

Type D persoonlijkheid

CORDIAL

JAARGANG 30, OKTOBER 2009

inhoud

Pagina 111

Organiseren, coördineren en navigeren in de zorg
Jeroen Hendriks

Pagina 112

Zorgstandaard vasculair risicomanagement
Bert Vrijhoef en Anne-Margreet Strijbis

Pagina 116

Hartrevalidatie voor een gezonder leven
Sandra Verhagen

Pagina 120

De hartinfarctpoli
Wendy Stouten en Eelkje Wolf

Pagina 123

Vraag en antwoord: out of hospital cardiac arrest
Cyril Camaro

Pagina 124

Familieleden bij reanimeren
Theo de Zwart

Pagina 128

De Hart&Vaatgroep

Pagina 129

Vraag en antwoord: out of hospital cardiac arrest
Cyril Camaro

Pagina 130

ICD-patiënten met een type D persoonlijkheid
Jenny van Son en Susanne Pedersen

Pagina 134

Congresverslag: Heart Failure 2009

Pagina 138

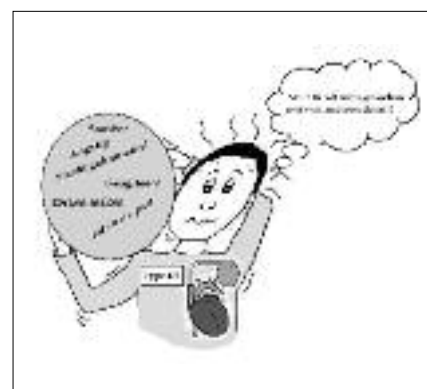
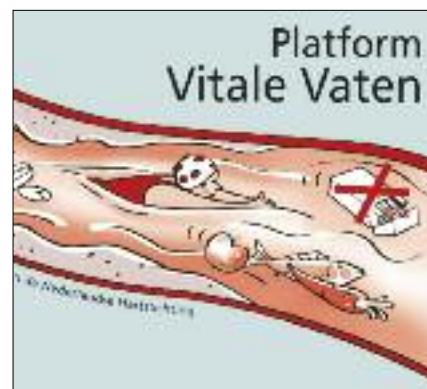
Verenigingsnieuws en agenda

Pagina 140

Boekbesprekingen

Pagina 143

Schrijven congresverslag



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

Marja Veldhuijzen, Erasmus MC, Rotterdam
(hoofdredacteur)
Titia Rietema, UMCg, Groningen
(vice-hoofdredacteur)
Gert Fleer, UMC St. Radboud, Nijmegen.
Jeroen Hendriks, AZM, Maastricht
Margje Vermeulen, UMC, Utrecht.
Martje van der Wal, UMCg, Groningen
Eelke Wolf, St Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

Eindredactie

Bep Franke, Synopsis Tekst & Redactie

Vormgeving

Bert Hoogeveen,
HGVB Fotografie en Grafische Vormgeving

Omslagfoto

Marja Veldhuijzen

Advertentie-exploitatie

Informatie en tarieven op aanvraag
bij het NVHV-bureau

Redactieraad

Ron Bakker (VU medisch centrum, Amsterdam)
Nico van den Berg (Werkgroep Interventiecardiologie)
Josiane Boyne (Werkgroep Hartfalen)
Anne-Margreet van Dishoeck
(Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek)
Eric Hendriks (Werkgroep Hartfalen)
Toon Hermans (Werkgroep Communicatie, webmaster)
Bob Hooijsma (Werkgroep Acute Cardiale Zorg)
Colinda Koppelaar (Werkgroep Congressen)
Evelina van de Kraats (Werkgroep Thoraxchirurgie)
Vacature (Werkgroep ICD-begeleiders)
Elize Prins (Werkgroep Vasculaire Verpleegkunde)
Anneke Venema (Werkgroep Hartrevalidatie)
Lenneke Verdouw
(Werkgroep Vasculaire Verpleegkunde)

Redactiesecretariaat (NVHV-bureau)

Mechtild Stavenhouter
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 € 47,50 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

CAMPINA INSTITUTE
voor zuivel en gezondheid

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Organiseren, coördineren en navigeren in de zorg

De titel van CarVasZ, hét congres voor de Cardio Vasculaire Zorg, is Navigeren in de zorg. Deze titel verwijst naar actuele ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg. In de dagelijkse praktijk worden we steeds vaker geconfronteerd met richtlijnen, protocollen en standaarden om de zorg beter te organiseren en te coördineren of, in termen van de congresstitel, te navigeren.

De medische en technische ontwikkelingen in de zorg zijn de laatste decennia sterk verbeterd en ziekenhuizen pretenderen topreferente zorg te verlenen. Om deze zorg te kunnen aanbieden, is een organisatie nodig waarin diverse disciplines op een hoog deskundigheidsniveau samenwerken. Vaak wordt ook wetenschappelijk onderzoek gedaan, om bestaande zorg en de resultaten daarvan te evalueren, of juist nieuwe inzichten te onderzoeken en te implementeren in de dagelijkse praktijk.

Bij al deze ontwikkelingen kan de organisatie van de zorg niet achterblijven, mede gezien het feit dat het aantal patiënten met een chronische aandoening jaarlijks toeneemt. Voor de organisatie van zorg zijn diverse modellen ontwikkeld. Vaak vergt het toepassen van deze modellen in de praktijk een rigoureuze aanpassing van bestaande opvattingen en werkwijzen. Te denken valt bijvoorbeeld aan de omslag van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg. Een ander voorbeeld is multidisciplinaire samenwerking en het verschuiven van werkzaamheden tussen beroepen (substitutie). Verpleegkundigen kunnen hierdoor een nog evidentere rol krijgen in het zorgproces. Een belangrijk uitgangspunt in de modellen is de centrale plaats van de patiënt. Daarbij wordt, aan de hand van de wensen van de patiënt en conform de actuele richtlijnen, de zorg zodanig 'genavigeerd' dat een zorg-opmaat pakket voor de individuele patiënt ontstaat.

In deze Cordiaal vindt u artikelen waarin het navigeren in de zorg een belangrijke rol speelt. U kunt lezen over de nieuwe Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement. Deze standaard beschrijft de organisatorische elementen die noodzakelijk zijn voor geïntegreerd vasculair risicomanagement. De zorgstandaard neemt de patiënt als uitgangspunt; de patiënt werkt samen met de zorgverleners aan het verbeteren van zijn risicoprofiel. Aan het tot stand komen van de standaard hebben zowel zorgverleners als patiënten een bijdrage geleverd.

Voor patiënten die een hartinfarct of een hartoperatie hebben gehad, is een hartrevalidatieprogramma een belangrijk element op weg naar een gezonder leven. Naast het verbeteren van het risicoprofiel, is het doel van deze programma's het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal functioneren. Andere onderwerpen in deze Cordiaal zijn de aanwezigheid van familieleden bij een reanimatie, de hartinfarctpolikliniek waarbij het belang van voorlichting in de poliklinische fase nader belicht wordt, en het risico op psychologische stress bij patiënten met een ICD en een type D persoonlijkheid. Daarnaast vindt u de gebruikelijke onderdelen zoals vragen en antwoorden bij het ECG van een patiënt met een out of hospital arrest, congresverslagen en boekbesprekingen. Kortom, een Cordiaal die je niet mag missen!

Veel leesplezier,
Jeroen Hendriks



De zorgstandaard vasculair risicomanagement is een aanvulling op de multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement. De zorgstandaard beschrijft de organisatie van vasculair risicomanagement. Aan het tot stand komen van deze standaard hebben veel belanghebbenden, zoals zorgverleners en patiënten, meegewerkt. Nu is het aan diezelfde belanghebbenden om met de zorgstandaard aan de slag te gaan.

Bert Vrijhoef, bijzonder hoogleraar Chronische Zorg TRANZO, Universiteit van Tilburg, universitair hoofddocent vakgroep Zorg en Verpleging en hoofd onderzoek afdeling Transmurale Zorg, Maastricht University Medical Centre, onderzoeksschool CAPHRI
Anne-Margreet Strijbis, projectmanager Platform Vitale Vaten, Nederlandse Hartstichting, Den Haag

E-mail: b.vrijhoef@zgw.unimaas.nl

Woorden zijn dwergen, daden zijn reuzen

Zorgstandaard vasculair risicomanagement

Inleiding

De zorg voor mensen met een chronische aandoening staat volop in de aandacht. Volgens minister Klink is ons huidige stelsel onvolledig toegesneden op de uitdagingen die voor ons liggen. Hij zegt hierover: "Dat komt onder meer omdat de zorg meestal is georganiseerd vanuit de beroepsgroepen en de instellingen. Maar voor bijvoorbeeld de aanpak bij chronische ziekten is een nieuwe vorm van samenhang en samenwerken nodig, waarbij de patiënt het stuur van het eigen leven ook zoveel mogelijk terugkrijgt. Er is onvoldoende samenhang en samenwerking en ook te weinig substitutie tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen. Bovendien worden de eerste en de tweede lijn op een verschillende manier betaald."¹

Voor de organisatie van de zorg voor mensen met chronische aandoeningen en het opheffen van de diverse tekortkomingen daarbij, zijn diverse concepten of modellen in omloop. Hierbij valt te denken aan case management, disease management, ketenzorg en geïntegreerde zorg. Hoewel de diverse modellen overlap vertonen, zijn ze grofweg te onderscheiden naar hun primaire aangrijpingspunt om de organisatie van zorg te verbeteren. Case management en disease management zijn voorbeelden van modellen die de patiënt als uitgangspunt nemen. Bij ketenzorg staat de zorgaanbieder centraal, terwijl bij geïntegreerde zorg beide actoren worden aangesproken.²

Ofschoon de multidisciplinaire richt-

lijn cardiovasculair risicomanagement³ een onmisbaar element is voor het verbeteren van de organisatie van zorg, spreekt die met name zorgverleners aan. Zelfs als alle zorgverleners deze richtlijn maximaal zouden toepassen, zijn de uitkomsten van zorg mede afhankelijk van de inbreng van patiënten. Met deze constatering en ook in het licht van de voorspelde toename van het aantal mensen dat voor vasculair risicomanagement in aanmerking komt, de verwachte toename in de werklust van zorgaanbieders, en de suboptimale kwaliteit van het huidige vasculair risicomanagement,

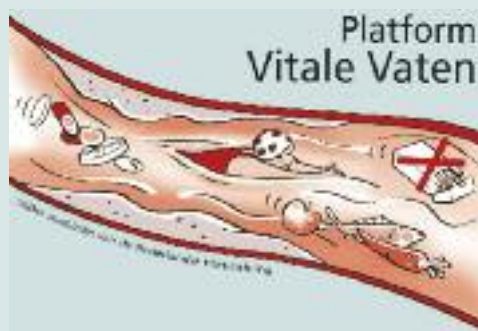
heeft het Platform Vitale Vaten (zie kader) het initiatief genomen de zorgstandaard vasculair risicomanagement te ontwikkelen.

Integratie van elementen en actoren

Voor de beschrijving van een geïntegreerde aanpak voor vasculair risicomanagement is het Chronic Care Model (zie figuur 1) als uitgangspunt genomen. Dit model combineert meerdere strategieën waarvan bewezen is dat ze effectief zijn voor het verbeteren van de kwaliteit van chronische zorg. Deze strategieën laten zich samenvatten als: zorgmanagement

Platform Vitale Vaten

De zorgstandaard vasculair risicomanagement is ontwikkeld door het Platform Vitale Vaten. Het Platform Vitale Vaten is een samenwerkingsverband van patiëntenorganisaties, zorgverleners (leden) en organisaties die deskundig en invloedrijk zijn op het terrein van politiek, beleid en implementatie, financiering, onderzoek en specifieke onderdelen van vasculair risicomanagement (adviserende leden). Wat de leden en adviserende leden bindt, is dat zij eraan willen werken dat vasculair risicomanagement wordt aangeboden volgens de actuele richtlijnen met actieve participatie van patiënten. Het Platform Vitale Vaten is opgericht op initiatief van de patiëntenorganisaties, waaronder de Hart&Vaatgroep en de Diabetesvereniging Nederland.



Het Platform Vitale Vaten staat onder auspiciën van de Nederlandse Hartstichting. De Nederlandse Hartstichting is bereid geweest om in de beginperiode het Platform financieel en organisatorisch te ondersteunen. Het bureau van het Platform bevindt zich ten kantore van de Nederlandse Hartstichting.

Zie voor meer informatie over het Platform Vitale Vaten en haar (adviserende) leden: www.vitalevaten.nl

voor een populatie, het werken volgens richtlijnen en behandelplannen, het verlenen van evidence-based zorg, het ondersteunen van zelfmanagement, het op effectieve wijze consulteren, en het voortdurend volgen van patiënten en hun ziektebeloop.^{4,5} Voor het nastreven van bovengenoemde strategieën ter verbetering van de kwaliteit van de chronische zorg zijn samenwerking tussen zorgverleners onderling, tussen zorgverleners en patiënten, voldoende (financiële) middelen, en andere voorwaarden nodig.⁶

De zorgstandaard bestaat uit drie delen: deel I voor zorgverleners, deel II voor patiënten en deel III voor het evalueren van de impact van de zorgstandaard op de kwaliteit van zorg (interne indicatoren). Aangezien de zorgstandaard een uitwerking is van de richtlijn cardiovasculair risicomanagement, is de richtlijn een onmisbaar document bij de zorgstandaard.

Bij alle delen van de zorgstandaard is de patiënt als uitgangspunt genomen. De kernelementen van de zorgstandaard zijn, naar analogie met het Chronic Care Model, aangeduid als:

- ondersteuning van zelfmanagement
- (ontwerp van) het zorgproces
- beslissingsondersteuning
- (klinische) informatiesystemen.

