen. Eveneens aflopende ST-segmentdepressies in III en aVF. In V5 en V6 zijn relatief diepe c.q. toegenomen S-golven waarneembaar. Het ECG toont kenmerken van rechterventrikelhypertrofie (RVH) en rechterboezemdilatatie.
2. Kenmerken van RVH zijn: hoge R V1, qR V1, rSR' V1, diepe S V5 en V6, hoge terminale R aVR en rechterasdeviatie.¹ Ondersteunende criteria zijn rechter boezemvergroting en ST-depressie met asymmetrische negatieve T in V1-V3. Op een volwassen elektrocardiogram zijn de elektrische vectoren uit het dikkere linkerventrikel ten opzichte van het rechterventrikel dominant. Daarnaast zijn de oorzaken van RVH zeer divers (congenitale oorzaak, pulmonale hypertensie, systolische en diastolische overbelasting). Zo kan er al echografisch een belangrijke RVH aanwezig zijn, terwijl de ECG-afwijkingen nog zeer subtiel kunnen zijn.
3. Bij echocardiografie zijn er duidelijk aanwijzingen voor (ernstige) pulmonale hypertensie. Normaalwaarden voor systolische PA-drukken liggen tussen de 25-30 mmHg met gemiddelde PA-druk tot 16 mmHg. Men spreekt van pulmonale hypertensie als de gemiddelde druk in de longslagader > 25 mmHg in rust of > 30 mmHg bij inspanning bedraagt. De subgroep pulmonale arteriële hypertensie kenmerkt zich ook door een wiggedruk < 15 mmHg.
4. Pulmonale hypertensie (PHT) kan men onderverdelen in vijf classificaties aan de hand van de Dana point classificatie² (genoemd naar de plaats in Californië waar het wereldsymposium pulmonale hypertensie in 2008 werd gehouden) De classificaties zijn: 1) Pulmonale arteriële hypertensie: hieronder vallen de idiopathische PHT, PHT geassocieerd met bindweefselziekten en familiale PHT; 2) Pulmonale hypertensie bij linkerhartziekten ten gevolge van aandoeningen aan linkerventrikel, linkeratrium en kleplijden; 3) Pulmonale hypertensie bij longlijden en/of hypoxemie, zoals voorkomend bij COPD of interstitiële longziekten; 4) Chronische trombo-embolische pulmonale hypertensie (CTEPH); 5) Pulmonale hypertensie met onduidelijke multifactoriële oorzaken, zoals PHT bij hematologische ziekten, systeemziekten en metabole oorzaken.
5. Aanvullend onderzoek zal bestaan uit rechtscatheterisatie met drukmetingen na toediening met zuurstof en prostacycline (epoprostenol; flolan®) om te kijken of patiënt responder is op deze therapie en dus de gemiddelde pulmonaaldruk daalt. Afhankelijk van de oorzaak kan mogelijke behandeling bestaan uit prostacycline-analoga of endotheline-receptorantagonisten. Het belangrijke doel van deze medicatie is om directe vaatverwijding in de longcirculatie te bewerkstelligen. Prostacyclineanalogen voorkomen ook de aggregatie van bloedplaatjes en endotheline receptorantagonisten hebben een gunstig effect op de longvaatweerstand. 

Conclusie

Kortademigheid op basis van ernstige pulmonale hypertensie. Waarschijnlijk pulmonale arteriële hypertensie (groep 1). Elektrocardiografisch tekenen van rechterventrikelhypertrofie bij pulmonale hypertensie



Figuur 1: ECG

Literatuur

1. Robles de Medina. Klinische elektrocardiografie. 1e druk Houten : Bohn Stafleu Van Loghum, 2000, p 188-191
2. Simonneau G, Robbins IM, Beghetti M et al. Update clinical classification of pulmonary hypertension. J Am Coll Cardiol 2009;54:S43-54

De mortaliteit onder hartfalenpatiënten neemt aanzienlijk toe wanneer er ook sprake is van cachexie. Tot op heden bestaat er geen eenduidige wetenschappelijke definitie van deze cardiale cachexie. Ook de oorzaken zijn niet volledig gekend en de behandelopties zijn gering. Toch is er vooruitgang geboekt in diagnostiek en behandeling, waarvan dit artikel verslag doet.

Mattie J. Lenzen, epidemioloog, Erasmus MC, afd. cardiologie, Rotterdam
Anouk I. Lenzen, diëtist Groene Hart Ziekenhuis, Gouda
Kadir Caliskan, cardioloog Erasmus MC, Rotterdam

E-mail: m.lenzen@erasmusmc.nl

Wat u moet weten over cachexie

Patiënten met chronisch hartfalen

Inleiding

Hartfalen is een belangrijke oorzaak van cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit en ontstaat als gevolg van een spectrum aan hart- en vaatziekten, waaronder coronaire hartziekte, hartklepaandoeningen en hypertensie. De prevalentie van hartfalen wordt in Europa geschat op 10 miljoen, waarvan ongeveer 180.000 in Nederland.¹ Door de vergrijzing en betere behandeling van het myocardinfarct zal dit aantal naar verwachting de komende jaren stijgen.

Hoewel er de laatste decennia een enorme vooruitgang geboekt is bij de diagnostiek en behandeling van patiënten met hartfalen, is er nog steeds sprake van een slechte prognose met een mortaliteit van rond de 50% binnen 4 jaar na het stellen van de diagnose.² Een prognose die vergelijkbaar is met sommige vormen van

kanker.³ Deze prognose verslechtert nog aanzienlijk wanneer bij patiënten met chronisch hartfalen cachexie wordt gediagnosticeerd. We spreken dan van cardiale cachexie. Zo bleek de sterfte, na een 18 maanden durende follow-up studie, bij niet-cachectische hartfalen patiënten 17% terwijl deze 50% was bij patiënten met hartfalen en cachexie (zie figuur 1).⁴ Overigens wordt cachexie ook bij andere chronische ziekten, zoals kanker, COPD, chronisch nierfalen, reumatoïde artritis en AIDS waargenomen. Naast het feit dat dit een teken van slechte prognose is, kan het ook leiden tot een verminderde kwaliteit van leven.

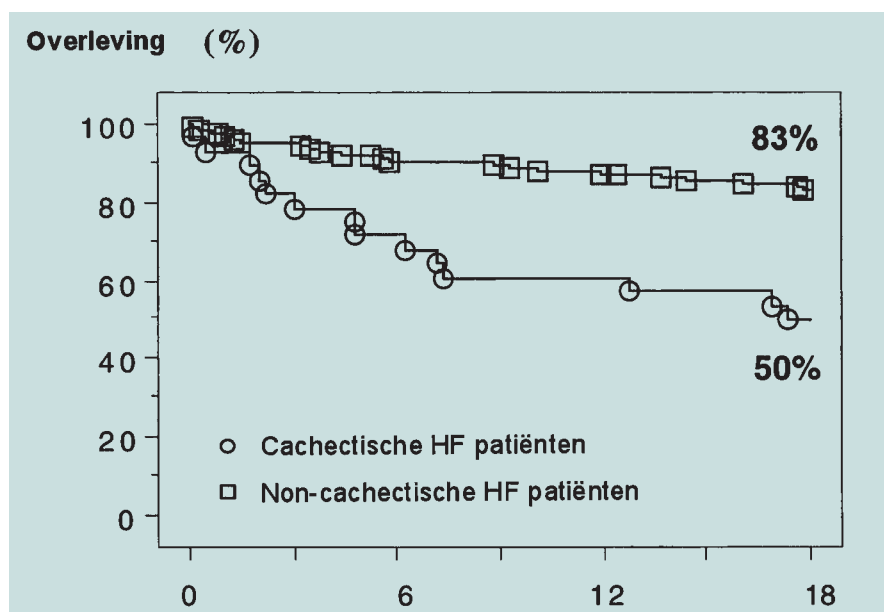
Wat is cachexie

Hoewel er tot op heden nog geen internationaal geaccepteerde definitie van cachexie bestaat, geeft het consensus document van Evans et al. enig

inzicht in de betekenis hiervan (tabel 1).⁵ In dit document staat dat de diagnose cachexie dient te worden overwogen wanneer een volwassen patiënt met een chronische ziekte een gewichtsverlies heeft van minimaal 5% binnen één jaar (of een BMI van <20 kg/m²) en voldoet aan ten minste drie van vijf (klinische) criteria: a) verminderde spierkracht, b) vermoeidheid, c) anorexie, d) lage vetvrije massa index, en/of e) abnormale bloedsuikerslagen, zoals verhoogde infectie parameters en/of anemie (zie tabel 1). Belangrijk is hier op te merken dat de interpretatie van het gewicht bij patiënten met hartfalen wordt bemoeilijkt door bijvoorbeeld een toename van oedeem. Hierdoor wordt het gewichtsverlies mogelijk gemaskeerd. Dus ook wanneer er geen sprake is van gewichtsverlies, maar wel van vochtretentie/ oedemen dient men bedacht te zijn op cardiale cachexie. Bovendien is cachexie niet alleen voorbehouden aan patiënten met een lage BMI (<20 kg/m²). Ook bij patiënten met overgewicht kan sprake zijn van een slechte voedingstoestand en cachexie. Met voedingstoestand wordt het vermogen van het lichaam bedoeld om in voldoende mate over alle noodzakelijke voedingsstoffen te beschikken. Bij cachexie is er altijd sprake van een zeer slechte voedingstoestand.⁶ Naar schatting 10 - 15% van de patiënten met hartfalen ontwikkelt cachexie.⁷