Bij ondersteuning van het zelfmanagement staat een partnership tussen patiënt en behandelteam centraal. Voor betrokkenheid en gedragsverandering van de patiënt dient deze te beschikken over informatie en begeleiding, die bij voorkeur worden vastgelegd in een individueel zorgplan. Bij het daadwerkelijke risicomanagement is aandacht vereist voor de afzonderlijke fasen van dit proces (identificatie, onderzoek of diagnostiek, behandeling of beleid, en follow-up) alsook voor het gehele proces. Van belang hierbij is de verdeling van verantwoordelijkheden en het benoemen van een centrale zorgverlener als aanspreekpunt voor alle teamleden, inclusief de patiënt. Voor het nemen van de diverse beslissingen aangaande het risicomanagement geldt de multidisciplinaire richtlijn als uitgangspunt. Goed gebruik van informatiesystemen is vereist voor adequate verslaglegging



Figuur 1. Het Chronic Care Model, een model voor geïntegreerde chronische zorg.

van de gemaakte afspraken en de gerealiseerde resultaten. Op basis hiervan dient het risicomanagement te worden geëvalueerd en, waar nodig, te worden verbeterd.⁷

De zorgstandaard in de praktijk

Belangrijke voorwaarden bij het ontwikkelen van de zorgstandaard waren de betrokkenheid, inbreng en erkenning van deze leidraad voor vasculair risicomanagement door de diverse betrokkenen. Met de bundeling van 28 organisaties van zowel patiënten als zorgverleners in het Platform Vitale Vaten was hiervan ruimschoots sprake. Met de landelijke verspreiding van de zorgstandaard via de zorgaanbieders staan we aan het begin van een periode van verandering ter verbetering van de zorg voor mensen met een chronische aandoening in Nederland. Immers, minister Klink grijpt onder andere de totstandkoming van zorgstandaarden aan om over te gaan tot functionele bekostiging van diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomanagement en zorg voor hartfalen. Voor de minister betekent functionele bekostiging dat wordt uitgegaan van de zorgvraag van de patiënt (vraagsturing) en dat bekostiging niet is gebaseerd op de hulpverlener of organisatie die de zorg levert (aanbodsturing).⁸ Naast het belang van adequate financiële prikkels, noemt de minister ook het belang van samenwerking tussen organisaties en zorgverleners die

werkzaam zijn in de eerste en tweede lijn. Nieuwe termen als 'anderhalvelijnszorg' of 'vloeiendelijnszorg' zullen de huidige lijnen doen vervagen en uiteindelijk vervangen. Aan zorgverzekeraars en andere partijen uit het zorgveld wordt een belangrijke rol toebedeeld bij de bepaling wie de zorg verleent en waar die wordt geleverd. De minister is voornemens om de nieuwe bekostigingswijze voor de genoemde chronische aandoeningen te laten ingaan per 1 januari 2010.⁸

Als onderdeel van het ZONMW-programma Disease Management worden momenteel acht settings ondersteund bij het werken met de zorgstandaard vasculair risicomanagement. Op basis



Bert Vrijhoef, eerste auteur van het deel voor zorgverleners.

van de lokale mogelijkheden en visie op zorg, passen zij de zorgstandaard toe. De ervaringen die hieruit voortkomen, zijn van belang voor de verdere ontwikkeling van de zorgstandaard.⁹

Tot slot

Gezien de uitdagingen in de zorg voor mensen met chronische aandoeningen is een document als de zorgstandaard vasculair risicomanagement een belangrijk hulpmiddel. Met het Chronic Care Model als fundament spreekt de zorgstandaard zowel de patiënt als de zorgverlener aan voor het verbeteren van de zorg. Met het congres op 13 februari 2009 (zie foto's), de landelijke verspreiding van de zorgstandaard (zie kader), het opdoen van ervaringen met de zorgstandaard en de evaluatie hiervan, en de introductie van functionele bekostiging, krijgt de zorgstandaard een vliegende start. Zonder de betrokkenheid van diverse belanghebbenden was het onmogelijk geweest om de zorgstandaard vasculair risicomanagement deze start te geven. Maar ook gedurende de komende periode is hun inbreng gewenst. Immers, net zoals de financiering van zorg, vereisen ook diverse andere voorwaarden voor geïntegreerde zorg, zoals de opleiding van professionals en de normen en waarden (cultuur), de nodige aandacht.

In het vervolg op de ontwikkeling van de zorgstandaard werkt het Platform Vitale Vaten hard aan de implementatie. Zij adviseert in het kader van de functionele bekostiging, het Ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit en het bureau Zichtbare Zorg (Inspectie voor de Gezondheidszorg). Verder wordt in gesprekken met de (adviserende) leden van het Platform Vitale Vaten en andere belangrijke partijen in kaart gebracht welke activiteiten en projecten moeten plaatsvinden om met de zorgstandaard te kunnen werken in de praktijk. Met dit 'werkprogramma' draagt het Platform bij aan samenhang en overzicht in de implementatie.

Kortom, met het verschijnen van de zorgstandaard moet het echte werk beginnen! In een vervolgartikel wordt deze praktijk van het (gaan) werken met de zorgstandaard nader belicht. 

In juni 2009 is, dankzij financiering door de Nederlandse Hartstichting, de zorgstandaard gratis verzonden naar 10.000 adressen waaronder huisartspraktijken, algemene en academische ziekenhuizen t.a.v. relevante maatschappen en verpleegafdelingen (interne geneeskunde, vaatchirurgie, cardiologie, neurologie), hartrevalidatieafdelingen en -centra, bedrijfsartsen, thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen.

De delen I, II en III van de zorgstandaard kunt u gratis downloaden via www.vitalevaten.nl/publicaties. Zolang de voorraad strekt kunt u ook zorgstandaard-mappen bestellen. Per map vraagt de Nederlandse Hartstichting een bijdrage in druk- en verzendkosten van €20,-. Zie www.vitalevaten.nl



Congres op 13 februari 2009. V.l.n.r. Hans Stam, directeur Nederlandse Hartstichting; Diana Monissen, directeur-generaal VWS; Margo Weerts, directeur Hart&Vaatgroep; Cor Spreeuwenberg, voorzitter Platform Vitale Vaten



Congres op 13 februari 2009. V.l.n.r. Anne-Margreet Strijbis, Hester 't Hart en Quirine Geeraerts van de Nederlandse Hartstichting

Literatuur

1. <http://www.minvws.nl/toespraken/pg/2008/patientenversie-zorgstandaard-diabetes-2-gepresenteerd.asp> (geraadpleegd op 21 juni 2009).
2. Vrijhoef HJM, Steuten LMG. Innovatieve zorgconcepten op een rij (8). TSG 2006;84:257-8.
3. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Nederlands Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire CBO-richtlijn/NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement 2006. Utrecht, 2006.
4. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q 1996;74:511-44.
5. Improving Chronic Illness Care. The Chronic Care Model. Seattle (WA): ICIC, 2009. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=CCM_Gallery&s=149 (geraadpleegd op 21 juni 2009).
6. Yarnall KS, Ostbye T, Krause KM, et al. Family physicians as team leaders: 'Time' to share care. Prev Chronic Dis 2009;6(2):A52. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/apr/08_0023.htm (geraadpleegd op 21 juni 2009).
7. Platform Vitale Vaten, Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2009. www.vitalevaten.nl.
8. <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2008/de-patient-centraal-door-omslag-naar-functionele-bekostiging.asp> (geraadpleegd op 21 juni 2009).
9. <http://www.vilans.nl/diseasemanagement/praktijkprojecten/vitale-vaten>.

Algemene Ledenvergadering NVHV

Hierbij nodigen wij de NVHV-leden uit voor de Algemene Ledenvergadering (ALV) op 16 december 2009. Deze uitnodiging vervangt de uitnodiging per post, zoals u eerder van ons gewend was.

Datum : Woensdag 16 december 2009

Locatie : Spoorwegmuseum te Utrecht

Tijd : 13.00 - 15.00 uur

Concept AGENDA

1. Opening
2. Vaststellen van de agenda
3. Mededelingen
4. Concept notulen ALV d.d. 4 juni 2009*
5. Presentatie concept jaarplan 2010*
6. Activiteiten Nederlandse Hartstichting
7. Concept begroting 2010
8. NVHV accreditatie en registratiesysteem*
9. Aftredende bestuursleden
10. Voorstel benoeming bestuursleden
11. Rondvraag en sluiting.

De definitieve agenda en routebeschrijving kunt u vanaf 1 december downloaden van de NVHV-website.

*De bijlagen worden uiterlijk één week voor de vergadering op de website van de NVHV (www.nvhv.nl) geplaatst. Wij verzoeken de leden de mededelingen m.b.t. de ALV via de website te blijven volgen.

In meer dan honderd instellingen in Nederland volgen patiënten na een hartinfarct of een hartoperatie een poliklinisch hartrevalidatieprogramma met als belangrijkste doel: het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal functioneren en het veranderen van cardiovasculair risicogedrag. Onderstaand artikel beschrijft wat poliklinische hartrevalidatie inhoudt en waarom het belangrijk is dat een hartpatiënt voor revalidatie wordt aangemeld.

Sandra J.M. Verhagen, fysiotherapeut / bewegingswetenschapper, coördinator hartrevalidatie
St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein

s.verhagen@antoniusziekenhuis.nl

Een multidisciplinair trainingsprogramma voor lichaam en geest

Hartrevalidatie helpt de patiënt op weg naar een gezonder leven

Inleiding

In Nederland waren hart- en vaatziekten lange tijd de belangrijkste doodsoorzaak. Binnen deze groep zijn de ischemische hartziekten (coronaire hartziekten) verantwoordelijk voor het grootste deel van de sterfte. Coronaire aandoeningen kunnen leiden tot (in)stabiele angina pectoris (AP) of een (acuut) myocardinfarct (AMI).

Mede door preventie en verbetering in de behandelingsmogelijkheden is de sterfte aan hart- en vaatziekten in de afgelopen decennia afgenomen. Vijf jaar na de eerste ziekenhuisopname is een groot deel van de hartpatiënten nog in leven. De keerzijde van de medaille is dat veel van deze patiënten onherstelbare beschadigingen aan hun hart hebben.

Hartziekten vormen een enorme ziekte last; niet alleen voor de patiënten zelf maar ook voor de maatschappij. Cijfers van de Nederlandse Hartstichting tonen aan dat het aantal ziekenhuisopnamen voor hart- en vaatziekten blijft stijgen. Door de vergrijzing en mogelijk ook negatieve veranderingen in de leefstijl, zal het absolute aantal mensen met een (coronaire) hartziekte in de toekomst verder stijgen.¹

Cardiovasculair risicomanagement

Voor de primaire en secundaire preventie van hart- en vaatziekten is cardiovasculair risicomanagement belangrijk. Door het verlagen van de cardiovasculaire risicofactoren, daalt het risico op een recidief hartincident en op mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten.

Veel instanties zijn actief betrokken bij het onderzoek naar en de voorlichting over hart- en vaatziekten. De afgelopen jaren zijn meerdere multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld voor het screenen en behandelen van patiënten met hart- en vaatziekten: de NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement², de CBO-richtlijn Cardiovasculair risicomanagement 2006³ en de Zorgstandaard Cardiovasculair risicomanagement⁴. De verschillende cardiovasculaire risicofactoren die worden onderscheiden zijn weergegeven in tabel 1.

Mensen kunnen via hun leefstijl invloed uitoefenen op veel van de in de tabel genoemde risicofactoren, zoals inactiviteit, hoge bloeddruk, adipositas, roken, verhoogd glucose- en cholesterolgehalte. Ook patiënten die al een cardiale voorgeschiedenis hebben, kunnen door het veranderen van hun leefstijl hun risicoprofiel verbeteren en daarmee recidiverende klachten of hartincidenten voorkomen.

Een van de doelen van poliklinische hartrevalidatie is het verbeteren van het risicoprofiel voor hart- en vaatziekten. Verschillende interventies, waaronder fysieke training, leefstijlprogramma's en gedragsgeoriënteerde behandelingen, hebben een positief effect op het risicogedrag. Vele studies tonen aan dat hartpatiënten baat hebben bij een fysiek trainingsprogramma en psychosociale begeleiding ter beïnvloeding van belangrijke cardiale risicofactoren. Bovendien kan een multidisciplinair hartrevalidatieprogramma een positief effect hebben op psychosociale factoren als angst en depressie.

Hartrevalidatie

De revalidatie voor patiënten na een hartoperatie (omleiding- of klepoperatie), hartinfarct of percutane coronaire interventie (PCI) is opgebouwd uit drie fasen: de klinische fase (fase 1), de revalidatiefase (fase 2) en de post-revalidatiefase (fase 3).

Tabel 1. Cardiovasculaire risicofactoren

- leeftijd
- mannelijk geslacht
- roken
- verhoogde systolische bloeddruk
- lipidspectrum (waaronder verhoogd cholesterolgehalte)
- verhoogd glucosegehalte
- positieve familieanamnese
- voeding
- overmatig alcoholgebruik
- lichamelijke inactiviteit
- middelomtrek en Body Mass Index (BMI)

Klinische fase

De klinische fase (fase 1) begint bij opname in het ziekenhuis en wordt afgesloten wanneer de patiënt op het gewenste activiteitsniveau kan functioneren, matige inspanning kan leve-

ren, kennis heeft van de hartziekte en risicofactoren, en op een verantwoorde en adequate wijze kan omgaan met zijn hartziekte en eventuele klachten. Na ontslag wordt de patiënt door de behandelend arts (cardioloog) verwezen naar het hartrevalidatieteam.

De poliklinische hartrevalidatie start ongeveer 1 à 2 weken na ontslag uit het ziekenhuis en bestaat uit een of meer modules.

Dit team bestaat uit professionals afkomstig uit verschillende disciplines: cardioloog, fysiotherapeut, diëtist, maatschappelijk werker, psycholoog, hartrevalidatieverpleegkundige en/of revalidatiearts. Het revalidatieteam beoordeelt het functioneren van de patiënt op objectieve criteria aan de hand van vijf vragen naar fysiek, psychisch en sociaal functioneren én de aanwezigheid van beïnvloedbaar risicogedrag:^{6,8}

1. Is er een objectieve vermindering van het inspanningsvermogen in relatie tot het toekomstige functioneren?
2. Kan de patiënt een adequate inschatting maken van zijn/haar huidige inspanningsvermogen?
3. Is er een verstoring/bedreiging van het psychisch functioneren?
4. Is er een verstoring/bedreiging van het sociaal functioneren?
5. Is er sprake van risicogedrag?

Voor het includeren van een hartpatiënt in het revalidatieprogramma worden gegevens verzameld over het fysiek, psychisch en sociaal functioneren. Dit gebeurt via een intakegesprek met de coördinator hartrevalidatie (verpleegkundige of fysiotherapeut), een maximale (symptom limited) inspanningstest, en de vragenlijst Kwaliteit van Leven bij Hartpatiënten.⁵ Bij discrepantie tussen het huidige en gewenste functioneren, stelt het revalidatieteam vast dat poli-

klinische hartrevalidatie is geïndiceerd en worden de doelen van de revalidatie vastgesteld. Deze revalidatiedoelen worden vervolgens vertaald in een poliklinisch revalidatieprogramma 'op maat'. Zo wil de ene

Revalidatiefase

In de revalidatiefase (fase 2), wordt de hartpatiënt een poliklinisch revalidatieprogramma aangeboden. De poliklinische hartrevalidatie start ongeveer 1 à 2 weken na ontslag uit het ziekenhuis, en bestaat uit een of meer van de volgende modules:

- Informatieprogramma (voorlichtingsmodule voor patiënt én partner), met aandacht voor medische informatie en risicofactoren, psychosociale problemen rond hartziekten, medische en maatschappelijke gevolgen van hartziekten.
- Bewegingsprogramma, een fysiek trainingsprogramma in groepsverband, waarbij een groepsindeling kan worden gemaakt op grond van het huidige prestatievermogen, leeftijd en sportverleden. Eventueel

wordt een patiënt individueel begeleid bij comorbiditeit of andere belemmerende factoren.

- Ontspanningsprogramma, met ontspanningsoefeningen voor het leren kennen van grenzen en leren omgaan met stress, emoties en angst. De ontspanningsoefeningen worden vaak in lig- of zithouding uitgevoerd, en zijn gericht op ademhaling en spierontspanning (zie foto 1). Door te leren voelen wat een normale spierspanning en ademhaling is en te leren luisteren naar het lichaam, leert de patiënt de invloed van stress op het lichaam beter herkennen en daarmee omgaan. De patiënt kan deze ontspanningsoefeningen ook thuis toepassen.
- Leefstijlprogramma (psycho-educatieve preventiemodule), waarin intensief aandacht wordt besteed aan het leren omgaan met de hartziekte en het veranderen van leefgewoonten (zoals stoppen met roken, goede voeding en stressmanagement).
- Eventueel een consult bij een maatschappelijk werker/psycholoog of een diëtist.

Het bewegingsprogramma wordt aangeboden aan hartpatiënten bij wie sprake is van:

- a) een objectieve vermindering van het inspanningsvermogen in relatie tot werk, huishoudelijke activiteiten of vrijetijdsbesteding (bijvoorbeeld een patiënt die onvoldoende conditie heeft om weer fulltime te kunnen werken),



Foto 1. Ontspanningstherapie.

Tabel 2. Fysieke revalidatiedoelen

- leren kennen van eigen fysieke grenzen
- leren omgaan met fysieke beperkingen
- optimaliseren van inspanningsvermogen
- overwinnen van angst voor inspanning
- ontwikkelen en onderhouden van een lichamelijk actieve leefstijl.

b) een subjectieve vermindering van het inspanningsvermogen (bijvoorbeeld een patiënt die zich niet sterk genoeg voelt om het huishouden zelfstandig uit te voeren),

c) en/of beïnvloedbaar risicogedrag (o.a. lichamelijke inactiviteit, overgewicht en afwijkende lipidenwaarden). Met het bewegingsprogramma worden een of meerdere fysieke revalidatiedoelen nagestreefd (zie tabel 2).

Het bewegingsprogramma duurt één tot drie maanden. Afhankelijk van het doel bestaat het programma uit bewegen gericht op het optimaliseren van het inspanningsvermogen (fysieke training van het aerobe uithoudingsvermogen en het krachtuithoudingsvermogen) en/of bewegen gericht op

dagelijks leven, werk of hobby, oefenen van functionele vaardigheden, sport- en spelactiviteiten, conditie- en krachttraining (fietstraining, circuittraining, fitness, aerobics), zwemmen of bewegen in water (zie foto 2). Tijdens de fysieke training wordt continu gelet op eventuele tekenen van (cardiale) overbelasting; gevraagd wordt hoe de patiënt zich voelt en zonodig vinden controles plaats zoals het meten van de bloeddruk en de hartslag (zie foto 3).

Postrevalidatiefase

Voor het onderhouden van het veranderde beweggedrag is het noodzakelijk dat een patiënt na het voltooien van de poliklinische hartrevalidatie blijft bewegen, individueel of in



Foto 2. Conditietraining op de fiets.

het ontwikkelen van een actieve leefstijl (plezier in bewegen en het bestrijden van risicogedrag).⁶ De bewegingsactiviteiten die hiervoor in aanmerking komen zijn: activiteiten die gericht zijn op activiteiten van het

groepsverband. Bij sport- en bewegingsactiviteiten in de postrevalidatiefase (fase 3) ligt het accent veelal op het in stand houden van de lichamelijk actieve leefstijl. Daarnaast is in deze fase het verder vergroten van het

fysieke prestatievermogen belangrijk.

Na het afronden van de poliklinische hartrevalidatie adviseert de fysiotherapeut hoe de hartpatiënt de gezonde (actieve) leefstijl kan continueren. Het uiteindelijke doel is de patiënt te motiveren om zelfstandig te blijven bewegen of te gaan deelnemen aan reguliere sport- en bewegingsactiviteiten. Daarbij speelt het veranderen van attitude en het wegnemen van alle belemmeringen die het ontwikkelen van een actieve leefstijl in de weg staan een belangrijke rol. Ook kan de (ex-)hartpatiënt onder begeleiding recreatief sporten, onder andere bij Hart In Beweging (HIB), een stichting die is ontstaan op initiatief van hartpatiënten met steun vanuit de Nederlandse Hartstichting. Plezier in bewegen is een belangrijk uitgangspunt.

Het belang van poliklinische hartrevalidatie

Door het stimuleren van lichamelijke activiteit, levert de poliklinische hartrevalidatie een belangrijke bijdrage aan de secundaire preventie van hartziekten, zo is uit vele onderzoeken gebleken. Het risico op een nieuw myocardinfarct en zelfs de sterftekans neemt af als patiënten met (coronaire) hartziekten deelnemen aan een revalidatieprogramma.

Het stimuleren van voldoende bewegen is een relatief goedkope interventie om de volksgezondheid te bevorderen. Juist bij mensen met hart- en vaatziekten is veel gezondheidswinst te behalen. Lichamelijke activiteit heeft zowel een directe positieve invloed op hart- en vaatziekten als een indirecte invloed (via leefstijl- en risicofactoren). Actieve mensen, die gemiddeld meer dan een half uur per dag matig of zwaar lichamelijk actief zijn, hebben een gezondere leefstijl en lopen minder gezondheidsrisico's dan inactieve mensen. Voor patiënten met hartziekten geldt daarnaast dat er bij regelmatig bewegen sprake is van een verbetering van het psychisch welbevinden, het sociaal functioneren en de kwaliteit van leven.^{6,8}

Multidisciplinaire aanpak

Poliklinische hartrevalidatie behelst meer dan fysieke reconditionering. Het proces van hartrevalidatie is een



Foto 3. Meten van de hartslag.

bij uitstek multidisciplinaire aangelegenheid; hartrevalidatie beperkt zich niet tot training, maar omvat ook psychische counseling en secundaire preventie. Naast de eerdergenoemde fysieke revalidatiedoelen wordt in de hartrevalidatie ook gestreefd naar het behalen van (persoonlijke) psychische en sociale doelen, therapietrouw aan medicatie en het positief beïnvloeden van risicogedrag. Psychische doelen hebben betrekking op het (her)vinden van het emotionele evenwicht, het bestrijden van klachten als angst en depressie, en het leren omgaan met een lichamelijke aandoening die meestal ook ander gedrag vereist. Sociale doelen zijn bijvoorbeeld: optimale hervatting van werk, huishoudelijke taken en vrijetijdsbesteding, en een optimale hervatting van de rol in het gezin en in sociale relaties.

De richtlijnen hartrevalidatie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)⁸ en de Nederlandse Hartstichting (NHS) / Nederlandse Vereniging van Cardiologie (NVVC)⁶ waarborgen een gestandaardiseerde zorg bij hartrevalidatie, met een op het individu toegesneden aanpak. Voor deze vraaggerichte zorg 'op maat', die rekening houdt met de hartziekte, omstandigheden en behoeften van de patiënt, is een multidisciplinaire inzet onmisbaar.

Hartrevalidatie in Nederland

Uit een inventariserend onderzoek dat de Nederlandse Hartstichting in 2003 uitvoerde naar het aanbod van hartrevalidatie in Nederland blijkt dat in 101 Nederlandse centra (ziekenhuizen en revalidatiecentra) poliklinische hartrevalidatie wordt aangeboden. Het aantal patiënten dat hartrevalidatie kreeg in vergelijking tot de jaren daarvoor was fors gestegen; in 2002 was sprake van 26.000 revaliderende patiënten (ten opzichte van 17.000 revalidanten in 1998). Daarnaast was het aanbod verbreed, dat wil zeggen dat naast het bewegingsprogramma ook het aanbod van ontspanningstherapie, voorlichting en psychosociale begeleiding was gestegen. De mogelijkheden voor het aanbieden van revalidatie 'op maat' zijn dus toegenomen, zo luidt de conclusie van de onderzoekscommissie.⁷

De manier waarop een hartrevalidatieprogramma wordt vormgegeven, verschilt per situatie, zowel nationaal als internationaal. Wel is door de revalidatiecommissie van de NVVC/NHS een aantal algemene uitgangspunten voor een hartrevalidatieprogramma geformuleerd: zorg op maat, gericht op de individuele patiënt, meerwaarde van groepsverband en multidisciplinair werken, en kosteneffectiviteit.⁶

Conclusie

Poliklinische hartrevalidatie met aandacht voor fysieke en psychosociale factoren, helpt de patiënt na een myocardinfarct, PCI of hartoperatie op weg naar een gezondere leefstijl. In vele onderzoeken is immers aangetoond dat een gezonde (actieve) leefstijl direct en indirect het cardiovasculaire risico verlaagt. De patiënt leert tijdens de hartrevalidatie zijn eigen fysieke grenzen kennen, om te gaan met eventuele beperkingen, overwint de angst voor inspanning, ervaart plezier in bewegen en ontwikkelt een actieve en gezonde leefstijl. 

Literatuur:

1. Jager-Geurts MH, Peters RJG, van Dis SJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland, 2006. Cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2006.
2. Nederlandse Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Cardiovasculair risicoma-

nagement, versie 2007. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2006.

3. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO MWR. Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement 2006. Utrecht: 2006.
4. Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement - deel 1. Den Haag: Platform Vitale Vaten; 2009.
5. Hilliers TK, Guyatt GH, Oldridge N, Quality of life after myocardial infarction. J Clin Epidemiol 1994;47:1287-96.
6. Franke EAM (red), Revalidatiecommissie NVVC/NHS. Richtlijn Hartrevalidatie 2004. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2004.
7. Strijbis A-M, Franke B, van Boxtel I, Duiker K. Hartrevalidatie in cijfers. Hart Bulletin 2005;36(4):94-9.
8. Vogels EMHM, Bertram RJJ, Graus JJJ, Hendriks HJM, van Hulst R, Hulzebos E, et al. KNGF-richtlijn Hartrevalidatie. Ned Tijdschr Fysiother 2005;115(1 suppl):1-59.

In het St. Antonius ziekenhuis te Nieuwegein wordt een groot deel van de voorlichting gegeven via de hartinfarctpoli. Door het verschuiven van de voorlichting van de klinische naar de poliklinische fase, kan de voorlichting uitgebreider zijn. De patiënten zijn tevreden over de nieuwe werkwijze en vinden ook dat de voorlichting op een beter moment komt.

Wendy Stouten, vasculair verpleegkundige,
afdeling cardiologie.
Eelkje Wolf, nurse practitioner, cardiologie.

E-mail: e.wolf@antoniusziekenhuis.nl

Van klinische naar ambulante voorlichting

De hartinfarctpoli

Patiënten met een hartinfarct liggen steeds korter in het ziekenhuis.¹ Tijdens de opname nemen zij de adviezen voor een goed herstel en het weer oppakken van het dagelijkse leven nauwelijks op. Ook informatie over een gezonde leefstijl gaat langs hen heen. Pas twee maanden na hun ontslag kunnen zij met vragen terecht bij de cardioloog op de polikliniek. Dat duurt erg lang en daarom is er een verpleegkundig spreekuur ontworpen en georganiseerd voor deze patiënten: de hartinfarctpoli. Op deze polikliniek kunnen de patiënten ongeveer twee weken na ontslag alle benodigde informatie krijgen, als de eerste traumatische ervaringen achter de rug zijn.

Aanleiding

In 2006 zijn op de afdeling cardiologie van het St. Antonius ziekenhuis criteria ontwikkeld om het ontslag efficiënt te laten verlopen. De criteria

‘vervroegd ontslag’ zijn opgesteld om cardiologen en arts-assistenten te ondersteunen bij het bepalen van de opnameduur. Hiervoor is een scorelijst opgesteld, die onder andere rekening houdt met de ernst van het coronairlijden, locatie van het infarct, tijdsduur van de klachten tot Percutane Coronaire Interventie (PCI), TIMI-flow na PCI (is de maximale flow in de behandelde coronairarterie), mate van hartfalen, ventriculaire ritmestoornissen en eventuele andere ernstige co-morbiditeit. Een patiënt die aan de criteria voldoet voor een ongecompliceerd hartinfarct, wordt na 48 tot 72 uur ontslagen. Een patiënt die niet aan deze criteria voldoet, blijft langer dan 72 uur opgenomen.

Door het gebruik van deze ontslagcriteria gaan de patiënten nog sneller naar huis dan voorheen.² Als gevolg hiervan is er ook nog minder tijd tij-

dens de opname voor het verstrekken van informatie, het doornemen van leefregels en het geven van adviezen. Daarbij komt dat door angst en onzekerheid tijdens de acute opname de voorlichting niet of nauwelijks wordt opgenomen door de patiënt.^{3,4} Naar aanleiding van deze ontwikkelingen en met het oog op de lange periode tot het poliklinische bezoek bij de cardioloog (twee maanden), ontstond bij de afdeling cardiologie de vraag of deze groep patiënten tevreden was over de informatievoorziening en of dit kon worden verbeterd.

Bij patiënten van de afdeling cardiologie met een acuut hartinfarct is kwalitatief onderzoek uitgevoerd (zie kader 1). Tegelijkertijd vond een ziekenhuisbreed onderzoek plaats naar de tevredenheid van patiënten. De belangrijkste conclusie uit beide onderzoeken is dat de patiënten die weer thuis zijn veel vragen hebben. Daarnaast is er behoefte aan een poliklinisch opvangnet. Deze uitkomsten hebben geleid tot de ontwikkeling van een nieuw nazorgtraject: de hartinfarctpoli. Door het invoeren van een extra verpleegkundig spreekuur kan de voorlichting verschoven worden naar de poliklinische fase.

De hartinfarctpoli

In oktober 2006 is gestart met een verpleegkundig spreekuur voor patiënten met een hartinfarct, ongeacht de ligduur. Ook patiënten met een recidief infarct krijgen een afspraak. Door het invoeren van een postinfarct spreekuur kort na ontslag willen we de kwaliteit van zorg verbeteren wat betreft voorlichting en begeleiding. Een nevensdoelstelling is het aanpakken van risico- en leefstijlfactoren voor hart- en vaatziekten.