Anorexie

Een van de meest voorkomende misvattingen van cachexie is wel dat anorexie, ofwel verminderde eetlust en onvoldoende eten, hiervan de belangrijkste oorzaak is. Hoewel anorexie kan leiden tot de ontwikkeling van



Figuur 1. Overleving hartfalenpatiënten met (n=28) en zonder (n=143) cachexie (S. Anker et al. 1997)

Chronische ziekte in combinatie met gewichtsverlies >5% binnen 1 jaar of BMI <20 kg/m ²	EN 3 of meer van de volgende (A-E) criteria	A. Verminderde spierkracht B. Vermoeidheid C. Anorexie (verminderde eetlust en onvoldoende eten) D. Lage vetvrije massa index E. Abnormale biochemie
---	---	--

- ↑ inflammatoire markers:
 - CRP (>5.0 mg/l)
 - IL-6 (>4.0 pg/ml)
- Anemie (<7.4 mmol/L)
- ↓ serum albumine (<3.2 g/dl)

Tabel 1. Diagnostische criteria van cachexie op basis van Consensus bijeenkomst, 2006 Washington DC⁵

cachexie, verklaart dit niet de metabole veranderingen die bij patiënten met een chronische ziekte en cachexie gezien worden. Onder deze metabole veranderingen worden onder andere het ontwikkelen van insuline resistentie en activatie van cytokines (TNF α , interleukine-1 en -6) verstaan. Gewichtsverlies als gevolg van cachexie beïnvloedt ook de eiwitsynthese, waardoor skeletspieren verloren gaan. De afname van spiermassa gaat vaak gepaard met spierzwakte, met als gevolg een verminderde inspanningstolerantie. In een latere fase wordt een verminderde botdichtheid en verlies van vetmassa gezien. Hoewel deze lichamelijke veranderingen in eerste instantie gericht zijn op het zo goed mogelijk opvangen van de metabole veranderingen, dragen zij in een later stadium bij tot de ontwikkeling en progressie van de cachexie.

Ondanks de vooruitgang die de laatste jaren geboekt is met betrekking tot kennis van cachexie, is de pathofysiologie van cachexie bij hartfalen nog niet volledig begrepen. Wel is duidelijk dat een verminderde eetlust, malabsorptie door leverstuwings, metabole ontregeling en een verhoogde productie van cytokines (ontstekingsfactoren) hierbij van invloed zijn.⁷⁻⁸

Behandeling cachexie

De behandelopties voor cardiale cachexie zijn helaas beperkt. De behandeling richt zich dan ook in eerste instantie op de onderliggende ziekte. Zo is van ACE-inhibitoren en bètablokkers aangetoond dat deze niet alleen effectief zijn bij de behandeling

van hartfalen, maar ook bij het voorkomen of vertragen van cardiale cachexie.^{7,9}

Ook al is het een misvatting dat alleen een verminderde eetlust en onvoldoende voedingsinname de oorzaak zijn van cachexie, toch hebben patiënten met hartfalen vaak een verminderde eetlust.¹⁰ Hoewel de redenen hiervan nog onvoldoende duidelijk zijn, is het aannemelijk dat meerdere factoren van belang zijn, zoals de ruimte innemende werking op de maag door vochtretentie met leverstuwings en hepatomegalie. Daarnaast dragen veranderingen in smaak en ruiken, geadviseerde beperking van natrium (zout), verminderde darmperfusie (door stuwings) en bijwerking van medicijnen (onder andere digoxine) aan een verminderde eetlust bij. Ook verminderde mobiliteit met het risico op een sociaal isolement kan een rol spelen.¹¹

Screening

Deze veranderingen kunnen leiden tot tekorten aan voedingsstoffen en gaan deweg het proces in gang zetten dat uiteindelijk leidt tot cachexie. Daarom is het van groot belang om patiënten met een risico op een verminderde voedingstoestand en cachexie in een zo vroeg mogelijk stadium te herkennen. Primair dient de vochtretentie agressief bestreden te worden, desnoods met langdurige intraveneuze ontwatering en inotropica. In tweede instantie is er nauwgezette diëtistische begeleiding noodzakelijk om de voedingsinname zo optimaal mogelijk te beïnvloeden. Screeningsmethoden op

ondervoeding spelen hierbij een rol. Sinds 2007 is de screening op ondervoeding in ziekenhuizen opgenomen in de Basisset Prestatie-indicatoren. Het doel hiervan is patiënten met een verhoogd risico op ondervoeding zo snel mogelijk te herkennen en te behandelen.¹² Voor de vroegtijdige herkenning van hartfalenpatiënten met een (verhoogd) risico op cachexie bestaat geen specifieke screeningmethode. Alert zijn op de voedselinname en eventueel gewichtsverlies door alle bij de behandeling betrokken specialisten blijft dan ook van groot belang.

Dieet

De nadruk bij de voedingsbehandeling ligt op het optimaliseren van de voedingstoestand, rekening houdend met de vaak geldende vocht- en natriumbepijking. Het verdelen van kleine, maar frequente maaltijden over de dag neemt hierbij een belangrijke plaats in. Ook dient men te letten op het verstrekken van voldoende energie, eiwitten en extra vitamines en mineralen (tekorten door extra uitscheiding door bijvoorbeeld diuretica).¹³⁻¹⁴ Wel moet worden geconstateerd dat hieraan weinig wetenschappelijke bewijsvoering aan ten grondslag ligt.

Ondanks het advies van dieetinterventies bij deze patiënten, wordt algemeen aangenomen dat, in tegenstelling tot patiënten met anorexia nervosa, voedingssuppletie alleen het proces van gewichtsvermindering niet kan beïnvloeden. Wel laat een recent onderzoek van Rozentryt et al. (2010) zien dat suppletie van extra energie (600 kcal) en eiwitten (20 gram) een gunstig effect heeft op het gewicht, de lichaamssamenstelling, de kwaliteit van leven en op de inflammatiemarkers in het bloed. Dit is de eerste placebogecontroleerde studie om na te gaan in hoeverre diëtistische interventies in staat zijn cardiale cachexie te voorkomen of het ontstaan hiervan te vertragen.¹⁵ Meer wetenschappelijk onderzoek is nodig.

Medicatie

Zoals eerder aangegeven, dient de behandeling van cardiale cachexie - naast het bevorderen van een adequate voedselinname - te bestaan uit het zo optimaal mogelijk instellen op de hartfalenmedicatie, wat zeer essentieel

is voor de kwaliteit van leven en prognose. Naast deze medicamenteuze behandeling van het onderliggend chronisch hartfalen, ligt het medicamenteus behandelen van cachexie voor de hand. Helaas bestaan er momenteel geen specifieke medicamenteuze interventies voor de behandeling van cardiale cachexie. Wel staat onderzoek naar de pathofysiologie en behandeling van (cardiale) cachexie steeds meer in de belangstelling. Een eerste resultaat hiervan is de recente goedkeuring van megestrolacetaat in de Verenigde Staten voor de behandeling van cachexie bij patiënten met AIDS. Dit medicijn blijkt overigens ook effectief bij het stoppen van gewichtsverlies bij sommige vormen van kanker.¹⁶ Ook het toedienen van anabole steroïden laat een gewichtstoename bij cachectische patiënten met COPD of AIDS zien. Enkele kleine studies naar het effect van anabole steroïden bij patiënten met hartfalen en cachexie laten wel een toename van spierkracht en linkerventrieklejectiefractie zien, maar geen gewichtstoename.¹⁷

In tegenstelling tot bovengenoemde ontwikkeling van eetlust bevorderende farmacotherapie bij patiënten met kanker of AIDS, is er tot op heden nog weinig vooruitgang geboekt in de ontwikkeling van specifieke interventies voor de behandeling (of preventie) van cardiale cachexie. Helaas blijken veel eetlust bevorderende medicijnen gecontra-indiceerd bij patiënten met hartfalen. Op grond van bekende bijwerkingen als diarree, trombotische processen, verwardheid, hyperglycaemie, beroerte, tachycardie en hypotensie dient men terughoudend te zijn bij het verstrekken van deze medicijnen aan patiënten met cardiale cachexie.¹⁷⁻¹⁸

Samenvatting

Concluderend kan gesteld worden dat de pathofysiologie van cardiale cachexie uiterst complex is en nog onvoldoende begrepen. Naast het inschakelen van de diëtist (verbeteren van een voldoende inname van calorieën en voeding) en het zo optimaal mogelijk behandelen van de onderliggende ziekte (evidence based medicatie) zijn we nauwelijks in staat om car-

diale cachexie te voorkomen of adequaat te behandelen. Dit alles rechtvaardigt de vraag naar meer onderzoek naar preventie, vroegtijdige identificatie van hoogrisicopatiënten en het ontwikkelen van effectieve behandelingen. Bovenal moet een toenemend gewichtsverlies of andere signalen van cachexie als alarmsignaal worden beschouwd, die een grondige herziening van de behandeling van de hartfalenpatiënt rechtvaardigt. 