Kader 1. Opzet en uitkomsten tevredenheidsonderzoek 2005

Voor het tevredenheidsonderzoek zijn 27 patiënten met een hartinfarct, waarvan 21 mannen en 6 vrouwen, twee weken na hun ontslag telefonisch geïnterviewd (half gestructureerd, naar eigen ontwerp). Van hen hadden 23 patiënten een klein hartinfarct ($WMS < 7$) en 4 patiënten een groot infarct ($WMS > 7$). De vragen richtten zich op de tevredenheid van de patiënt over de informatie tijdens de opnameperiode en het poliklinische bezoek aan de cardioloog. Er is tevens gebruik gemaakt van de uitkomsten van een ziekenhuisbreed tevredenheidsonderzoek in dezelfde periode.

Uit het onderzoek blijkt dat er geen structurele informatie wordt gegeven tijdens de opname. Bovendien is de informatie niet eenduidig, weinig patiëntgericht en niet specifiek. 67% van de patiënten heeft vragen na ontslag en 44% weet niet waar ze terecht kunnen met deze vragen. Met name de informatie over leefregels, autorijden, inspanning en werkhervatting is onvoldoende. Tijdens het poliklinische bezoek aan de cardioloog is er te weinig tijd om vragen te stellen.

*Wall Motion Score is de score van de hartwandbeweging gemeten tijdens een hartecho.

In de nieuwe situatie heeft de patiënt een afspraak binnen twee weken na ontslag op de verpleegkundige hartinfarctpoli. Vier weken na dit bezoek volgt een telefonisch consult met de verpleegkundige. Het tweede poliklinische bezoek volgt na vijf maanden. Het eerste bezoek aan de cardioloog vindt drie maanden na ontslag plaats (zie figuur 1).

plaats in het elektronische patiënten-dossier wat geraadpleegd kan worden door alle betrokken disciplines.

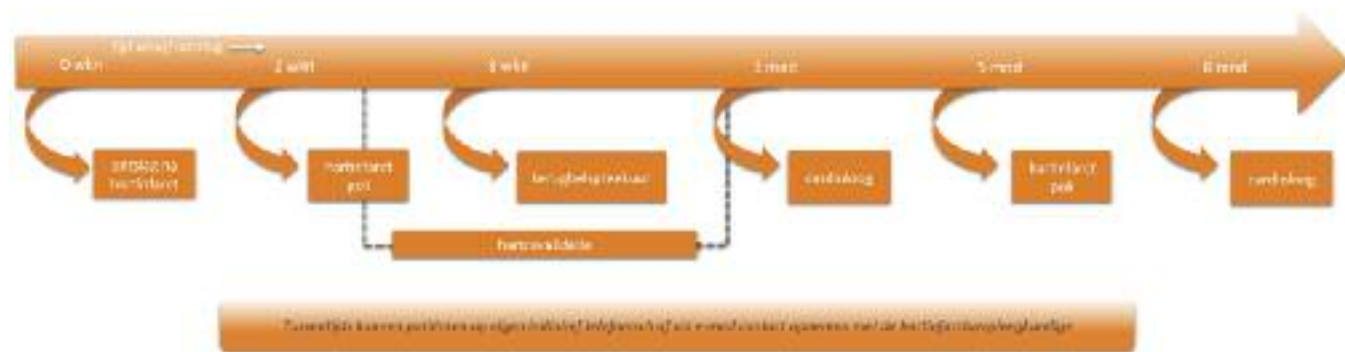
Tussentijds contact

Vier weken na het eerste consult worden de patiënten die de hartinfarctpoli hebben bezocht opgebeld door de infarctverpleegkundige. Dit telefonische contact is laagdrempelig en geeft

bepaald. In samenspraak met de patiënt wordt bepaald of vervolgebzoeken van belang zijn. Bij vragen en/of problemen kan de verpleegkundige overleggen met de cardioloog.

Samenwerking

De verpleegkundigen van de hartinfarctpoli werken nauw samen met professionals uit verschillende discipli-



Figuur 1. Stroomdiagram zorglijn na hartinfarct

De hartinfarctpoli is alleen bedoeld voor patiënten met een doorgemaakt hartinfarct. Zij hebben aangetoonde schade op het echo (WMS>0) en bij bloedonderzoek waren ck/mb en troponine-T positief. Naast de hartinfarctpoli bestaat er een polikliniek secundaire preventie. Een patiënt kan hier naartoe na het traject op de hartinfarctpoli, bijvoorbeeld wanneer de bloeddruk niet onder controle is, of anderszins begeleiding en behandeling nodig is.

Eerste consult hartinfarctpoli

Tijdens het eerste consult van veertig minuten richt de verpleegkundige zich vooral op de gezondheidssituatie van de patiënt: klachten worden uitgevraagd, bloeddruk en buikomvang gemeten en er wordt een ECG gemaakt. De cardiovasculaire risicofactoren worden in kaart gebracht en de patiënt krijgt een passend advies volgens de huidige cardiovasculaire richtlijnen. Daarnaast is er tijd voor voorlichting over het hartinfarct, de PCI-procedure, de schade aan het hart en de medicatie. De verpleegkundige beoordeelt de laboratoriumuitslagen en het ECG. Bij afwijkingen overlegt hij/zij met de cardioloog. Zowel tijdens als na het spreekuur kan overlegd worden met een vaste supervisor. Dit is een cardioloog die gelijktijdig spreekuur heeft. Verslaglegging vindt

de patiënt een extra gelegenheid om vragen te stellen. Daarnaast kan de patiënt zelf bellen tijdens telefonische spreekuren (twee ochtenden per week), of een vraag stellen via e-mail.

Hartrevalidatie

Patiënten kunnen na een hartinfarct deelnemen aan hartrevalidatie. De hartrevalidatie begint met vier informatiemodulen, gegeven door de cardioloog, fysiotherapeut, diëtiste en medisch maatschappelijk werkers. De informatiemodulen vinden plaats in groepsverband. Hierbij is weinig gelegenheid voor het stellen van persoonlijke vragen. Na de informatiemodulen volgt het daadwerkelijke trainen onder begeleiding van een fysiotherapeut. In de praktijk neemt ongeveer 55% van de patiënten met een hartinfarct deel aan de poliklinische hartrevalidatie.

Vervolgconsulten

Het tweede bezoek vindt vijf maanden na ontslag plaats. Dit vervolgbezoek duurt 20 minuten. Tijdens dit bezoek staan de cardiovasculaire risicofactoren meer op de voorgrond: wat kan de patiënt nog verbeteren om de kans op een volgend hartinfarct te verkleinen? Ook nu wordt er een beperkt lichamelijk onderzoek verricht en een ECG gemaakt. Daarnaast worden cholestero- en glucosewaarden in het bloed

nes, zoals medisch maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten (hartrevalidatie), de nurse practitioner (preventiepoli) en cardiologen. De patiënten kunnen zonodig worden doorverwezen naar deze disciplines, bijvoorbeeld naar de medisch maatschappelijk werker bij verwerkingsproblemen of problemen met het hanteren van stress. Daarnaast kan de patiënt ook worden verwezen naar bijvoorbeeld een stoppen-met-roken-cursus binnen het ziekenhuis. Doorverwijzing naar een psycholoog of diëtiste gaat via de huisarts.

Voor- en nadelen hartinfarctpoli

De verwachting is dat met het invoeren van dit spreekuur een aantal aspecten voor de patiënt zullen verbeteren. Er is meer tijd en aandacht voor de patiënt en zijn familie en er kan bij klachten eerder ingegrepen worden. Daarnaast is de zorg laagdrempelig en kan de patiënt telefonisch of per e-mail vragen stellen aan de verpleegkundige.

De hartinfarctpoli kan ook tijdswinst opleveren voor de verpleegafdeling omdat tijdens de opname minder tijd wordt besteed aan de informatievoorziening. De patiënt kan met minimale informatie naar huis gaan. Hiertegenover staat dat er 24 uur per week een verpleegkundige beschikbaar moet zijn voor poliklinische

werkzaamheden. Of er daadwerkelijk tijdswinst is, is nog niet onderzocht. Naar verwachting is er ook tijdswinst voor de cardioloog, omdat veel vragen in de nieuwe situatie beantwoord worden door de infarctverpleegkundige. Daarnaast is een bezoek aan de cardioloog vervangen door een consult op de hartinfarctpoli. Dat betekent dat de patiënt het eerste jaar twee keer (drie en acht maanden na ontslag) in plaats van drie keer (twee, zes en twaalf maanden na ontslag) de cardioloog bezoekt. Deze standaardregel geldt uiteraard alleen voor stabiele patiënten. Sommige patiënten ervaren het als een nadeel dat zij pas na drie maanden een cardioloog spreken.

Resultaten

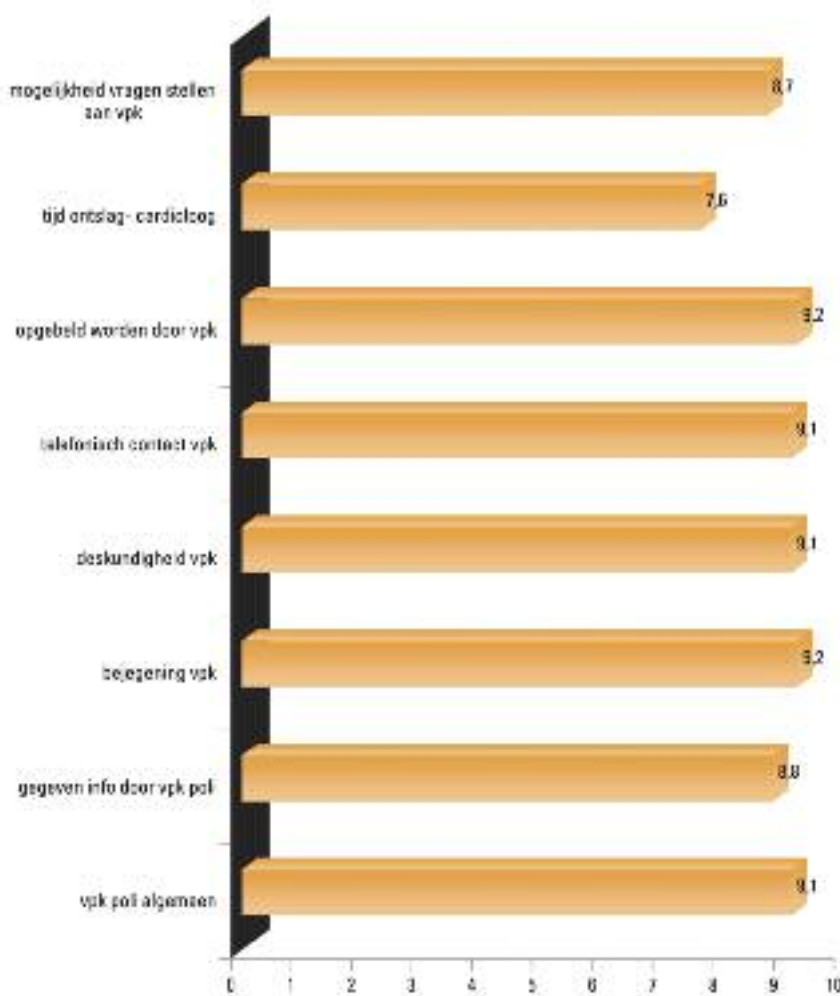
Op dit moment wordt er op twee dagdelen per week spreekuur gehouden en gemiddeld worden er zeven patiënten per spreekuur gezien. Dit zijn zowel eerste als tweede consulten. 35% van de patiënten gebruikte in 2007 het telefonische spreekuur en/of de e-mail voor het stellen van vragen. Zijn de patiënten na het invoeren van de hartinfarctpoli ook meer tevreden over de informatievoorziening? Is de kwaliteit van zorg verbeterd? Om te kunnen evalueren of de verpleegkundige hartinfarctpoli succesvol is, werd een nameting uitgevoerd. Patiënten die een eerste bezoek en een telefonisch consult bij de infarctverpleegkundige hebben gehad, kregen een schriftelijke enquête voordat ze bij de cardioloog op controle waren geweest. De enquête is voor een deel gebaseerd op het eerste tevredenheidsonderzoek. De uitkomsten van dit onderzoek staan in kader 2. Samenvattend is de conclusie dat de patiënten de hartinfarctpoli positief waarderen (zie figuur 2) en dat zij meer tevreden zijn over de informatievoorziening dan vóór de invoering van de infarctpoli.

Conclusie

De verpleegkundige hartinfarctpoli heeft een poliklinisch vangnet gecreëerd voor patiënten met een hartinfarct. Dit heeft ertoe geleid dat de patiënten meer tevreden zijn over de zorg, met name over de voorlichting. Door het verschuiven van de voorlichting naar de poliklinische fase, kan de informatie uitgebreider zijn en wordt

Kader 2. Opzet en uitkomsten nameting tevredenheidsonderzoek 2007 (inclusief vragen over de hartinfarctpoli).

Dit onderzoek is uitgevoerd via een schriftelijke enquête, naar eigen ontwerp. De patiënten kregen deze vragenlijst vier weken na het bezoek op de hartinfarctpoli. Er zijn 50 vragenlijsten beantwoord (door 37 mannen en 13 vrouwen). Uit de resultaten blijkt dat de informatie gegeven wordt op het juiste moment en dat de patiënttevredenheid is toegenomen; de score is gestegen van 6,5 naar 8,1 op een schaal van 0 tot 10. De patiënten zijn heel tevreden over de hartinfarctpoli (score 9,2).



Figuur 2. Waardering hartinfarctpoli 2007 (vpk = verpleegkundige).

deze volgens de patiënten op een beter moment gegeven. Daarnaast krijgen de risicofactoren van hart- en vaatziekten meer aandacht en worden patiënten ondersteund bij de aanpak hiervan via adviezen 'op maat'. Of de hartinfarctpoli ook tijdswinst oplevert, moet nog worden onderzocht. 

Literatuur

1. Saman R. Prognostics and therapeutic challenges in acute coronary syndromes.

Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen 2007.

2. Verheugt FWA. Reperfusetherapie bij het acute hartinfarct; met 'Dotter' gaat het vlotter. NTvG 1995;2546-8.
3. Sassen B. Gezondheidsvoorlichting voor paramedici. Tweede druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2007.
4. Sassen B. Gezondheidsvoorlichting en preventie. Tweede druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2004.

Hieronder vindt u de casus van een 68-jarige man die met spoed naar de spoedeisende hulp is gebracht nadat hij plotseling onwel was geworden. De auteur stelt u over deze casus enkele vragen die u kunt beantwoorden met behulp van onderstaande gegevens, elektrocardiogram en ritmestroom. De antwoorden vindt u op pagina 129 van deze Cordiaal.

Cyril Camaro, cardioloog in opleiding
UMC St Radboud Nijmegen,
afdeling cardiologie

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

Wat ziet u op het elektrocardiogram?

Een patiënt met een out of hospital cardiac arrest

Casus:

Een 68-jarige man wordt na een melding via 112 naar de spoedeisende hulp (SEH) verwezen. Een half uur voor de presentatie op de SEH was hij plotseling onwel geworden. Omstanders startten direct met hartmassage. De ambulance was binnen vijf minuten ter plaatse en trof een niet aanspreekbare man aan zonder pols. Bij 'quick look' bleek dat de man ventrikelfibrilleren had die met eenmalige defibrillatie (200J bifasisch) werd geconverteerd naar sinusritme. Daarna had de patiënt een sinusritme met output en was aanspreekbaar. Gedetailleerde informatie over de voorgeschiedenis en medicatiegebruik

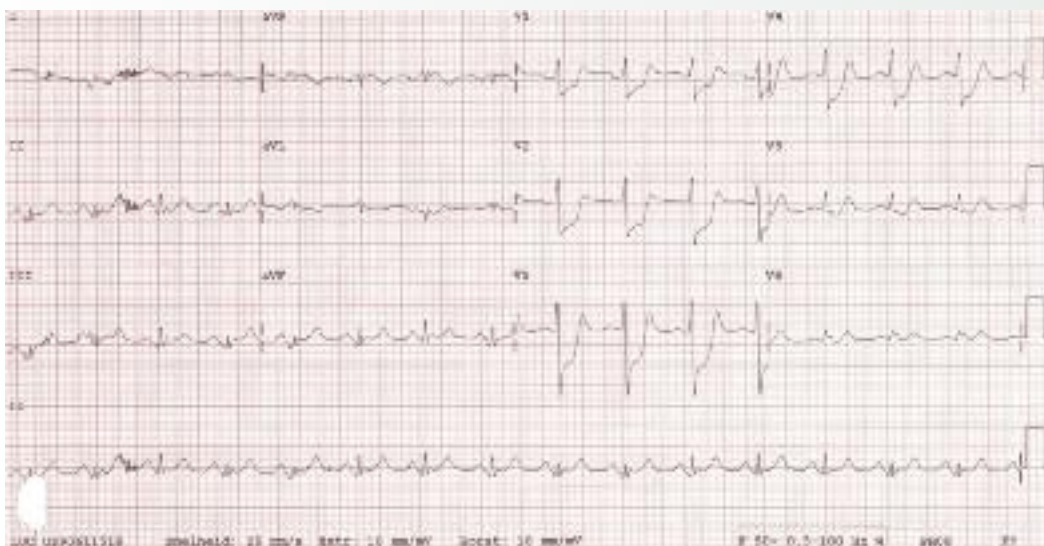
ontbreekt, maar volgens de echtgenote was hij in een ander ziekenhuis bekend met hartklachten.

Op de SEH vangt U de patiënt op. U hebt kort geleden een opfriscursus advanced life support (ALS) gevolgd. U benadert de patiënt volgens de ABCDE-methode en U concludeert dat de patiënt ABC-stabiel is met een maximale EMV-score. De patiënt is onrustig. Zijn bloeddruk is 115/86 mmHg bij een pols van 90/min. Het elektrocardiogram (ECG) ziet u in figuur 1. Op basis van dit ECG besluit de dienstdoende cardioloog met spoed een hartkatheterisatie en eventueel percutane coronaire interventie uit te voeren. Plotseling verschijnen er op

de monitor ventriculaire extrasystolen en verandert het ritme (zie figuur 2). U besluit om hierop direct te handelen. 

Vragen:

1. Wat ziet u op het elektrocardiogram (ECG) in figuur 1?
2. Wat houdt de ABCDE-methode in? Weet u van welke handelingen bij een reanimatie bewezen is dat ze effect hebben op overleving?
3. Waarom gaat de cardioloog over tot hartkatheterisatie?
4. Wat ziet u op de ritmestroom in figuur 2 en wat doet u?
5. Wat is uw conclusie aan de hand van het verhaal en het ECG?



Figuur 1. Elektrocardiogram



Figuur 2. Ritmestroom

Over de aanwezigheid van familieleden bij een reanimatie, wordt door zorgverleners verschillend gedacht. Is de aanwezigheid van familieleden bij een reanimatie wel of niet wenselijk? En als familieleden van een patiënt bij een reanimatie aanwezig willen zijn, welke rol hebben zij dan in de besluitvorming rond de behandeling?

Theo de Zwart MA, medisch ethicus en praktiserend cardiologie-verpleegkundige, Alysis Zorggroep (Alysis Advies, Unit Medische Ethiek), Arnhem.

E-mail: tdezwart@alysis.nl

Wel of geen familieleden bij een reanimatie

De rol van familieleden bij reanimeren

Inleiding

De aanwezigheid van familieleden van een volwassen patiënt bij een reanimatie is geen algemeen geaccepteerde standaard in de Nederlandse ziekenhuizen.¹ Uit eigen ervaring en bij navraag weet ik dat het in een aantal ziekenhuizen een ongeschreven regel is dat bij een reanimatie familieleden naar de familiekamer worden gebracht. De familiekamer is een rustige plek om na afloop van de reanimatie de familie te informeren over wat zich heeft afgespeeld bij het bed van hun dierbare. De gebeurtenissen tijdens een reanimatie kunnen voor familieleden traumatiserend zijn, chaotisch overkomen en soms weinig respectvol lijken. Men vindt enerzijds dat je dit de familie niet kan aandoen, en anderzijds dat de aanwezigheid van familieleden - met kans op hoogoplopende emoties en flauwvallen - storend kan zijn voor het reanimatieteam en de kwaliteit van de zorg in gevaar kan brengen. Men geeft er de voorkeur aan dat de verantwoordelijke medisch specialist vergezeld door een verpleegkundige, na afloop vertelt aan de familie hoe het is afgelopen. Daarna kan de verpleegkundige de familie begeleiden naar de (overleden) patiënt, als 'de rommel op de reanimatiekamer is opgeruimd'.

Vraagstelling

Maar hoe zit het met de mondigheid en de inspraak van naaste familieleden bij een reanimatie? Hebben naaste familieleden het recht om bij de reanimatie aanwezig te zijn, of mogen medisch specialisten, artsen en verpleegkundigen hen tegen hun zin weigeren om wel aanwezig te zijn? Als familieleden van een patiënt bij een reanimatie aanwezig willen zijn, welke

Casus

Tijdens het bezoeken maken Marjolein en Peter mee dat er een reanimatie start bij hun vader. Ze worden in de hectiek door één van de zaalartsen naar de familiekamer verwezen. Twintig minuten later is er geen hartslag meer bij hun vader. Het hart vertoont geen elektrische activiteit meer. Na een half uur besluit het reanimatieteam om te stoppen met reanimeren. De cardioloog en de verpleegkundige die belast zijn met de familieopvang, gaan naar de familiekamer om Marjolein en Peter te vertellen dat hun vader is overleden.

rol hebben zij dan in de besluitvorming rond de behandeling? In dit artikel wordt nader ingegaan op twee vragen, te weten:

- Is de aanwezigheid van familieleden bij een reanimatie wel of niet wenselijk?
- Wat is hun rol in de besluitvorming rond de behandeling van hun dierbare?

Familieleden bij een reanimatie

In 1982 werd het voor familieleden voor het eerst mogelijk om bij een reanimatie aanwezig te zijn, toen het Foote Ziekenhuis in Minnesota (USA) hiervoor een reanimatierichtlijn opstelde. Uit een survey die voorafging aan de richtlijn bleek dat 72% van de ondervraagde familieleden de mogelijkheid had willen hebben om bij de reanimatie te zijn. De Foote-richtlijn bevatte een programma om de familieleden voor te bereiden en te begeleiden tijdens en na de reanimatie. Uit de ervaringen bleek dat deze manier van werken meer voordelen dan nadelen had.^{2,3} Uit onderzoek blijkt dat het bijwonen van een reanimatie positieve effecten heeft voor de aanwezige familieleden.^{4,5} Het belangrijkste voordeel is een betere verwerking tijdens het rouwproces. De aanwezigheid beïnvloedt vooral de accep-

tatie van het overlijden en de rouwverwerking. Plotselinge dood is een traumatische gebeurtenis voor familieleden en het is moeilijk om daarmee om te gaan. Door het zien van de reanimatie krijgt de familie het gevoel dat al het mogelijke gedaan is. Dit beïnvloedt de acceptatie van de plotselinge dood van hun dierbare.⁶

Gemengde gevoelens

Het medisch personeel heeft gemengde gevoelens over het toelaten van familieleden bij een reanimatie. Tegenstanders bieden dit niet - of met moeite - aan. Het gesprek over de aanwezigheid van familieleden bij een reanimatie werd gestart door medisch specialisten, artsen en verpleegkundigen die er wel positief tegenover staan. Ze gebruiken daarbij de volgende argumenten:⁷

- Professionals moeten zo deskundig zijn dat het niet uitmaakt of er wel of geen familieleden bij de reanimatie aanwezig zijn.
- Familie is in de thuissituatie meestal als eerste bij de patiënt aanwezig en start vaak al met reanimeren. Bij een reanimatie in de ambulance en in het ziekenhuis kan de familie vragen van de medisch specialist en verpleegkundige beantwoorden, bijvoorbeeld over hoe de patiënt

gevonden is, en hoe lang het geduurd heeft voordat met reanimeren werd gestart.

- De familie kan belangrijke informatie verstrekken over medicijngebruik, medische voorgeschiedenis en dergelijke.
- Het betrekken van familieleden bij de reanimatie is een manier om tegemoet te komen aan hun emotionele en psychologische behoeften tijdens een crisis.
- Het is tegenwoordig door hulpverleners wel volledig geaccepteerd dat ouders aanwezig zijn bij de reanimatie van hun kind. Waarom zou dit bij de familieleden van volwassenen dan niet kunnen?

Tegenstanders van de aanwezigheid van naaste familieleden bij een reanimatie gebruiken de volgende argumenten:⁷

- Een reanimatie vergt de volledige concentratie van professionals, want de patiënt verkeert in een acute, levensbedreigende situatie.
- Familieleden moet je beschermen tegen het zien van een reanimatie, omdat het effect traumatiserend kan zijn.
- Het is niet goed om tijdens de reanimatie reacties van de familieleden te horen. Medisch specialisten, artsen en verpleegkundigen kunnen daardoor emotioneel betrokken raken bij de situatie, zich met de patiënt en familie identificeren, en daardoor mogelijk onvoldoende professionele distantie houden.
- Tijdens een reanimatie kunnen morbide opmerkingen worden gemaakt door professionals, als uiting van de stress die zij tijdens de reanimatie ondervinden. Voor de familieleden zijn dergelijke opmerkingen vanzelfsprekend misplaatst.

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

Op 1 april 1995 is de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van kracht geworden. Deze wet legt juridisch gezien de rechten en plichten van behandelaar én patiënt vast. In deze wet staat ook dat de hulpverlener zijn verplichtingen moet nakomen jegens de patiënt, tenzij dit niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener. De rechten

en plichten vloeien voort uit de overeengekomen geneeskundige behandeling. De WGBO stelt (o.a.) regels voor:

- het recht op informatie door de hulpverlener
- toestemming voor een medische behandeling
- inzage in het medisch dossier
- geheimhoudingsverplichting voor de hulpverlener
- het recht op privacy tijdens een medische behandeling
- het recht op niet-weten
- vertegenwoordiging van patiënten die niet zelf kunnen beslissen.

Voor iedere geneeskundige behandeling is mondelinge of schriftelijke toestemming van de patiënt vereist. Zonder deze toestemming kan de hulpverlener geen behandeling starten of voortzetten.⁸ Bij een acute levensbedreigende situatie die direct medisch ingrijpen vereist is en waarbij de patiënt geen toestemming kan geven, mag er een uitzondering op deze wet gemaakt worden. Ook inzake de geheimhoudingsplicht kan in dergelijke situaties een uitzondering gemaakt worden. Een patiënt kan voor het geval hij zelf niet meer bij machte is toestemming te verlenen of te weigeren, een schriftelijke wilsverklaring van te voren opstellen.

De WGBO is van toepassing op alle patiënten, behalve op patiënten die gedwongen en onvrijwillig worden opgenomen. Uit de bepalingen van de WGBO blijkt dat grote waarde wordt gehecht aan de autonomie van de patiënt. Weldoen, niet-schaden en rechtvaardigheid zijn de richtingbepalende principes.⁹ In de WGBO is ook een artikel opgenomen over de vertegenwoordiging van de wilsonbekwame patiënt (art. 465). Het gaat hierbij om kinderen die jonger dan 12 jaar zijn, de bijzondere positie van 12- tot 16-jarigen en wilsonbekwame meerderjarigen.

Volgens de WGBO heeft de familie van de volwassene wilsonbekwame patiënt geen juridische status. Uitgaande van het recht op zelfbeschikking van de patiënt overlegt de arts met de patiënt over het behandeltraject en adequate zorgverlening. De patiënt moet hierbij in staat zijn om zijn eigen situatie te

overzien, de geboden medische informatie te begrijpen, de gevolgen van de verschillende alternatieven te overzien en zijn keuze kenbaar te maken. Indien aan deze criteria wordt voldaan, is de patiënt wilsbekwaam en heeft de familie juridisch geen zeggenschap bij de besluitvorming rond zorg en behandeling.

In bepaalde situaties - zoals bij reanimeren - wordt niet aan deze voorwaarden voldaan en is er sprake van (gedeeltelijke) wilsonbekwaamheid van de patiënt. In dergelijke situaties is de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt de aangewezen persoon om toestemming te verlenen namens de patiënt (art. 465 van de WGBO). Volgens de WGBO kan de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt achtereenvolgens een curator of mentor zijn, een door de betrokkene aangewezen persoon, de partner, ouder, kind, broer of zus. De familie kan dus bij een wilsonbekwame patiënt - zoals bij een reanimatie - een stem hebben: in de eerste plaats is dat de (meest actuele) partner, in tweede plaats een ouder, in de derde plaats een kind en in de laatste plaats een broer of zus. Dit familielid dient zich op grond van een wilsverklaring, eerdere uitspraken van de patiënt en op basis van 'zich inleven in de patiënt', een mening te vormen over de 'wil van de patiënt' bij het wel of geen toestemming verlenen namens de patiënt. Juridisch gezien (en uitgaande van de autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt¹⁰ is er voor de familie een rol weggelegd bij de zorg en de behandeling als vertegenwoordiger van de wilsonbekwame patiënt.