Referenties:

1. RIVM. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.3, 6 april. 2011.
2. Remme WJ, Swedberg K, Task Force for the D, Treatment of Chronic Heart Failure ESC. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J*. Sep 2001;22(17):1527-1560.
3. Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJ. More 'malignant' than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail*. Jun 2001;3(3):315-322.
4. Anker SD, Ponikowski P, Varney S, Chua TP, Clark AL, Webb-Peploe KM, Harrington D, Kox WJ, Poole-Wilson PA, Coats AJ. Wasting as independent risk factor for mortality in chronic heart failure. *Lancet*. Apr 12 1997;349(9058):1050-1053.
5. Evans WJ, Morley JE, Argiles J, Bales C, Baracos V, Guttridge D, Jatoi A, Kalantar-Zadeh K, Lochs H, Mantovani G, Marks D, Mitch WE, Muscaritoli M, Najand A, Ponikowski P, Rossi Fanelli F, Schambelan M, Schols A, Schuster M, Thomas D, Wolfe R, Anker SD. Cachexia: a new definition. *Clin Nutr*. Dec 2008;27(6):793-799.
6. Soeters PB, Reijnen PL, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Schols JM, Halfens RJ, Meijers JM, van Gemert WG. A rational approach to nutritional assessment. *Clin Nutr*. Oct 2008;27(5):706-716.
7. Anker SD, Negassa A, Coats AJ, Afzal R, Poole-Wilson PA, Cohn JN, Yusuf S. Prognostic importance of weight loss in chronic heart failure and the effect of treatment with angiotensin-converting-enzyme inhibitors: an observational study. *Lancet*. Mar 29 2003;361(9363):1077-1083.
8. von Haehling S, Doehner W, Anker SD. Nutrition, metabolism, and the complex pathophysiology of cachexia in chronic heart failure. *Cardiovasc Res*. Jan 15 2007;73(2):298-309.
9. Lainscak M, Keber I, Anker SD. Body composition changes in patients with systolic

heart failure treated with beta blockers: a pilot study. *Int J Cardiol*. Jan 26 2006;106(3):319-322.

10. Gibbs CR, Jackson G, Lip GY. ABC of heart failure. Non-drug management. *BMJ*. Feb 5 2000;320(7231):366-369.
11. Sandek A, Bauditz J, Swidsinski A, Buhner S, Weber-Eibel J, von Haehling S, Schroedl W, Karhausen T, Doehner W, Rauchhaus M, Poole-Wilson P, Volk HD, Lochs H, Anker SD. Altered intestinal function in patients with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol*. Oct 16 2007;50(16):1561-1569.
12. Kruizenga HM, de Jonge P, Seidell JC, Neelemaat F, van Bodegraven AA, Wierdsma NJ, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Are malnourished patients complex patients? Health status and care complexity of malnourished patients detected by the Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ). *Eur J Intern Med*. May 2006;17(3):189-194.
13. Dunn SP, Bleske B, Dorsch M, Macaulay T, Van Tassel B, Vardeny O. Nutrition and heart failure: impact of drug therapies and management strategies. *Nutr Clin Pract*. Feb-Mar 2009;24(1):60-75.
14. Mustafa I, Leverve X. Metabolic and nutritional disorders in cardiac cachexia. *Nutrition*. Sep 2001;17(9):756-760.
15. Rozentryt P, von Haehling S, Lainscak M, Nowak JU, Kalantar-Zadeh K, Polonski L, Anker SD. The effects of a high-caloric protein-rich oral nutritional supplement in patients with chronic heart failure and cachexia on quality of life, body composition, and inflammation markers: a randomized, double-blind pilot study. *J Cachex Sarcopenia Muscle*. Sep 2010;1(1):35-42.
16. Loprinzi CL, Bernath AM, Schaid DJ, Malliard JA, Athmann LM, Michalak JC, Tschetter LK, Hatfield AK, Morton RF. Phase III evaluation of 4 doses of megestrol acetate as therapy for patients with cancer anorexia and/or cachexia. *Oncology*. Oct 1994;51 Suppl 1:2-7.
17. von Haehling S, Lainscak M, Springer J, Anker SD. Cardiac cachexia: a systematic overview. *Pharmacol Ther*. Mar 2009;121(3):227-252.
18. Kalantar-Zadeh K, Block G, Horwich T, Fonarow GC. Reverse epidemiology of conventional cardiovascular risk factors in patients with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol*. Apr 21 2004;43(8):1439-1444.

Hart FRUIS

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.

Landelijke richtlijn hartrevalidatie

Op 24 mei is in Maastricht de nieuwe landelijke Richtlijn Hartrevalidatie gepresenteerd. Die stelt de patiënt centraal en integreert lichamelijke en psychische zorg met sociale aspecten als mantelzorg en werkhervatting. De richtlijn geeft zorgverleners handvatten om de patiënt zorg op maat te bieden, afhankelijk van zijn persoonlijke situatie en voorkeur. Zo is er een checklist ontwikkeld met mogelijke knelpunten bij de werkhervatting van hartpatiënten.

Communicatie en afstemming tussen het multidisciplinaire hartrevalidatieteam en de bedrijfsarts spelen hierbij een belangrijke rol. De richtlijn is te vinden op www.nvvc.nl/hr. Een specifieke patiëntenversie van de richtlijn staat op: www.hartenvaatgroep.nl/hartrevalidatie



Co-patiënten

Om de communicatie tussen patiënten en zorgverleners te verbeteren wordt binnenkort in meerdere ziekenhuizen het co-patiëntschap getest. De stichting ZoBeter heeft dit concept ontwikkeld. "Wanneer je te horen krijgt dat je ernstig ziek bent, raak je van slag", stelt Etienne Tiessen van ZoBeter. "Je merkt ineens hoe moeilijk het is dingen te begrijpen of goed onder woorden te brengen. Daarom moeten er co-patiënten komen om patiëntervaringen goed te laten doordringen bij de zorgverleners."

De deelnemende ziekenhuizen zijn een campagne gestart om co-patiëntvrijwilligers te werven. Het pilotonderzoek wordt geëvalueerd door IQ healthcare, het wetenschappelijke instituut van UMC St Radboud Nijmegen.

(Persbericht Zilverenkruis| Achmea)



HARTlopers

Zondag 15 mei vond de Leiden Marathon plaats. Met bijna 9.000 inschrijvingen was de opkomst groter dan ooit. Ook het aantal HARTlopers - lopers die meeliepen voor de Hartstichting - was nagenoeg verdubbeld tot 75 deelnemers. Ze liepen € 9.600 bij elkaar.



Veel lopers hebben een persoonlijke reden om mee te doen. Zoals Paulien Zwetsloot, die 21 km liep

voor haar zoon. Hij is 19 jaar en heeft de aangeboren hartafwijking 'noncompacti-

on cardiomyopathy' (een hartspierziekte waarbij het spierweefsel niet glad is, maar lijkt op een soort spons). Over deze ziekte is weinig bekend en er is ook niets aan te doen. Paulien: "Ik doe mee voor hem, voor mezelf en voor het werk van de Hartstichting."

(Persbericht Nederlandse Hartstichting)

Kookworkshop

De hartfalenpoli van het Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem en De Hart&Vaatgroep organiseren samen voor patiënten met hartfalen en hun partners een kookworkshop 'zoutarm koken'.

Veel patiënten krijgen een zoutarm (natrium-arm) dieet voorgeschreven. Vaak ontbreekt het echter aan handreikingen om de goed bedoelde adviezen in praktijk te brengen.



Tijdens de workshop vertelt een hartfalenverpleegkundige over de veranderingen waarmee patiënten te maken krijgen en hoe met deze leefregels om te gaan. Daarna geeft een professionele kok tips over gezond en lekker eten met minder zout. Tenslotte kunnen deelnemers genieten van de smaakvolle resultaten. Meer informatie:

www.hartenvaatgroep.nl
(De Hart en Vaatgroep)



AF-polikliniek scoort beter

Patiënten die worden behandeld voor atriumfibrillatie (AF) in de speciaal daarvoor opgezette polikliniek van het azM / Maastricht UMC+ hebben betere vooruitzichten dan patiënten die de gebruikelijke zorg krijgen. Dat blijkt uit het onderzoek 'Specialized Atrial Fibrillation Clinic Reduces Cardiovascular Morbidity and Mortality in Patients with Atrial Fibrillation' door drs. Jeroen M.L. Hendriks e.a. dat op 5 april is gepresenteerd tijdens het jaarlijkse congres van de American College of Cardiology in New Orleans (VS).

Speciaal opgeleide verpleegkundigen screenen, behandelen en begeleiden de AF-patiënten onder supervisie van een cardioloog en met speciaal voor dit doel ontwikkelde software.

"Het computersysteem leidt verpleegkundigen en cardiologen door het gehele proces van geïntegreerde chronische zorg, en bewaakt dat er geen stappen worden overgeslagen of zaken vergeten", aldus Hendriks, die het onderzoek heeft geleid. Meer info en een videopresentatie op: www.icardiologist.nl, een website van en voor cardiologen en cardiothoracaal chirurgen die toegankelijk is na registratie.

(Persbericht AZM)

“Hoewel met de huidige technieken DNA-mutaties worden gevonden in meer dan de helft van de hypertrofische cardiomyopathie (HCM) patiënten, zijn er nog HCM-patiënten en families waarin geen mutatie kan worden geïdentificeerd. Nader onderzoek naar deze patiëntengroep is noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in de pathofysiologische aspecten van de ziekte. Nieuwe moleculaire technieken maken het mogelijk om grote aantallen genen tegelijk te onderzoeken om zo nieuwe genetische defecten in HCM te identificeren”. Dit concludeert Michelle Michels in haar proefschrift ‘Hypertrophic Cardiomyopathy, pathophysiology, genetics and invasive treatment’, dat ze verdedigde op 14 januari 2011 ter verkrijging van haar doctoraat.