De rol van de familie bij besluitvorming

Zorgverlening kan beschouwd worden vanuit verschillende kanten, onder meer een juridische en een zorgethische. In het onderstaande wordt de tweede vraag van dit artikel 'wat is de rol van familieleden in de besluitvorming rond de behandeling van hun dierbare?' behandeld. Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden, wordt aangegeven wat we kunnen leren van de discipline ethiek, in het bijzonder de zorgethiek. Ethiek houdt zich onder andere bezig met de theorievorming

ming (systematische bezinning) rondom de moraal. Moraal is het geheel van waarden en normen op grond waarvan mensen handelen of menen te moeten handelen.

Zorgethiek

Zorgethiek is in toenemende mate in Nederland actueel en kan beschouwd worden als een ethische oriëntatie die relevante perspectieven biedt op de wetenschappelijke ontwikkelingen in de klinische zorgpraktijk. Maar wat is zorgethiek nu precies?

De zorgethiek profileert zich als een bestaansethiek, als ethische reflectie op identiteits-, levens- en zingevingsvragen. Wanneer mensen tijdelijk of blijvend afhankelijk worden van zorg of hulp, worden ze ook geconfronteerd met de vraag waar het met hun leven naar toe gaat en of, in welke mate, en hoe ze daar zelf richting en sturing aan kunnen geven.^{11,12} Het vertrekpunt van zorgethiek ligt in de ervaring van zorg. Hoe wordt zorg gegeven en hoe wordt ontvangen zorg ervaren? Vanuit de vaststelling dat zorg een altijd aanwezig onderdeel is van het dagelijkse en maatschappelijke leven, en een manier is waarop mensen omgaan met de eindigheid en fragiliteit van het bestaan, poogt zorgethiek 'zorg' te typeren als een wezenlijk element van ons zelfbegrip en ons begrip van tussenmenselijke relaties. Concreet betekent dit dat zorg voor een mens bij uitstek een relationele handeling is, die ethisch doordacht moet zijn in het brede culturele en wetenschappelijke kader van vertrouwen tussen mensen. Hierbij gaat het om bijzondere aandacht voor de behoeften (in zowel de lichamelijke, emotionele als spirituele zin) en waardigheid van een persoon in een specifieke context.

Zorgethiek gaat na of de zorgverlener de behoefte van de ander onderkent, zich erdoor persoonlijk aangesproken en zich ervoor verantwoordelijk voelt, deskundig aan de zorgvraag tegemoet komt en beseft dat het bij zorg nooit om eenrichtingsverkeer gaat, maar om een gezamenlijke onderneming.

In de mensvisie, die aan de zorgethiek ten grondslag ligt, wordt grote nadruk

gelegd op de relationele verbondenheid tussen mensen. Elk mens bevindt zich in een ingewikkeld netwerk van relaties. In de analytische methodiek worden ethische problemen gezien als een conflict tussen principes van wel-doen, niet-schaden, autonomie en rechtvaardigheid. Via een stappenplan en een weging van de argumenten kan een uitweg gezocht worden uit het conflict. In de zorgethiek worden ethische problemen in verband gebracht met spanningen en breuken in het relationeel zorgnetwerk waarin mensen zich bevinden.¹³ Een relatie staat niet op zichzelf, maar heeft een plaats in het levensverhaal van de patiënt. De familie kan een rol spelen bij het verhelderen van het levensverhaal van de patiënt, hoewel men hierbij moet bedenken dat het levensverhaal van de patiënt vaak gekleurd is door de relatie tussen familie en patiënt. Vanuit de zorgethiek bezien, zijn bij een beslissing naast de hulpverleners zowel de patiënt als de familie betrokken, en is het belangrijk om de verschillende gezichtspunten met elkaar in verband te brengen. De verhalen van alle betrokkenen dienen te worden gehoord; ook het verhaal van de familie en daarmee de stem van de familie.¹²

Verantwoord zorg verlenen

De ethische vragen die aan bod komen in een zorgethische benadering hebben betrekking op 'verantwoord zorg verlenen'.¹⁴ Wat goed is voor de patiënt is niet de wil van de patiënt, maar datgene wat zich op een zinvolle wijze in zijn of haar leefwereld laat integreren. Alle betrokkenen moeten zich erin kunnen vinden, en ermee verder kunnen leven.¹³ Dit vraagt zorgvuldig kijken en luisteren naar de visies en verhalen van zowel de patiënt als de naaste familieleden. Centraal staat niet de vraag 'wat moet er gedaan worden?', maar de vraag: 'Wat is goede zorg?'. De blik vanuit de zorgethiek is niet zozeer gericht op het toepassen van algemene principes, maar op de vraag wat goede zorg is voor de patiënt in deze bijzondere (familie-)situatie. Hierbij is de dialoog met de familie een wezenlijk onderdeel van het zorgverleningsproces. Dit betekent dat de zorgethiek ook aandacht heeft voor emoties en intuïties

en deze in het ethisch overleg betreft. De zorgethiek besteedt veel aandacht aan relaties in de ethische overweging en zoekt naar het opzetten van communicatieprocessen. Dat betekent ook dat medisch specialisten, artsen en verpleegkundigen moeten controleren of de zorg 'als goede zorg' wordt ontvangen.

Resultaten

Om de vragen van dit artikel te beantwoorden, is eerst gekeken naar wat de WGBO zegt over de rechten en plichten van de behandelaars én de patiënt. De WGBO laat juridisch zien dat er voor de familie een rol is weggelegd bij de zorg en de behandeling als vertegenwoordiger van de wilsonbekwame patiënt, maar legt het accent op de autonomie en de rechten van de patiënt en houdt geen rekening met de context van de patiënt. Daarentegen legt de zorgethiek het accent op de erkenning dat ieder mens kwetsbaar is.¹² De zorgethiek biedt een ander kader, gebaseerd op andere kernwaarden, zonder overigens de verworvenheid van autonomie en recht op te geven. In de zorgethiek gelden niet autonomie en recht, individualiteit en vrijheid als ordende principes, maar het bijzondere van de situatie en de context, met oog voor de samenhang in menselijke relaties, en met aandacht voor de gevoelens die daarbij horen.¹⁵ De zorgethische stroming heeft daarmee een andere kijk op zorgprocessen.

Terug naar de casus

Het kostte Peter en Marjolein erg veel moeite om die lange 30 minuten in de familiekamer te blijven zitten. Ze waren erg geschrokken, haastig naar de familiekamer gebracht, en alleen gelaten. Veel liever waren ze bij hun vader gebleven. Zij hadden zelf - met eigen ogen - willen zien dat alles werd gedaan om hun vader in leven te houden. Maar waar ze het meeste mee zaten was dat zij liever zelf die keus hadden gemaakt, om aan te kunnen geven wat zij hadden gewild, maar niemand had het hun gevraagd...

Tot slot

Vanuit een zorgethisch perspectief wil ik een pleidooi houden om meer rekening te houden met familieleden die aanwezig zijn (of willen zijn) bij de reanimatie van hun dierbare. Daarbij moet men uiteraard opletten dat de emotionele belasting niet te groot wordt. Een optimale begeleiding tijdens de reanimatie door een verpleegkundige en/of een arts is dan ook een voorwaarde. Familieleden kunnen een plaats hebben, of betrokken worden, in de medische besluitvorming rondom de behandeling en zorgverlening. Wel kan het zo zijn dat de verantwoordelijke medisch specialist op medische gronden en vanuit zijn of haar expertise een beslissing moet nemen om een zinloze medische behandeling te voorkomen (en daarmee uitzichtloos lijden tegen te gaan). Vanuit de WGBO hebben ook de naaste familieleden van de volwassen wilsonbekwame patiënt een juridische status. De stem van deze familieleden kan dus ook gehoord worden. We zien dat de WGBO geen direct spanningsveld oproept als het over ons onderwerp gaat.

Vanuit een zorgethische benadering kan de zorgpraktijk van een reanimatie in een ziekenhuis worden gezien en opgevat als een verantwoordelijkheidspraktijk, waarin verschillende betrokkenen verantwoordelijkheid dragen ten opzichte van elkaar en zichzelf in een proces van reageren op kwetsbaarheid (gericht op het concrete hier en nu).^{14,16} Bij een reanimatie moet de betrokkenheid een attitude zijn van 'zorg-met-zorg', wat niet alleen ondersteunend handelen met betrokkenheid betekent (caring respons), maar ondersteunend en betrokken handelen om het welzijn van de ander (patiënt) te bevorderen. Die betrokkenheid op mensen gaat uit van hun kwetsbaarheid en afhankelijkheid.¹⁶ De betrokken medisch specialisten, artsen en verpleegkundigen worden door de zorgethiek daarop aangesproken. Niet om te betuttelen, maar om mensen te steunen en te begeleiden in hun kwetsbaarheid en afhankelijkheid bij een reanimatie.

Betrokkenheid is ook het tonen van interesse in elke patiënt (en diens

familieleden) afzonderlijk en zich verantwoordelijk voelen voor diens context (relaties staan centraal). Zorgethisch gesproken moet in een reanimatieproces de betrokkenheid niet alleen in de interventies, maar ook in de presentie verweven worden.^{16,17} Vanuit een zorgethisch oogpunt moet er altijd naar gestreefd worden om alle betrokkenen hun verhaal te laten doen, waardoor gezamenlijk, alle perspectieven overwegende, een besluit kan worden genomen.^{14,15} Zorg hebben voor elkaar is niet alleen de meest voorkomende menselijke activiteit, maar moet ook het subject zijn in onze morele overwegingen.¹⁶ De mate waarin we zorgen voor elkaar, omzien naar elkaar, bepaalt de kwaliteit van onze morele praktijk in het ziekenhuis.^{12,18} En daarmee worden de vele vreemden (patiënten en familieleden) die betrokken zijn bij een reanimatie in de klinische setting voor de professionals steeds opnieuw mensen met een naam en gezicht.¹² 

Literatuur

1. Dishoeck van, AM, Frankhuizen, NP, Giljam, J, Scholte op Reimer, W. Aanwezigheid van de familie bij een reanimatie – een casereport. *Cordiaal*, 2004;25 (5):4-9.
2. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KT. Family participation during resuscitation, an option. *Annals of Emergency Medicine* 1987;16:672-5.
3. Hanson C, Strawser D. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *Journal of Emergency Nursing* 1992;18(2):104-6.
4. Robinson SM, Machenzie-Ross S, Campell Hewson GL, et al. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *The Lancet* 1998;352 (22): 614-17.
5. Rattrie E. Witnessed resuscitation: good practice or not? *Nursing Standard* 2000;14(24):32-5.
6. Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE. Do families want to be present during CPR? A retrospective survey. *Journal of Emergency Nursing* 1998;24(5):400-5.
7. Thierry M, Geut B. Aanwezigheid van de familie bij een reanimatie - een debat. *Cordiaal* 2005;26 (4):24-6.
8. Pijnenburg, Martien, Nuy, Marius (red.). Abstineren. Morele overwegingen bij het staken van levensverlengend medisch handelen (Prudentiareeks). Budel: uitgeverij Damon 2002. ISBN 90-5573-305-9.
9. Vorstenbosch, J. Zorg een filosofische analyse. Amsterdam: uitgeverij Nieuwezijds 2005. ISBN 90-5712-185-9.
10. Delden, JJM van. Beslissen om niet te reanimeren: een medisch en ethisch vraagstuk (dissertatie Rijksuniversiteit van Utrecht). Assen: Van Gorcum 1993. Uitgave in samenwerking met het Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht. ISBN 90-232-2812-x.
11. Bersselaar, V van den. Bestaansethiek. Normatieve professionalisering en de ethiek van identiteits-, levens- en zingevingsvragen. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP 2009. ISBN 978-90-8850-069-5.
12. Heijst, A van. Iemand zien staan. *Zorgethiek over erkenning*. Kampen: uitgeverij Klement 2008. ISBN 978-90-8687-014-1.
13. Gastmans C. Cirkels van zorg. De bijdrage van de zorgethiek. In: Neste F van, Taels J, Cools A (Eds). *Van klinische ethiek tot bio-recht*. Leuven: Peeters Publishers 2001. ISBN 978-90-4291-073-7.
14. Verkerk, M. *Zorgethiek: naar een geografie van verantwoordelijkheden*. In: Manschot H, Dartel H van. *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom 2003. ISBN 90-5352-943-8.
15. Nistelroy, I van. *Basisboek Zorgethiek. Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen*. Heeswijk: Uitgeverij Abdij van Berne 2008. ISBN 978-90-8972-004-7.
16. Heijst, A van. *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Uitgeverij Klement 2005. ISBN 90-77070-39-7.
17. Baart, A, Grypdonck, M. *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Uitgeverij Lemma 2008. ISBN 978-90-5931-085-8.
18. Pijnenburg, M, Nuy, M (red.). *Het ziekenhuis als morele gemeenschap* (Prudentiareeks). Budel: Uitgeverij Damon 2003. ISBN 90-5573-436-5.

De Hart&Vaatgroep is de nieuwe patiëntenorganisatie van en voor mensen met een hart- of vaatziekte. De vereniging is ontstaan uit een fusie van Stichting Hart in Beweging, Stichting Bloedlink, Vereniging van Vaatpatiënten, Vereniging Hartzorg en Stichting Hoofd Hart en Vaten.

De Hart&Vaatgroep is gevestigd in de Hartenark,
Prof. Bronkhorstlaan 2,
3723 MB Bilthoven
tel: 030 6594657
info@hartenvaatgroep.nl
www.hartenvaatgroep.nl

Van en voor mensen met een hart- of vaatziekte

De Hart&Vaatgroep

Deze bundeling biedt meer mogelijkheden voor individuele ondersteuning, preventie en voorlichting. Ook leidt het tot een krachtigere stem in de zorg, de politiek en de maatschappij. Door de grotere omvang kan de organisatie niet alleen beter tegemoet komen aan de toenemende vraag naar participatie in de beleidsontwikkeling, maar ook zijn eigen wensen en agenda inbrengen. Het perspectief van de hart- en vaatpatiënten krijgt zo een prominente plaats in de kwaliteit van de behandeling en de zorg, maar ook in de zorginkoop en de zorgevaluatie.

Voor hart- en vaatpatiënten

Ruim een miljoen mensen in Nederland heeft te maken met een aandoening aan hart of vaten. Sommigen hebben er tijdelijk last van, anderen ervaren ingrijpende gevolgen en moeten met de gevolgen daarvan leven, bijvoorbeeld door een infarct in hart of hersenen. Voor hun behandeling en begeleiding kunnen ze een beroep doen op huisartsen, verpleegkundigen en specialisten.

Bijna iedereen heeft wel eens behoefte aan wat extra informatie, een steuntje in de rug bij lastige beslissingen of hulp bij het aanpassen van de levensstijl. De Hart&Vaatgroep wil dat bieden. De vereniging is opgezet voor en door mensen die zelf een hart- of vaatziekte hebben of hun naasten. Ook mensen die (nog) niet ziek zijn en de risico's uit eigen familie kennen, bijvoorbeeld bij erfelijk hoog cholesterol, kunnen er terecht.

Regionaal en landelijk aanbod

De Hart&Vaatgroep is actief in de regio's en op landelijk niveau en rekent informatievoorziening, lotgenotencontact en leefstijlbegeleiding

tot haar terreinen. Zo is er voor verantwoord bewegen en sporten de www.beweegzoeker.nl. Voor gezond en lekker eten zijn er kookworkshops, kookboekjes, recepten. Er is een groot aantal folders en brochures en er is de website www.hartenvaatgroep.nl.

Via het Hart&Vaatforum, de telefoon of tijdens bijeenkomsten in de regio, kunnen mensen ervaringen delen met anderen. Er zijn themabijeenkomsten en cursussen om kennis te vergroten en informatie uit te wisselen. Daarnaast verschijnt het kwartaalblad Vida, het leefstijlmagazine voor leden. Dit magazine biedt informatie, achtergronden en persoonlijke verhalen.

Belangenbehartiging

Een belangrijk werkterrein van De Hart&Vaatgroep is de collectieve belangenbehartiging voor mensen met hart- en vaatziekten of hoge risico's daarvoor. Dat betreft onder meer bereikbare en effectieve preventie, goed cardiovasculair risicomangement, en de mogelijkheid om te kiezen uit het zorgaanbod, dat van goede kwaliteit moet zijn. Ook moet die zorg beschikbaar en bereikbaar zijn, mede doordat die adequaat verzekerd en vergoed wordt.

Preferenties, ervaringen en oordelen van patiënten zijn leidend en worden onder meer verkregen uit focusgroepen en het Hart&Vaatpanel. Ervaringsdeskundigen worden ingezet voor expertteams, werkgroepen en patiëntenraadplegingen. Deze inbreng wordt vertaald in criteria, richtlijnen, zorgstandaarden, en evaluatie-instrumenten. In 2009 is bijvoorbeeld door het Platform Vitale Vaten de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement gepubliceerd. Dit was een initiatief van onder andere De Hart&Vaatgroep. Het resultaat is een

gezamenlijk product van verpleegkundigen, artsen en vrijwel alle andere relevante beroepsgroepen. Momenteel is een zorgstandaard hartfalen in voorbereiding.

Ook geeft De Hart&Vaatgroep het Vaatkeurmerk uit, met een bijbehorende website. Ziekenhuizen die aan een aantal voorwaarden voldoen, krijgen dit keurmerk, dat keuzeondersteunend is voor patiënten. Het keurmerk wordt ook ingezet voor de zorginkoop. De rol van de patiëntenorganisatie als 'derde partij in de zorg' wordt specifiek vormgegeven door het opstellen van inkoopcriteria en uitkomstindicatoren en het inbrengen van standaarden en keurmerken als criterium voor zorginkoop door verzekeraars. De zorgvraag wordt leidend en het aanbod volgt.

Voor betere preventie, behandeling en zorg zet De Hart&Vaatgroep sterk in op samenwerking met andere patiëntenorganisaties, andere stakeholders, zorgverleners en hun beroepsorganisaties. Hart- en vaatverpleegkundigen zijn hier een belangrijke partij door hun aandeel in het vasculair risicomanagement. Hun rol als ondersteuner en begeleider breidt zich uit naar leefstijlbegeleiding. Meer en vaker treden zij op als de centrale hulpverlener die de zorg kan overzien en samen met de patiënt organiseert. 

Op pagina 123 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 in opleiding
UMC St Radboud Nijmegen,
afdeling cardiologie

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

Dit vertelde het elektrocardiogram!

Een patiënt met een out of hospital cardiac arrest

Antwoorden:

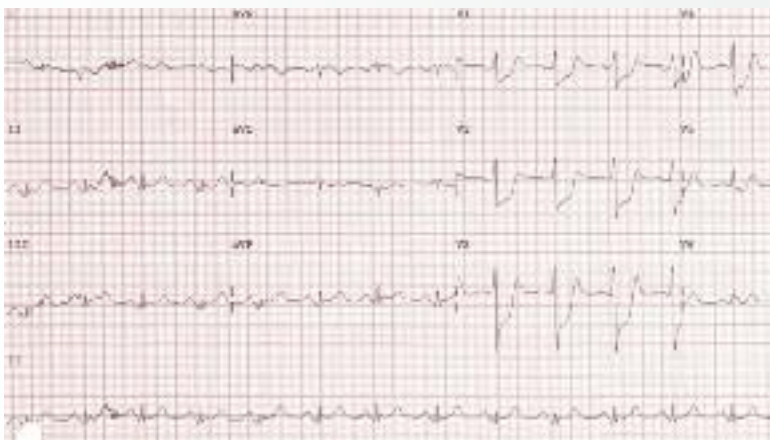
1. Op het ECG in figuur 1 ziet u een sinusritme met een intermediaire stand van de gemiddelde elektrische hartas. De PQ-tijd meet 0,16 sec, de QRS-duur 0,12 sec en de QT-tijd 0,36 sec. De P-top in afleiding II is breed (0,12 sec) met een meer dan 1 mm negatieve deflectie in het terminale deel in V1. Er zijn Q's waarneembaar in de afleiding II, III en aVF. Evident opvallend zijn de ST-segment depressies in afleiding V1 (4 mm), V2 (6 mm), V3 (9 mm) en V4 (5 mm). Het ST-segment in afleiding III en aVF is iets opgetrokken. Conclusie: ECG met het beeld van een acuut posterior infarct.
2. De ABCDE-methode wordt gebruikt om een patiënt systematisch te beoordelen wanneer vitale orgaansystemen (respiratoir, cardiovasculair en neurologisch) zijn bedreigd.¹ ABCDE staat voor:
 - Airway (ademweg): het beoordelen op tekenen van volledige of gedeeltelijke luchtwegobstructie.
 - Breathing (ademhaling): is er sprake van apnoe, tachy- of dyspnoe?
 - Circulation (circulatieproblemen): het beoordelen van hartritme en bloeddruk zijn hierbij belangrijke parameters.
 - Disability: het beoordelen van bewustzijn / EMV-score en controle van bloedglucose.
 - Exposure: overig lichamelijk onderzoek, anamnese en voorgeschiedenis.Het is bewezen dat vroege defibrillatie en vroege niet onderbroken hartmassage (in combinatie met beademing) tijdens reanimatie een positief effect hebben op de overleving van een patiënt.
3. Het ECG toont een posterior myocardiinfarct, waarschijnlijk bij een afgesloten RCX. Reperfusetherapie met PCI is hier de aangewezen behandeling.
4. Op de ritmestroom ziet u dat de kamerextrasystolen (PVC's) vrij dicht bij de T-top van het QRS-complex vallen. In het zevende complex ontstaat een R-op-T-fenomeen (met pijl aangegeven) die overgaat in kamer- of ventrikelfibrilleren. Een PVC met een kort koppelingsinterval valt op de top van de T-golf van het voorafgaande complex (vulnerabele fase). Bij deze patiënt met acute ischemie bij het myocardiinfarct, heeft de PVC tot ventrikelfibrilleren geleid. Omdat hier sprake is van een witnessed én monitored cardiac arrest, kan men proberen het ritme met een precordiale stomp uit te schakelen (< 10 sec). De kans is overigens groot dat dit niet lukt en dat vervolgens gekozen moet worden voor defibrillatie. 

Conclusie

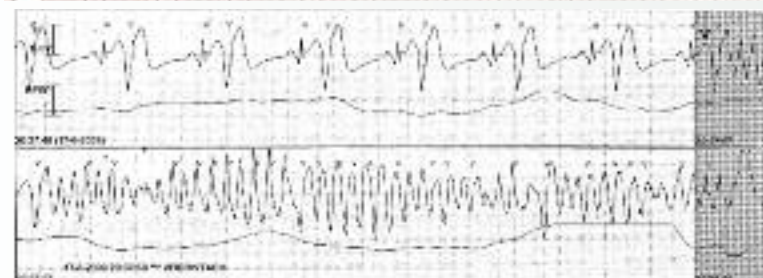
Out of hospital cardiac arrest op basis van primair ventrikelfibrilleren bij een acuut posterior infarct.

Literatuur

1. Nolan JP, Deakin CD, Soar J, Bottiger BW, Smith G. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Section 4: Adult advanced life support. Resuscitation 2005; Suppl 1:S39-86



Figuur 1. Elektrocardiogram



Figuur 2. Ritmestroom

Een type D persoonlijkheid kan bijdragen aan het ontwikkelen van psychologische stress en een vermindering van de kwaliteit van leven bij patiënten met een inwendige cardioverter defibrillator (ICD). Voor de praktijk is het belangrijk om deze patiënten te identificeren en bij een type D persoonlijkheid extra alert te zijn op slechte psychologische aanpassing na implantatie.

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

E-mail: j.vanson1@uvt.nl
 s.s.pedersen@uvt.nl

Psychologische stress na implantatie van een inwendige cardioverter

ICD-patiënten met een type D persoonlijkheid hebben meer angst en depressie

Inleiding

Per jaar wordt in Nederland bij ongeveer 1800 mensen een inwendige cardioverter defibrillator (ICD) geïmplant. Vier jaar geleden waren er dat nog maar 500.¹ Naar verwachting zal de stijging zich in de toekomst verder doorzetten. Een verklaring hiervoor is de uitbreiding van de indicaties voor een ICD; tegenwoordig wordt deze zowel voor primaire als secundaire profylaxe toegepast. Andere belangrijke factoren zijn de vergrijzing van de bevolking en de betere behandel-mogelijkheden in de cardiologie waardoor steeds meer mensen een hartinfarct overleven. Onderzoek naar de impact van de ICD-behandeling op psychologische uitkomsten en kwaliteit van leven van de patiënten is nodig om aan deze stijgende groep patiënten passende zorg te kunnen bieden.²

Het implanteren van een ICD is een effectieve behandeling om de gevolgen van levensbedreigende hartritme-stoornissen te beperken. Bij een subgroep van de patiënten met een ICD ontstaan echter psychische klachten.^{3,4} De meest voorkomende klacht is angst: 13 tot 38% van de patiënten ervaart klinische niveaus van angst. Depressie komt voor bij 24 tot 33% van de ICD-patiënten. Dit laatste percentage is vergelijkbaar met de prevalenties bij andere cardiale patiëntenpopulaties, bijvoorbeeld patiënten met een myocardinfarct.⁵ Onderzoek heeft uitgewezen dat bovenstaande psychische klachten gerelateerd zijn aan of verergerd worden door: jonge leeftijd

(jonger dan 50 jaar), eerder niet gediagnosticeerde psychische stoornissen, beperkt begrip van de onderliggende medische conditie en het doel en de functie van de ICD, medische comorbiditeit en frequente ICD-schokken.^{6,7} Sommige studies vinden daarnaast een relatie tussen de tijd die verstreken is na de implantatie en een vermindering van de psychische klachten.^{3,4}

Meestal gaat men er vanuit dat het krijgen van schokken via de ICD de voornaamste oorzaak is voor de psychologische stress en de slechte kwaliteit van leven bij ICD-patiënten. Schokken hebben inderdaad vaak een nadelige invloed, maar het psychologische profiel van de patiënt, zoals onder andere de type D (of distressed) persoonlijkheid, speelt ook een belangrijke rol in het ontwikkelen van angst en depressie. Al eerder is in een

artikel van Cordiaal uitgebreid uitleg gegeven over de type D persoonlijkheid en de rol daarvan bij hart- en vaatziekten (zie hiervoor nr. 5, 2006).¹⁰

Type D is een normaal persoonlijkheidsconstruct. De kenmerken van een type D persoonlijkheid staan in tabel 1. Mensen met een type D persoonlijkheid neigen ertoe om veel negatieve emoties te ervaren (negatieve affectiviteit) en uiten deze emoties meestal niet in sociale situaties (sociale inhibitie).⁸ De laatste jaren is er regelmatig gepubliceerd over de type D persoonlijkheid als psychologische risicofactor voor hart- en vaatziekten. Uit deze publicaties komt naar voren dat een type D persoonlijkheid geassocieerd is met verschillende emotionele en sociale moeilijkheden en met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit bij patiënten met deze aandoeningen.¹¹⁻²⁴

Tabel 1. Kenmerken type D persoonlijkheid.

Een type D persoonlijkheid kenmerkt zich door een combinatie van twee stabiele persoonlijkheidstrekken (persoonlijkheidsconstruct): negatieve affectiviteit en sociale inhibitie.⁸ Dit persoonlijkheidsconstruct:

- is stabiel gedurende minstens 18 maanden
- is niet beïnvloed door de ernst van de cardiale aandoening, angst en depressieve symptomen
- kan valide en betrouwbaar gemeten worden met de type D schaal (DS14)⁸. Voorbeelditems van deze 14-item vragenlijst zijn voor negatieve affectiviteit: "Ik maak me dikwijls zorgen" en "Ik zie de zaken somber in" en voor sociale inhibitie: "Ik ben een gesloten persoon" en "Ik voel me vaak geremd in de omgang met anderen"
- is geassocieerd met een verhoogd risico op mortaliteit en morbiditeit in verschillende cardiovasculaire patiëntengroepen, onafhankelijk van de ernst van de ziekte.⁹

Psychologische risicofactor bij ICD-patiënten

Er zijn een aantal onderzoeken gedaan naar het effect van een type D persoonlijkheid op het psychologisch welzijn bij ICD-patiënten. Onderstaand volgt een overzicht van de bevindingen.