Hildelies van Oel

E-mail: h.vanoel@erasmusmc.nl

Proefschrift van Michelle Michels

Hypertrofische cardiomyopathie: pathofysiologie, genetica en invasieve behandeling

Michelle Michels, cardioloog Erasmus MC Rotterdam, Proefschrift ‘Hypertrophic Cardiomyopathy, pathophysiology, genetics and invasive treatment’, januari 2011, 234 pagina’s. ISBN 978-90-8559-269-3

De titel van het proefschrift duidt op een relatie tussen de verstoring van de normale functie van het hart, erfelijkheid en de behandelingsmogelijkheden. De thesis is logisch opgebouwd in vijf delen. In het eerste en tweede deel wordt de pathofysiologie en genetica van hypertrofische cardiomyopathie beschreven. In het derde deel de invasieve behandeling van HCM, gevolgd door het vierde deel met een samenvatting en conclusies en ten slotte een epiloog. Door de opbouw en beknopte samenvatting wordt duidelijk welke onderzoeken zijn uitgevoerd en volgens welke onderzoeksmethode. Michels besluit kort en bondig met conclusies en toekomstperspectieven ten aanzien van HCM (patiënten). Deze laatste delen bieden de lezer een duidelijk inzicht en nodigen uit om de onderzoekspublicaties in de verschillende hoofdstukken nader te bestuderen. Het blijft echter een proefschrift, waardoor het niet te vergelijken is met de leesbaarheid van een medisch of verpleegkundig boek over HCM.

Hypertrofische cardiomyopathie

Allereerst geeft de auteur een algemene introductie over HCM. Ze beschrijft dat er bij HCM sprake is van een verdikte hartspier, in afwezigheid van aandoeningen die deze verdikking kunnen verklaren, zoals hoge bloeddruk of een aortaklepstenose. HCM komt voor bij 1:500 volwassenen en is meestal erfelijk (autosomaal dominant overdraagbaar). HCM-patiënten kunnen asymptomatisch blijven, maar HCM is ook de belangrijkste doodsoorzaak van het plotseling overlijden van jonge sporters. Hierna volgt een opsomming van complicaties waartoe HCM kan leiden. Zo wordt geconcludeerd dat 70% van de HCM-patiënten in rust of bij inspanning een obstructie vertonen in de linkerventrikel uitstroombaan (LVOT), waardoor het hart hinder ondervindt bij het uitpompen van het bloed naar de aorta. HCM is in de meeste gevallen een familiale ziekte, wat door eerder onderzoek in 1990 is bevestigd met het vinden van het eerste HCM-gen. Michels gaat hier in het tweede deel dieper op in.

Pathofysiologie

Deel 1 bestaat uit vijf artikelen, die in 2007 en 2009 zijn gepubliceerd. Daarin worden onderzoeken beschreven naar de coronaire flow reserve (CFR) en de relatie met micro-vasculaire disfunctie. Afname van de CFR is een voorspeller van klinische achteruitgang en dood en wordt gerelateerd

aan de toename van de diastolische druk en massa in de linkerventrikel, obstructie in de LVOT en dysplasie van de arteriolen. Bij HCM-mutatiedragers zonder hypertrofie worden met Tissue Doppler Imaging (TDI) ook veranderingen in de diastolische functie aangetoond. De veranderingen in de TDI-snelheden maken echter dat het onderscheid tussen de onderzoekspopulatie en de controlegroep onvoldoende significant is. In het onderzoek, beschreven in hoofdstuk 4, wordt gebruik gemaakt van Speckle Tracking echocardiografie. Dit is een nieuwe techniek waarbij de systolische en diastolische functie kan worden onderzocht. Het onderzoek toont aan dat er sprake is van een vertraagde LV ‘untwisting’ bij HCM-patiënten. Tenslotte beschrijft Michels de resultaten van onderzoek naar Nederlandse founder-mutaties in myosin-binding



proteïne C. Ze concludeert dat contractiele disfunctie een belangrijke rol speelt bij HCM.

Genetica

Ook het tweede deel bevat vijf publicaties, waaronder studies naar familieonderzoek bij HCM-patiënten. Bij de eerste cardiologische controle van asymptomatische mutatie dragers wordt bij 41% de diagnose HCM gesteld. De kans op de diagnose neemt toe bij hogere leeftijd, wat herhaalde cardiale screening noodzakelijk maakt. Uit vervolgstudies moet blijken wat de prognose is van niet-aangedane mutatie dragers en wat de waarde is van een klassieke risico-indeling. HCM-patiënten met de Nederlandse founder mutaties vormen een genetisch homogene groep. Ze worden gebruikt voor onderzoek naar genetische factoren die de ernst van het ziektebeeld beïnvloeden. Opvallend noemt Michels het feit dat het RAAS-systeem, hoewel het invloed heeft op hartfunctie, bloeddruk en elektrolytenbalans, de ernst van het ziektebeeld niet blijkt te beïnvloeden.

Invasieve behandeling

In het derde deel worden zowel de chirurgische als elektrofysiologische behandelmethoden vergeleken. Symptomatische HCM-patiënten met LVOT-obstructie komen ondanks optimale medicamenteuze behandeling in aanmerking voor invasieve behandeling. Bij HCM-patiënten met een vergroot mitralisklepblad leidt myectomie, gecombineerd met mitraliskleplastiek, tot verlichting van de symptomen en overleving die vergelijkbaar is met de rest van de bevolking. Obstructieve HCM-patiënten die zijn behandeld met alcohol septum ablatie (ASA), hebben een verhoogd risico op levensbedreigende ritmestoornissen tijdens langetermijn follow-up. ASA moet worden gereserveerd voor patiënten met een hoog operatierisico en mogelijk worden gecombineerd met ICD-implantatie. Michels besluit met de conclusie dat HCM in veel gevallen een relatief goedaardige ziekte is, maar dat de besluitvorming over invasieve behandeling voor LVOT-desobstructie of

ICD-implantatie plaats moet vinden in een kliniek waar alle therapeutische behandelopties beschikbaar zijn.

Expertise

Hypertrofische cardiomyopathie is een onderwerp dat volop in de belangstelling staat en waar verpleegkundigen veel van hun expertise in kwijt kunnen. Het onderzoek van Michels is interessant, omdat het aantoont dat er verder onderzoek nodig is om meer duidelijkheid te krijgen over het ontstaan van HCM. Nieuwe, gecombineerde beeldvormende technieken, waarbij functie en perfusie worden gekoppeld, zullen hieraan waarschijnlijk een waardevolle bijdrage leveren. Het proefschrift geeft bovendien inzicht in de langetermijn follow-up na invasieve behandeling. Het proefschrift is niet heel toegankelijk voor verpleegkundigen die weinig ervaring hebben met het lezen van wetenschappelijke artikelen, maar het is zeker de moeite waard voor hen die nauw betrokken zijn bij onderzoek en behandeling van HCM-patiënten. 

In het Ikazia Ziekenhuis Rotterdam hebben we warme aandacht voor onze patiënten en voor elkaar. Het protestants-christelijke karakter van ons ziekenhuis is mede bepalend voor onze opvatting over patiëntenzorg: werken met hart en handen. Persoonlijke aandacht staat centraal. In de patiëntenzorg, maar ook in andere diensten. Met elkaar werken we aan kwalitatief hoogwaardige zorg. Wij zijn een middelgroot ziekenhuis met vrijwel alle medisch specialisten in huis. Ook is Ikazia een opleidingsziekenhuis voor de specialismen Inwendige Geneeskunde, Algemene Heelkunde, Gynaecologie, Anesthesiologie en Klinische Psychologie.

Voor onze afdeling CCU zijn wij per direct op zoek naar een

CCU-Verpleegkundige, fulltime

Krijg jij een warm hart van de CCU?

Dan is ons aanbod een plezierige werksfeer op een dynamische unit. Je verleent intensieve verpleegkundige zorg aan één of meerdere cardiologische patiënten die verpleging, bewaking en begeleiding behoeven in een complexe verpleegsituatie, waar meerdere vitale lichaamsfuncties worden bedreigd.

De verpleegkundige onderschrijft één van de hedendaagse geldende beroepscodes.

Ben jij een gediplomeerd en ervaren verpleegkundige met een aanvullende opleiding CCU en ruime ervaring op een cardiologische afdeling?

Dan nodigen wij jou van harte uit om te solliciteren!

De arbeidsvoorwaarden zijn conform de CAO Ziekenhuizen.

Meer weten?

Bel met Hanneke Kuipers-Hollink, teamleider CCU, telefoon 010 – 2975603.

Sollicitaties kun je per e-mail richten aan de dienst P&O, sollicitatie@ikazia.nl, onder vermelding van vacaturenaam en -nummer.

Vacaturenummer 46/2011, 14 juni 2011

Acquisitie aan de hand van deze advertentie wordt niet op prijs gesteld.



Steeds meer NVHV-leden kiezen voor gratis registratie in het kwaliteitsregister van de NVHV. Het is een bewuste keuze voor het register van de eigen beroepsvereniging. Onlangs zijn een aantal aanpassingen doorgevoerd in de toegankelijkheid van het register voor niet BIG-geregistreerde medewerkers. Ook zijn de criteria uitgebreid voor individuele verzoeken tot accreditatie van scholingsactiviteiten en overige activiteiten. Hieronder vindt u een toelichting op de wijzigingen.

Mechtild Stavenuit, secretariaat NVHV

E-mail: secretariaat@nvhv.nl

Ontwikkelingen in het kwaliteitsregister NVHV

Registercriteria voor niet BIG-geregistreerden

Sinds kort is het ook voor hartfunctielaboranten, interventiemedewerkers en anderen mogelijk om een persoonlijk dossier bij te houden in het kwaliteitsregister van de NVHV. Om opgenomen te worden in het register dienen zij te voldoen aan de volgende criteria:

- De zogenoemde gelieerde cardiovasculair medewerkers dienen een voltooide opleiding te hebben tot hartfunctielaborant, radiologisch laborant met angiografie-ervaring, cardiofysiologisch laborant, interventielaborant of vergelijkbare opleiding. Dit dient aangetoond te worden met een kopie van het diploma.
- Gelieerde medewerkers dienen minimaal 680 uur per jaar werkzaam te zijn op een hartfunctieafdeling en/of hartcatheterisatiekamer of vergelijkbare afdeling. Het aantal werkuren wordt via de werkgeversverklaring aangetoond.

Voor deze gelieerde medewerkers is een apart aanmeldingsformulier aangemaakt. Men dient zich eerst voor het kwaliteitsregister aan te melden. Op basis van dit aanmeldingsformulier wordt een persoonlijk dossier aangemaakt en worden de inloggegevens verstrekt. Het aangepaste Reglement Kwaliteitsregister NVHV is te vinden op: www.nvhv.nl, onder 'Register' en 'Kwaliteitsregister'.

Individuele verzoeken

Geregistreerde leden van het register kunnen (scholings)activiteiten die niet door de NVHV zijn geaccrediteerd, als individueel verzoek tot accreditatie indienen. Van de 100 te behalen punten in 5 jaar, mogen 20 punten worden behaald uit overige (scholings)activiteiten. Dit is de zoge-

naamde vrije ruimte. Te denken valt aan publicaties in vakbladen, presentaties bij congressen of een regionale/lokale bijscholingsactiviteit.

Hieronder staat het overzicht. Het is heel belangrijk om bij het individuele verzoek bijlagen mee te sturen. Op basis van het programma van een activiteit, een artikel, PowerPoint-presentatie of certificaat, kan de accreditatiecommissie een beoordeling uitvoeren. Zonder bijlage(n) wordt het verzoek tot accreditatie niet in behandeling genomen.

De accreditatiecommissie beoordeelt eens per kwartaal alle ingekomen individuele verzoeken tot accreditatie. Toegekende punten worden aan het persoonlijke dossier toegevoegd. Activiteiten waar geen punten aan worden toegekend, worden gewaardeerd met 0 punten. Hiermee wordt de activiteit wel in het dossier opgenomen, maar telt het niet mee voor de herregistratie. Het aangepaste Accredi-

tatiesysteem NVHV is te vinden op: www.nvhv.nl, onder 'Register' en 'Accreditatie'.

Bewijslast

De verantwoordelijkheid voor de bewijslast van de criteria voor de registratie ligt bij de beroepsbeoefenaar zelf. Dit betekent dat het zijn/haar verantwoordelijkheid is om het benodigde bewijsmateriaal (certificaten, diploma's, artikelen) te verzamelen, in te scannen en toe te voegen aan het persoonlijke dossier. De originele documenten dient men te bewaren en op verzoek te kunnen overleggen.

Inloggen

Inloggen in het kwaliteitsregister is alleen mogelijk via de website van de NVHV. Ga naar www.nvhv.nl, vervolgens naar 'Register' en 'Kwaliteitsregister'. Om naar het inlogscherm te gaan, kunt u op het logo boven aan de pagina klikken. 

Activiteit	Richtlijn voor accreditatiepunten
Bijscholingsprogramma's *	1 (inhoudelijk) klokuur is 1 accreditatiepunt
Nascholingsprogramma's *	1 (inhoudelijk) klokuur is 1 accreditatiepunt
Symposia en congressen *	1 (inhoudelijk) klokuur is 1 accreditatiepunt
Publicatie wetenschappelijk tijdschrift (peer reviewed)	1 ^o Auteur: 10 punten, 2 ^o Auteur: 5 punten 3 ^o Auteur: 2 punten Minimaal 2 pagina's (zonder afbeeldingen) Automatische accreditatie indien op lijst PubMed
Publicatie vaktijdschrift (niet peer reviewed)	1 ^o Auteur: 3 punten, 2 ^o Auteur: 1 punt Minimaal 2 pagina's (zonder afbeeldingen) Vakinhoudelijk artikel
Presentatie niet wetenschappelijk (cardiovasculair) congres	Invited speaker: 3 punten Geaccepteerd abstract: 3 punten
Presentatie wetenschappelijk congres (cardiovasculair)	Invited speaker: 10 punten (moet blijken uit programma) Geaccepteerd abstract: 5 punten ('peer reviewed', alleen punten voor 1 ^o auteur)
E-learning programma's	1 (inhoudelijk) klokuur is 1 accreditatiepunt
Lezen van vakliteratuur (Cordiaal)	1 punt per uitgave (5 punten per jaar voor Cordiaal)

**) maximaal 6 punten per dag, per meerdaagse bijeenkomst maximaal 24 punten, voorbereidingstijd kan niet langer zijn dan uiteindelijke sessie.*

Dit jaar zullen de verschillende werkgroepen van de NVHVV zich in Cordiaal aan u voorstellen. In ieder nummer laat de redactie twee werkgroepen aan het woord.

WERKGROEP

Atriumfibrilleren

Atriumfibrilleren (AF) is de meest voorkomende hartritmestoornis in de westerse wereld. De patiëntengroep groeit. In diverse ziekenhuizen in Nederland zijn er ontwikkelingen gaande rond opzet en implementatie van een zogenaamde AF-polikliniek. Om ondersteuning te bieden aan deze ontwikkelingen, is een landelijke Werkgroep Atriumfibrilleren opgericht. De werkgroep bestaat uit acht verpleegkundig specialisten / nurse practitioners die werkzaam zijn op het gebied van AF



Doel

De werkgroep draagt bij aan het optimaliseren van zorg aan patiënten met AF, waarbij de (verpleegkundige) begeleiding en behandeling van deze patiënten centraal staat. Ze probeert eenduidigheid en transparantie in de zorg aan te brengen en de diverse ontwikkelingen binnen Nederland te coördineren.

Ook richten we ons op de professionalisering van (gespecialiseerd) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en nurse practitioners door het opzetten van een kennisnetwerk en het verzorgen van scholingen op het gebied van AF. Op 24 mei werd een CNE georganiseerd met het thema: 'Nieuwe inzichten betreffende behandeling van Atriumfibrilleren: richtlijn 2010, ablatie en resultaten AF-polikliniek'.

Speerpunt 2011: gestroomlijnde zorg

In 2010 heeft de werkgroep een standaardmodel atriumfibrilleren ontwikkeld. Het model beschrijft het poliklinische zorgproces voor patiënten met AF en is opgebouwd aan de hand van een aantal te nemen stappen in het

zorgproces. Het doel van het zorgmodel is tweeledig: het kan enerzijds als kapstok en checklist gebruikt worden bij de ontwikkeling en implementatie van een AF-polikliniek in de dagelijkse praktijk en anderzijds als evaluatie-instrument voor instellingen die reeds gestart zijn met een AF-polikliniek. Transparantie en optimalisatie van zorg voor de patiënt met AF staan centraal. Het zorgmodel is bedoeld voor gespecialiseerd verpleegkundigen die betrokken zijn bij de begeleiding en

Petra van Veen, verpleegkundig specialist cardiologie Van-Weel Bethesda ziekenhuis Dirksland, lid werkgroep AF

E-mail: p.vanveen@vanweelbethesda.nl

behandeling van patiënten met AF, maar ook voor cardiologen, het management van ziekenhuisinstellingen, huisartsen en overige geïnteresseerden op dit terrein. Met dit model wil de werkgroep een 'wildgroei' aan AF-poliklinieken voorkomen.

Het model is gepresenteerd op CarVasZ 2010 en is medio 2011 via de website van de NVHVV beschikbaar. Een belangrijke vervolgstap zal zijn het creëren van draagvlak binnen cardiologisch Nederland. 

WERKGROEP

Hartrevalidatie

In 1993 is de werkgroep Hartrevalidatie opgericht naar aanleiding van het rapport 'Hartrevalidatie op maat', opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologen (NVVC). De werkgroep had een adviserende rol en na de afronding van de richtlijn is de werkgroep ontbonden.

De NVVC heeft de richtlijn verder uitgewerkt, maar de rol van de verpleegkundige kwam onvoldoende naar voren. Verpleegkundigen reageerden met ongenoegen, wat leidde tot oprichting van een werkgroep Verpleegkundigen en Hartrevalidatie.

De werkgroep was actief betrokken bij het opstellen van de Richtlijnen Hartrevalidatie en de organisatie van netwerkdagen. Ook leverde ze een bijdrage aan congressen en symposia. Een van de belangrijkste ontwikkelingen was het starterspakket, een leidraad voor de opzet van hartrevalidatie. De werkgroep was actief betrokken bij de deskundigheidsbevordering

van hartrevalidatieverpleegkundigen en bij de totstandkoming van een beroepsdeelfprofiel voor hartrevalidatieverpleegkundige. Ook is ze betrokken bij de opleiding voor hart- en vaatverpleegkundige aan de Hogeschool Utrecht.

Doel

De werkgroep hartrevalidatie stelt zich ten doel de inbreng van de verpleegkundige expertise in de hartrevalidatie te bevorderen, met de Richtlijnen Hartrevalidatie van de Hartstichting en NVVC als uitgangspunt.

Activiteiten

Recent hebben we onze deelname afgerond aan de herziening van de Richtlijn Hartrevalidatie. Het ging hierbij om psychosociale aspecten en om arbeidsintegratie. De werkgroep organiseert Continuing Nursing Education (CNE). We hebben een adviserende rol voor verpleegkundigen op het gebied van hartrevalidatie. 



Oproep: Heb je belangstelling om een actieve bijdrage te leveren binnen het werkveld Hartrevalidatie? Of heb je vragen of suggesties? Mail dan met: j.j.doornenbal@amc.nl

Van 1 tot en met 5 oktober vindt in Lissabon de 25e bijeenkomst plaats van EACTS. Voor verpleegkundigen is er een speciaal symposium van twee dagen met het thema 'teamwork'.

Richard van Valen, nurse practitioner cardio-thoracale chirurgie Erasmus MC
Rianne Kalkman, administrative director EACTS

E-mail: r.vanvalen@erasmusmc.nl

Speciaal tweedaags programma voor verpleegkundigen

Internationale wetenschappelijke bijeenkomst EACTS

Dit jaar organiseert de Europese Vereniging voor Cardio-Thoracale Chirurgie (EACTS) haar 25e internationale wetenschappelijke bijeenkomst. Dit is het forum in Europa waar nieuw wetenschappelijk onderzoek wordt gepresenteerd en nieuwe chirurgische technieken worden besproken op het gebied van zowel hart- als longchirurgie. De bijeenkomst vindt van 1 tot en met 5 oktober plaats in Lissabon (Portugal).

De EACTS realiseert zich dat hart- en longchirurgie niet mogelijk is zonder een team van medewerkers. Niet alleen het team op de operatiekamer, maar ook de teams op de intensive care, de verpleegafdelingen en de poliklinieken spelen een essentiële rol. Kortom, de taken van verpleegkundigen, nurse practitioners en physician assistants worden steeds belangrijker. Vanwege de specifieke kennisbehoeften, heeft de EACTS vorig jaar voor het eerst een speciaal symposium georganiseerd voor onze beroepsgroep, gericht op de beroepsontwikkeling en kennisverdieping.

Netwerk

De eerste ervaringen met dit speciale tweedaagse symposium voor verpleegkundigen zijn goed. Een enthousiaste groep uit diverse landen had onder leiding van de administrative director van de EACTS een programma gemaakt, waarin veel relevante onderwerpen de revue passeerden. Op de eerste dag vond het Techno College plaats. Alle vakgebieden binnen de cardio-thoracale chirurgie (van chirurg tot perfusionist) kregen de laatste ontwikkelingen en technieken gepre-



senteerd via live chirurgie of video-opnames. Op de tweede dag was de Postgraduate Course voor de nurses, nurse practitioners and physician assistants. Zowel verpleegkundigen als chirurgen gaven lezingen en boden in de discussies gelegenheid om ervaringen te delen. Daarnaast zijn deze dagen bij uitstek een mogelijkheid om je netwerk op international niveau te vergroten.

Teamwork

Dit jaar wordt voor de tweede keer het symposium voor nurses, nurse practitioners en physician assistants georganiseerd. Het centrale thema is 'teamwork'. Ook nu is het een tweedaags programma: Techno College op 1 oktober en Postgraduate Course op 2 oktober. Er is een gereduceerd tarief voor deze twee dagen. Vooraanstaande (thorax)chirurgen en thorax-chirurgische verpleegkundigen

uit heel Europa leveren bijdragen. Daarnaast is er dit jaar voor het eerst een onderdeel waarin zorgonderzoek door verpleegkundigen gepresenteerd wordt.

We hopen dit jaar het aantal deelnemers aan dit speciale symposium uit te breiden naar honderd, zodat een internationaal netwerk voor cardio-thoracale verpleegkundigen kan worden gerealiseerd. Om dit te bereiken, zijn we druk bezig om collega's in alle landen te betrekken bij het programma en te enthousiasmeren voor deze dagen. Natuurlijk rekenen we dit jaar ook weer op de komst van een grote groep collega's uit Nederland. Zie voor meer informatie ook: <http://www.eacts.org/content/25am-scientific-programme> 

Beide auteurs behoren tot het organiserend comité en zijn gaarne bereid om vragen en opmerkingen te bespreken.

Bericht van het NVHV-bestuur

Vrijwilligers

Op 8 juni vond de bestuursvergadering van de NVHV plaats. Tijdens deze vergadering komen de voorzitters van de werkgroepen aan het woord om te vertellen hoe de stand van zaken is binnen hun werkgroep. Iedereen die regelmatig de Cordiaal leest en ook deze rubriek, weet dat een vereniging als de onze bestaat dankzij de geweldige inzet van veel vrijwilligers. Als cardio-vasculaire verpleegkundigen hebben we een bloeiende vereniging. Echter de werkgroep Acute Cardiale Zorg kampt al geruime tijd met een tekort aan leden, waardoor de werkgroep niet de gewenste bijdragen kan leveren aan de congressen en scholing. Dit betekent onder andere dat de CNE die gepland staat op 29 september niet zal doorgaan.



- ♥ Ben je werkzaam binnen de acute cardiale zorg en heb je minimaal 1 jaar werkervaring als CC-verpleegkundige?
- ♥ Wil je als eerste op de hoogte zijn van alle landelijke ontwikkelingen rondom de acute cardiale zorg?
- ♥ En ben je bereid energie en tijd te steken in activiteiten om de werkgroep acute cardiale zorg verder te ontwikkelen en stevig te positioneren binnen de NVHV?

Wil je meer informatie of je aanmelden als lid van de werkgroep Acute Cardiale Zorg? Neem dan contact op met ons en stuur je mail naar acutecardialezorg@nvhv.nl of kijk op de website www.nvhv.nl onder het kopje werkgroepen. Hier vind je informatie over onze kernactiviteiten

Werkgroep Acute Cardiale Zorg

Binnen Nederland hebben een kleine honderd ziekenhuizen een acute cardiale afdeling, hetzij in de vorm van een CCU, EHH of gecombineerde IC/CC. Veel van onze leden werken op deze afdelingen. Ondanks herhaaldelijke verzoeken van de werkgroep Acute Cardiale Zorg zijn we er niet in geslaagd collega's te enthousiasmeren voor een actieve rol binnen de vereniging. Het NVHV-bestuur heeft daarom, na een lange discussie, besloten om de werkzaamheden van deze werkgroep voorlopig onder te brengen bij andere werkgroepen. We hopen echter dat zich snel collega's melden, die het van belang vinden om onze vereniging actief te ondersteunen.

Begroting

Tijdens de ALV van 27 mei heeft het bestuur van de NVHV een aangepaste begroting gepresenteerd. Een en ander heeft ook invloed op de werkzaamheden van het secretariaat van de NVHV. In deze tijden van economische crisis moeten we ook binnen de vereniging de broekriem aansnoeren. Samen met Mechtilde Stavenuiter heeft het DB bekeken hoe we op verschillende punten kunnen bezuinigen. De werkzaamheden van het secretariaat van de NVHV zullen daarom worden aangepast. Dit betekent voor onze leden dat het bureau alleen nog telefonisch te bereiken is op woensdagmiddag.

Expertmeeting

De NVHV was op 31 mei vertegenwoordigd bij een expertmeeting, die georganiseerd was door de inspectie van de gezondheidszorg. Aanleiding voor deze bijeenkomst was een onderzoek naar de sociaaleconomische en etnische verschillen in gezondheidszorguitkomsten op het terrein van hart- en vaatziekten. De expertmeeting heeft geleid tot een advies aan de inspectie om meer onderzoek te doen over dit onderwerp met relevantere data.

Kwaliteitsregister

Graag wil ik alle leden van onze vereniging oproepen om zich in te schrij-

Stella Kuiken,
voorzitter NVHV

E-mail: voorzitter@nvhv.nl



Stella Kuiken,
voorzitter NVHV

ven in het kwaliteitsregister. Door je na- en bijscholingen inzichtelijk te maken, kun je aantonen hoe het met je kennis en vaardigheden gesteld is. De accreditatiecommissie heeft vastgesteld dat ook het lezen van de Cordiaal je punten oplevert; per Cordiaal ontvang je 1 punt. Ook leden die niet BIG-geregistreerd zijn, zoals interventietmedewerkers en hartfunctielaboranten, kunnen zich aanmelden (zie ook pagina 100).

Projecten

Binnen de NVHV zijn we bezig om een aantal richtlijnen te vertalen naar zorgpaden. Op 6 april ben ik samen met onze projectleider Allende van Goor naar de NVVC geweest om te kijken of we op deze punten kunnen samenwerken. De NVVC heeft haar intussen uitgenodigd om samen met de Commissie Kwaliteit van de NVVC te bezien hoe die samenwerking verder gestalte kan krijgen. Ook de rol van de verpleegkundig specialisten binnen de NVVC is aan bod gekomen. Op 15 juni heeft hierover een bijeenkomst plaatsgevonden, waaraan Van Goor heeft deelgenomen.

Felicitering

Namens het NVHV-bestuur wil ik Josiane Boyne, verpleegkundig specialist hartfalen in het UMC Maastricht, feliciteren met de onderscheiding "Nursing Investigator Award" die de European Society of Cardiology haar toekende voor haar onderzoek naar tele-begeleiding bij patiënten met chronisch hartfalen. 

2011

27-31 augustus

ESC congress 2011*

European Society of Cardiology (ESC)

Parijs, Frankrijk www.escardio.org

9 september

CNE ICD 'Biventriculaire ICD' *

Cursus- en vergadercentrum Domstad, Utrecht

www.nvhvv.nl

20 september

CNE Vascular Care, 'Hypertensie en Dyslipidemie'*

Utrecht www.nvhvv.nl

29 september

AF-poli symposium 2011 *

Amersfoort www.afpoli.nl

29, 30 september, 17,18 en 25 november 2011

Psychosociale begeleiding door verpleegkundigen*

Baarn te Utrecht www.hartstichting.nl

7 oktober

CNE Hartrevalidatie, 'Hartrevalidatie bij een ICD-patiënt' *

Utrecht www.nvhvv.nl

8 oktober

Vlaams cathlabsymposium 2011 *

Blankenberge, België www.cathlabvereniging.be

7- 8 oktober

Eurothrombosis Summit 2011

Oporto, Portugal www.escardio.org

12 oktober

Hypothermie en Reanimatiemanagement

NIVAZ Reehorst, Ede www.nivaz.nl

14 - 15 October 2011

ERC Resuscitation 2011 Implementation

Valletta, Malta <http://congress2011.erc.edu/>

2, 3 november

Aandacht voor draagkracht; omgaan met CVA *

Baarn te Utrecht www.hartstichting.nl

2 december

CarVasZ, 'De patiënt als dirigent'

Beatrixgebouw, Jaarbeurs Utrecht

www.carvasz.nl of www.nvhvv.nl

** Voor deze scholingsactiviteiten is accreditatie
aangevraagd bij de NVHV*

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

Het CarVasZ congres van dit jaar staat in het teken van zelfmanagement. In diverse sessies komen dilemma's en vragen rond 'de patiënt als dirigent' aan de orde.

Linda Joziassie en Colinda Koppelaar, werkgroep Congressen

E-mail: c.koppelaar@erasmusmc.nl

2 December in de Jaarbeurs te Utrecht

CarVasZ 2011: de patiënt als dirigent

Zijn er nog mensen die na vorig jaar de trip naar CarVasZ aandurven? Ja? Mooi. Want op 2 december is het weer zover. Na een jaar te hebben moeten wachten is CarVasZ 2011 een feit. Op de NS hebben wij natuurlijk geen invloed, maar we vertrouwen erop dat u dit jaar, in tegenstelling tot vorig jaar, gewoon naar huis kunt na het congres voor de cardiovasculaire zorg. Daarom vindt CarVasZ ook nu weer plaats in de Jaarbeurs te Utrecht.

Dit jaar is het thema 'de patiënt als dirigent'. Zelfmanagement is niet meer weg te denken in de zorg voor hart- en vaatpatiënten. Wat betekent dat voor de patiënt en wat is ervoor nodig? En vooral: waarom is het belangrijk dat de patiënt zelf de dirigent wordt en blijft? Even belangrijk is de vraag hoe zorgverleners hierbij kunnen helpen. Wat bijvoorbeeld te doen als het de patiënt even niet lukt om de dirigent vast te houden en hij zijn drijfveren kwijt is? In de plenaire openingssessie zal Jeanny Engels op deze vragen ingaan.

Daarna zal professor Timmermans bespreken hoe patiënten risico's waarnemen en waarom ze die al of niet gebruiken bij beslissingen. Daarbij geeft ze de voor- en nadelen van verschillende manieren om over risico's te communiceren. Tenslotte stelt ze barrières aan de orde die zowel bij de patiënt als bij de zorgverlener bestaan, en die het gezamenlijk beslissen over behandelingen (shared decision making) in de weg staan.

Sessies en workshops

Na de openingssessie kunnen deelnemers kiezen uit 27 parallelsessies die zoveel mogelijk zijn afgestemd op het thema, zoals: laaggeletterdheid, hulp bij het kiezen van de beste zorg en omgaan met wensen van hartfalenpa-

tiënten in de palliatieve fase. Ook zijn er drie interessante sessies over kindercardiologie, waaronder een workshop 'reanimatie bij kinderen'. Natuurlijk zijn alle stromingen binnen de cardiologie vertegenwoordigd met informatie over procedures, nieuwe ontwikkelingen en interessante projecten. Om de groeiende groep gespecialiseerde verpleegkundigen te ondersteunen, hebben we een aantal sessies en workshops toegespitst op deze groep.

Lunchsymposium

Nieuw dit jaar is een lunchsymposium over de komst van nieuwe orale anti-stollingsmiddelen bij chronische ziektebeelden. De focus ligt op de werking van dergelijke medicatie, het waarom hiervan en wanneer je ze inzet. Er komen twee onderwerpen aan bod: stroke prevention bij patiënten met atriumfibrilleren en behandeling van veneuze trombo-embolie. Deze nieuwe toevoeging aan het programma houdt

wel in dat aanvangstijden zijn veranderd; houd die dus in de gaten. Het volledige programma staat op pagina 106 en 107 en de toelichting op de sessies vindt u in het middendeel van deze Cordiaal. Kijk ook op: www.nvhvv.nl voor info en aanmelden.

Abstracts

Wilt u uw collega's informeren over nieuwe ontwikkelingen op uw afdeling, over de resultaten van uw onderzoek of over een geslaagde implementatie? Stuur dan digitaal een abstract in. Als een abstract geaccepteerd wordt, ontvangt de eerste auteur 50 procent reductie op de entreeprijs van het congres (zie kader).

Accreditatie

Ook dit jaar is er weer accreditatie aangevraagd bij de NVHV, V&VN en de verpleegkundig specialisten. U bent van harte welkom op 2 december 2011 in de Jaarbeurs te Utrecht.

Tot ziens! 

Indienen abstracts CarVasZ 2011

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 NVHV
- beoordelingscriteria zijn: innovatief karakter, relevantie voor de praktijk, gehanteerde methodiek, wetenschappelijk onderbouwing en wijze van presentatie

- alle geaccepteerde en gepresenteerde abstracts worden gepubliceerd in het congresboek.
- de wijze van presentatie wordt na indiening bepaald.

3. Inzending en deadline

Abstracts kunnen tot **uiterlijk 16 september 2011** digitaal ingestuurd worden naar: k.haas@congresscompany.com. De volledige informatie staat ook vermeld op www.nvhvv.nl en www.congresscompany.com. Auteurs zullen rond 3 oktober 2011 horen of hun bijdrage geaccepteerd is. Zij hebben dan nog tot 14 oktober de gelegenheid om zich voor het gereduceerde tarief in te schrijven.



**Vrijdag
2 december
2011**

**Jaarbeurs,
Beatrixgebouw,
Utrecht**

09.15 - 10.15 PLENAIRE OPENINGSSESSIE:
Sessievoorzitter: **J. Hendriks**

De patiënt als dirigent

Welkom en opening
Hoe word ik dirigent?

Risico's gewogen. De communicatie van behandelingsrisico's voor geïnformeerde patiëntenbeslissingen

10.15 - 10.45 KOFFIEPAUZE

10.45 - 12.15 PARALLELSESSIES **1** t/m **9**

Sessie 1 Sessievoorzitter: A. van Goor	Sessie 2 Sessievoorzitter: T. de Velde Harsenhorst	Sessie 3 Sessievoorzitter: A. Venema	Sessie 4
WORKSHOP	THORAXCHIRURGIE	WORKSHOP HARTREVALIDATIE / VASCULAIRE ZORG	WORKSHOP
Klinisch redeneren voor de verpleegkundig specialist <i>I.J.D. Jüngen</i>	<u>Het steunhart: van implantatie tot transplantatie</u> Indicaties en complicaties <i>B. Rodermans</i> Sociale aspecten <i>N. Hulstein</i>	Rokende hartpatiënten: hoe motiveren en verwijzen naar professionele hulp? <i>N. Berndt</i>	<u>Snijssessie</u> <i>J.J. van Weezel & P.C. van de Woestijne</i>
Max. 40 deelnemers		Max. 25 deelnemers	Max. 30 deelnemers

12.15 - 13.45 LUNCHPAUZE

12.30 - 13.30 **NVHV LUNCH SYMPOSIUM: De komst van de nieuwe orale antistollingsmiddelen bij de chronische ziekte**
Stroke prevention bij patiënten met atriumfibrilleren
Behandeling van Veneuze Trombo-Embolie

13.45 - 15.15 PARALLELSESSIES **10** t/m **18**

Sessie 10 Sessievoorzitter: E. de Haan	Sessie 11 Sessievoorzitter: M. Bril	Sessie 12 Sessievoorzitter: A. Finke	Sessie 13 Sessievoorzitter: A. Veldt
WORKSHOP	THORAXCHIRURGIE	HARTREVALIDATIE	ACUTE ZORG
Klinisch redeneren voor de cardiovasculaire verpleeg- kundige <i>I.J.D. Jüngen</i>	<u>Anterolateraal chirurgie</u> De chirurgische ingreep <i>J. Grandjean</i> Patiënt-benadering en complicaties <i>P. Spekreyse</i>	Laaggeletterdheid en hart- en vaatziekten. Help, ik snap mijn dokter niet! <i>T.B. Twickler</i>	<u>Eerste Hart Hulp</u> Het opzetten van een EHH, succesfactoren en valkuilen <i>M. Gielen</i> De rol van de Nurse Practitioner op de EHH <i>R. van den Brink</i>
Max. 40 deelnemers			

15.15 - 15.45 THEEPAUZE

15.45 - 16.45 PARALLELSESSIES **19** t/m **27**

Sessie 19 Sessievoorzitter: M. Meesterman	Sessie 20 Sessievoorzitter: M. Visser	Sessie 21 Sessievoorzitter: J. Doornenbal	Sessie 22
WORKSHOP	THORAXCHIRURGIE	HARTREVALIDATIE	WORKSHOP
Auscultatie van hart en vaten <i>R. Peters</i>	Kwaliteit van leven na hartchirurgie: Resultaten van een digitale enquête na ontslag <i>W. van Boven & A. van Veen</i>	Vrouwspecifieke cardiologie in de praktijk <i>A. Maas</i>	Tips and tricks voor tijdelijke pacemakers <i>R.M.D. Nathoe</i>
Max. 40 deelnemers			Max. 20 deelnemers

16.45 - 17.15 AFSLUITING MET BORREL



S. Kuiken, voorzitter NVHW
J. Engels
D.R.M. Timmermans

Sessie 5 Sessievoorzitter: M. Lenzen	Sessie 6 Sessievoorzitter: M. de Ronde	Sessie 7 Sessievoorzitter: A. Kolkman	Sessie 8 Sessievoorzitter: S. Elshout	Sessie 9 Sessievoorzitter: W. de Vries
WETENSCHAPPELIJK OZ.	INTERVENTIE CARDIOLOGIE	AF	ICD	KINDERCARDIOLOGIE
Wetenschappelijk onderzoek en de Medisch Ethische Toetsings Commissie. Informatie, regelgeving en ruimte voor al uw vragen <i>Secretaris METC</i>	Hulp bij het kiezen van de beste zorg volgens Dr. Yep <i>J. Lebbink</i> Percutane interventies bij volwassen patiënten met congenitale afwijkingen <i>R.J. de Winter</i>	EFO en chirurgische mogelijkheden bij AF patiënten <i>Y. Blaauw</i> De AF polikliniek: praktische toepassing en resultaten van een wetenschappelijk onderzoek <i>J. Hendriks</i>	Het rijbewijs bij patiënten met een ICD, hartfalen of een hartinfarct <i>R. Bredewoud</i> Wanneer mag mijn ICD uit? Wie beslist? <i>L. van Erven</i> VT-ablatie bij ICD dragers <i>G. de Ruiter</i>	<u>Hypoplastisch linker hart</u> Diagnose en therapie <i>I. Frohn</i> Ervaring van een ouder met een kind met hypoplastisch linker hart <i>Spreker n.t.b.</i> De rol van het maatschappelijk werk <i>C. Verboom</i>

ktebeelden

Dit lunchsymposium wordt mede mogelijk gemaakt door



Bayer HealthCare

Sessie 14 Sessievoorzitter: S. Roos	Sessie 15 Sessievoorzitter: S. Staphorst	Sessie 16 Sessievoorzitter: P. Ninaber	Sessie 17 Sessievoorzitter: M. Verkerk	Sessie 18
VASCULAIRE ZORG	INTERVENTIE CARDIOLOGIE	HARTFALEN / AF	ICD	WORKSHOP / KINDERCARDIOLOGIE
<u>Individueel zorgplan</u> Chronic care model en zorgstandaard <i>C. Spreeuwenberg</i> Patiënten perspectief zorgstandaard. Stappenplan voor implementatie <i>A.M. Strijbis</i> Patiënten-ervaringen met individueel zorgplan <i>K. Idema</i>	Stereotaxis, dotteren met magneetnavigatie <i>M. Patterson</i> Shortstay is save <i>A. van Dulleman</i>	AF en HF, vriend en vijand <i>C. Knackstedt</i> CMP en genetica. Hartfalen, een familiekwaa!? <i>M. Michels</i>	Gezond leven: Zelfmanagement van hartpatiënten <i>J. Zweers</i> Mindfulness als hulpmiddel bij angst voor ICD shocks <i>J. Dooijewaard</i>	Reanimatie bij kinderen: Zijn 'leken' beter dan professionals? Theorie en oefenen in kleine groepjes. <i>M. Kampen & A. Vijfinkel</i> Max. 24 deelnemers

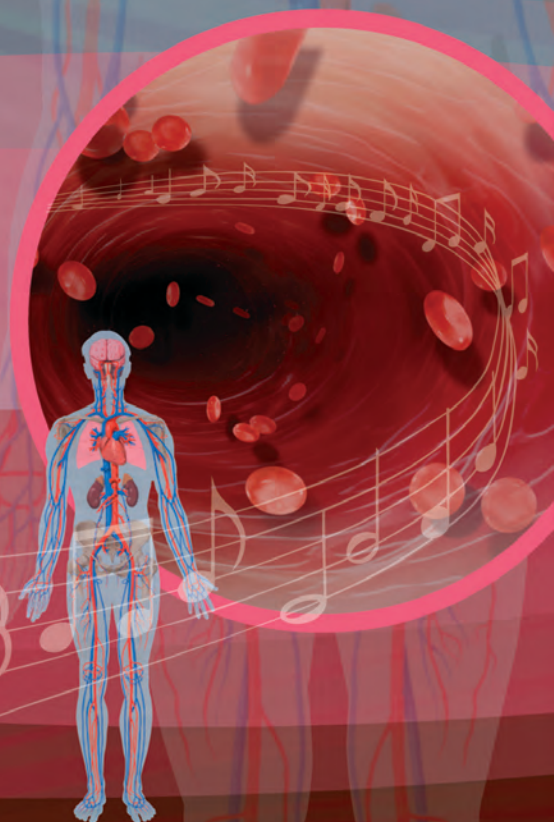
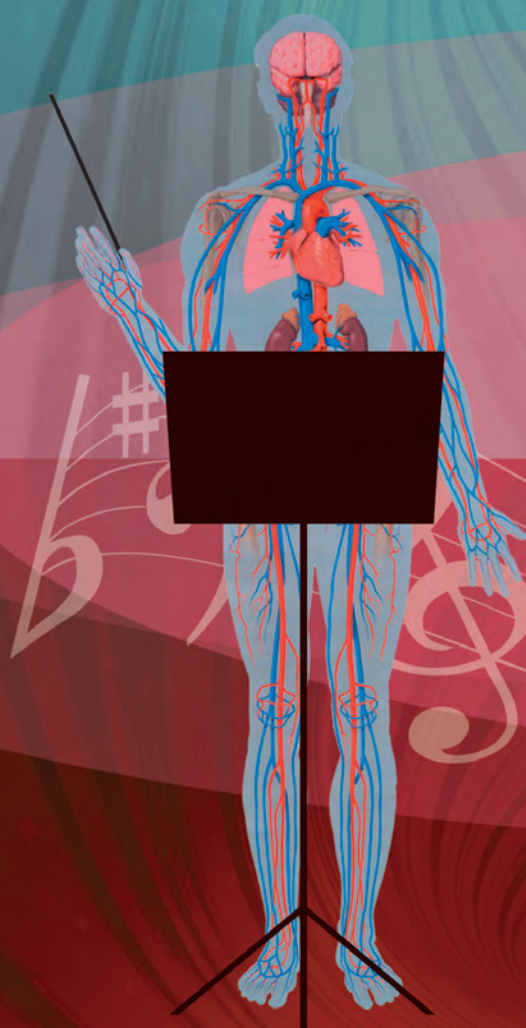
Sessie 23 Sessievoorzitter: M. Hultink	Sessie 24 Sessievoorzitter: M. Vermeulen	Sessie 25 Sessievoorzitter: J. Janssen-Boyne	Sessie 26 Sessievoorzitter: E. van 't Verlaat	Sessie 27 Sessievoorzitter: M. van der Holst
VASCULAIRE ZORG		HARTFALEN	WETENSCHAPPELIJK OZ.	KINDERCARDIOLOGIE
Claudicationet. Optimale zorg voor patiënten met claudicatio intermittens <i>D. van Dalen</i>	CAG en interventie in 2011: Waarom radicaal acces? <i>N. van Mieghem</i> Rechter ventrikel impella <i>J.P. Henriques</i>	Patiënten met hartfalen in de palliatieve fase. Wat is hun wens? <i>D. Janssen</i>	Presentatie van abstracts over nieuwe ontwikkelingen, resultaten van onderzoek of implementaties	<u>ASD, AVSD en VSD</u> Diagnose en therapie <i>T. Waterbolk</i> Late complicaties <i>R. Zwart</i>

Hét congres voor de Cardio Vasculaire Zorg

De patiënt als dirigent



Vrijdag 2 december 2011
Beatrixgebouw, Jaarbeurs Utrecht



**Pagina
105**

- 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