Angst en depressie

Onderzoek heeft aangetoond dat een type D persoonlijkheid een onafhankelijke voorspeller is voor angst en depressieve symptomen bij zowel ICD-patiënten²⁰ als hun partners.²⁵ In eerder genoemd onderzoek leidde sociale steun bij patiënten en partners tot minder psychologische stress.²⁰ Dit effect was echter afhankelijk van het wel of niet hebben van een type D persoonlijkheid: sociale steun zorgde alleen voor minder psychologische stress wanneer iemand geen type D persoonlijkheid had. Dit kan erop wijzen dat de onderliggende persoonlijkheid van meer belang is in de bepaling van stressniveaus dan ervaren sociale steun.²⁰ In een andere studie was een type D persoonlijkheid een belangrijkere voorspeller van psychologische stress dan het ervaren van schokken.⁹ Angst en depressie zijn op hun beurt geassocieerd met een lagere kwaliteit van leven⁴, het vermijden van fysieke en sociale activiteiten²⁶ en gaan mogelijk vooraf aan aritmie en schokken.²⁷

Kwaliteit van leven

Ook de relatie tussen type D persoonlijkheid en kwaliteit van leven bij ICD-patiënten is onderzocht. In een studie werd het effect van een type D persoonlijkheid vergeleken met het effect van een primaire of secundaire ICD-indicatie. Hieruit bleek dat een type D persoonlijkheid wel, maar een ICD-indicatie niet geassocieerd was met een verminderde kwaliteit van leven. De relatie tussen type D persoonlijkheid en kwaliteit van leven kon ook niet verklaard worden door de ernst van de hartziekte of het aantal schokken tijdens de follow-up. Bij alle patiënten was de kwaliteit van leven drie maanden na de implantatie verbeterd, maar patiënten met een type D persoonlijkheid hadden een slechtere kwaliteit van leven dan patiënten zonder type D persoonlijkheid.²⁸

ICD-acceptatie

De type D persoonlijkheid is ook onderzocht in relatie tot ICD-acceptatie. ICD-acceptatie kan worden gedefinieerd als de psychologische aanpassing aan de ICD door de patiënt, inclusief een positieve kijk op de ICD als een levensreddende noodzaak.²⁹ ICD-acceptatie kan worden gemeten met de Florida Patiënt Acceptance Survey.³⁰ Voorbeelditems van deze 18-item-vragenlijst zijn: "Ik voel mij meer veilig vanwege mijn ICD" en "Als ik denk aan de ICD maakt me dat somber." Uit onderzoek bij Deense ICD-patiënten kwam naar voren dat de invloed van psychologische variabelen (zoals type D persoonlijkheid en angst) op ICD-acceptatie even belangrijk was als hartfalen, terwijl ernst van de ziekte en aantal schokken van minder belang waren.³⁰ Patiënten met een type D persoonlijkheid hadden een lagere ICD-acceptatie dan patiënten zonder type D persoonlijkheid.³⁰ Een type D persoonlijkheid en een lage ICD-acceptatie zijn daarnaast ook afzonderlijk geassocieerd met angst, depressie en verminderde kwaliteit van leven.^{20,28}

Clustering van risicofactoren voor psychologische stress

De laatste tijd is er meer aandacht voor de invloed van clustering van risicofactoren in plaats van het beoordelen van de invloed van afzonderlijke risicofactoren. Psychosociale risicofactoren neigen ertoe bij individuen samen te clusteren. Mensen die bijvoorbeeld een hoge werkspanning ervaren, hebben vaker depressieve klachten dan werknemers die geen hoge werkspanning ervaren.³¹ Onderzoek naar de impact van geclusterde risicofactoren leidt waarschijnlijk tot een meer accurate risicoschatting bij individuele patiënten dan onderzoek naar de impact van één enkele risicofactor.³² ICD-patiënten met een clustering van een type D persoonlijkheid én ICD-zorgen (bijvoorbeeld zorgen over het afgaan van de ICD) hadden zowel bij de start van het onderzoek als na zes maanden follow-up hogere angstniveaus dan mensen die één of geen van deze risicofactoren hadden.³² In overeenstemming hiermee bleek uit een ander onderzoek dat patiënten met een clustering van type

D persoonlijkheid en een lage ICD-acceptatie hogere niveaus van angst en depressie hadden dan patiënten met één of geen van deze risicofactoren.²⁹

Samenvatting en implicaties voor de klinische praktijk

Omdat het aantal mensen met een ICD toeneemt, is onderzoek naar de gevolgen van risicofactoren voor psychologische stress na een ICD-implantatie belangrijk. Eén van deze mogelijke risicofactoren is de type D persoonlijkheid. Het onderzoek uit bovenstaand overzicht laat zien dat ICD-patiënten met een type D persoonlijkheid een hoger risico hebben op symptomen van angst en depressie, een verminderde kwaliteit van leven en een lagere ICD-acceptatie dan ICD-patiënten zonder type D persoonlijkheid. Daarnaast komt naar voren dat patiënten met een type D persoonlijkheid in combinatie met een lage ICD-acceptatie of ICD-zorgen (clustering van risicofactoren) de hoogste niveaus van angst en depressie ervaren. Deze psychische gevolgen zijn onderling aan elkaar gerelateerd. Zo leiden bijvoorbeeld symptomen van angst en depressie tot een verminderde kwaliteit van leven en leidt een slechte ICD-acceptatie tot meer psychologische stress.

Uit de bevindingen blijkt dat ICD-patiënten met een type D persoonlijkheid een hoogrisicogroep vormen voor een slechte psychologische aanpassing na de ICD-implantatie. Dit is niet zonder gevolgen. Zowel angst als depressie zijn geassocieerd met het vermijden van fysieke en sociale activiteiten, gaan mogelijk vooraf aan aritmie en schokken, en beïnvloeden de therapietrouw. Uit onderzoek blijkt dat psychologische stress een belangrijke risicofactor is voor een slechte prognose bij patiënten met coronaire hartziekten.³³

Op basis van het bovenstaande vinden wij het belangrijk om, naast een eventuele screening voor angst en depressie, ICD-patiënten met een type D persoonlijkheid te identificeren. De vraag rijst waarom het niet voldoende is om alleen patiënten met angst- en depressieklachten te identificeren. Ten eerste verhoogt een type D persoonlijkheid

de kwetsbaarheid van de patiënt. Patiënten met een type D persoonlijkheid hebben vaker negatieve uitkomsten, zoals klachten van angst en depressie, lagere kwaliteit van leven en slechte ICD-acceptatie. Het lijkt ons beter om hiervoor een van de oorzaken aan te pakken dan alleen symptomen te bestrijden. Bovendien is de overlap tussen patiënten met klachten van angst en depressie en een type D persoonlijkheid 25%.³⁴ Dat betekent dat wanneer je alleen angst en depressie meet, je een grote groep kwetsbare patiënten mist. Je mist de patiënten die niet angstig of depressief zijn, maar wel bijvoorbeeld een verminderde kwaliteit van leven ervaren.

Ten tweede is het lastig om psychische klachten bij patiënten met een type D persoonlijkheid te onderkennen, omdat zij van nature minder geneigd zijn om hun negatieve gevoelens te uiten.¹⁰ Wanneer patiënten met een type D persoonlijkheid geïdentificeerd worden, kan men hierop bedacht zijn. Tot slot vereisen angst- en depressieklachten bij patiënten met een type D persoonlijkheid een andere aanpak dan bij patiënten zonder type D persoonlijkheid. Patiënten met een type D persoonlijkheid moeten op een andere manier leren omgaan met hun negatieve emoties, bijvoorbeeld door hun negatieve emoties meer te uiten.

In de klinische praktijk kunnen patiënten met een type D persoonlijkheid worden geïdentificeerd door vóór de ICD-implantatie de type D schaal (DS14) af te nemen. Dit is een korte, gevalideerde vragenlijst met 14 items.⁸ Vervolgens moet men bij patiënten met een type D persoonlijkheid extra alert zijn op tekenen van psychologische stress.^{10,35} Verpleegkundigen kunnen hierin een belangrijke rol spelen. Omdat patiënten met een type D persoonlijkheid nauwelijks hun negatieve gevoelens, gedachten en onzekerheden uiten¹⁰, is het belangrijk een vertrouwensband op te bouwen, hetgeen echter tijd kost. Bij het herkennen en bespreekbaar maken van negatieve gevoelens, kan men gebruik maken van 'doorvragen' en moet men ook letten op non-verbale signalen van de patiënt. De patiënt zegt bijvoorbeeld dat het goed gaat, maar dit blijkt niet uit zijn lichaamshouding of

gezichtsuitdrukking. Als de partner aanwezig is, kan die ook in het gesprek worden betrokken, omdat een partner de patiënt vaak als geen ander kent.

Wanneer je als verpleegkundige bij een patiënt met een type D persoonlijkheid tekenen van psychologische stress opmerkt en je denkt dat het contact met de patiënt ontoereikend is, dan kun je de patiënt het beste doorverwijzen naar een psycholoog (of bij een ernstige depressie naar een psychiater voor een eventuele medicamenteuze behandeling). Naast alert zijn op psychologische stress, is het voor verpleegkundigen ook belangrijk om bij patiënten met een type D persoonlijkheid extra aandacht te besteden aan het bevorderen van therapietrouw, aangezien psychologische stress therapieontrouw kan bevorderen. De slechte prognose voor patiënten met een type D persoonlijkheid verloopt mogelijk via slechte therapietrouw en ongezonde leefstijl.



Type D is een stabiel persoonlijkheidskenmerk, maar het is fout om hieruit te concluderen dat patiënten met deze persoonlijkheid niet geholpen kunnen worden. In plaats van te proberen de persoonlijkheid te veranderen, moet de interventie zich richten op het verminderen van de negatieve effecten van de type D persoonlijkheid op het psychologisch welzijn. Met andere woorden: patiënten met een type D persoonlijkheid moeten leren om anders met hun negatieve gevoelens om te gaan en zodoende hun psychologische stress te verminderen. Dit kan onder andere bereikt worden door de sociale inhibitie te verminderen via sociale vaardigheidstraining of assertiviteitstraining.

Het is ook belangrijk stil te staan bij het gegeven dat niet alleen ICD-patiënten met een type D persoonlijkheid meer kans hebben op psychologische stress, maar ook partners met een type D persoonlijkheid. Partners zijn een belangrijke bron van steun voor de patiënt en beïnvloeden daarmee de therapietrouw, de psychosociale aanpassing, de kwaliteit van leven en zelfs de prognose.³⁶ Het zou goed zijn als partners betrokken worden in een hartrevalidatieprogramma, zoals ook geadviseerd wordt door anderen.³⁷ Partners kunnen dan bijvoorbeeld zien dat het voor de patiënt veilig is om fysieke inspanning te leveren. Ook kan het, doordat zij hetzelfde traject meemaken, de communicatie tussen patiënt en partner bevorderen. Op dit moment bestaan er helaas, voor zover wij weten, geen programma's die gericht zijn op partners.

Conclusie

ICD-patiënten met een type D persoonlijkheid hebben een verhoogd risico op psychologische stress, verminderde kwaliteit van leven en slechtere acceptatie van de ICD dan ICD-patiënten zonder type D persoonlijkheid. In de praktijk is het van belang om naast een screening voor angst en depressie ook patiënten met een type D persoonlijkheid te identificeren. Verpleegkundigen kunnen dan bij deze patiënten extra alert zijn op een eventuele slechte psychologische aanpassing na ICD-implantatie. 

Literatuur

De literatuurlijst behorende bij dit artikel kunt u vinden op de website. Ga naar www.nvhv.nl/nogverderopgeven



De lekkerste manier om in evenwicht te blijven



Optimel biedt een uitgebreid assortiment zuivelproducten aan die in een gezond voedingspatroon passen en een bijdrage kunnen leveren aan een gezond gewicht. Heerlijke 0% vet drinkyoghurt, vruchtenyoghurt, kwark, vla, smoothie en (chocolade)-melk in verschillende smaken en waaraan geen suiker is toegevoegd. Verder bevat Optimel extra vitamine B en is het een goede bron van calcium. Optimel wordt bereid uit verse zuivel dat samen met fruit zorgt voor de kenmerkende rijke en frisse smaak. Wilt u meer informatie of voorlichtingsmateriaal ontvangen over Optimel of andere Campina-producten, bel dan naar 0800-2345600 of stuur een e-mail naar institute@campina.com of bezoek onze website www.campina-institute.nl.

Optimel. Het mooiste gewicht is evenwicht.

CAMPINA INSTITUTE
voor zuivel en gezondheid

Op het congres, Heart Failure 2009, waren er naast de gebruikelijke medische inbreng veel lezingen over verpleegkundige onderwerpen. Daaruit blijkt duidelijk dat de inbreng van verpleegkundigen belangrijk is in de hartfalenzorg. En ook dat het voor hen belangrijk is om dergelijke congressen bij te wonen. Je leert wat er zich op internationaal gebied afspeelt en je krijgt steeds meer bagage om je werk evidence-based uit te voeren”.

Irene Berghout, nurse practitioner cardiologie, Hartfalen Unit, VU medisch centrum, Amsterdam

E-mail: i.berghout@vumc.nl

Nice, 30 Mei tot 2 Juni 2009

Heart Failure 2009

De Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heeft als doelstelling “to improve quality of life and longevity, through better prevention, diagnosis and treatment of heart failure, including the establishment of networks for its management, education and research”. Jaarlijks organiseert deze Association een congres waar mensen die geïnteresseerd zijn in hartfalen elkaar ontmoeten om hun inzichten te delen. Hieronder vindt u een selectie uit de vele onderwerpen die zijn besproken: hyponatriëmie, zelfzorggedrag, de impact van hartfalen op het leven van de patiënt en diens partner en telemonitoring.

Hyponatriëmie

Hyponatriëmie is gedefinieerd als een natriumconcentratie van minder dan 136 mm/l. Hyponatriëmie komt relatief vaak voor bij patiënten die zijn opgenomen met hartfalen.

Verschillende sprekers bespraken de kenmerken en consequenties van hyponatriëmie. De symptomen zijn vooral een uiting van het disfunctioneren van het centrale zenuwstelsel. Daardoor ontstaan verschijnselen zoals misselijkheid, hoofdpijn, vermoeidheid, spierslakte, verwardheid en lethargie. Daarnaast is hyponatriëmie een belangrijke voorspeller voor mortaliteit, opnameduur en heropnames bij patiënten met hartfalen. Vanwege de slechte prognose kan hyponatriëmie worden beschouwd als een belangrijke complicatie bij hartfalen. In hoeverre medicamenteuze behandeling goede effecten geeft, is nog onvoldoende onderzocht.

Zelfzorggedrag en zelfmanagement

Het streven bij hartfalenprogramma's is om de patiënten zelf hun ziekte te laten ‘managen’. De patiënt speelt zelf actief een belangrijke rol in de zorg. Maar wat is ‘zelfzorggedrag’ bij hartfalen en waarom is het zo belangrijk? Volgens Tiny Jaarsma, werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Groningen, moet aan zelfzorggedrag een eenduidige betekenis worden gegeven, zodat iedereen weet waar het over gaat. Zelfzorggedrag is een bepaalde manier van leven waaraan een patiënt met hartfalen zich moet houden om te kunnen omgaan met de gevolgen van zijn aandoening.

Zelfzorggedrag houdt bijvoorbeeld in compliance op het gebied van medicatie, dieet, activiteit en rust, en het adequaat zoeken van hulp bij achteruitgang. Het is belangrijk je te realiseren dat bij patiënten met hartfalen vaak sprake is van co-morbiditeit. Dat betekent dat zij – naast de leefregels voor hartfalen – ook met andere leefregels te maken krijgen bijvoorbeeld voor diabetes of COPD. Jaarsma verwijst naar Riegel en Dickson. Zij beschrijven vijf fasen die patiënten doorlopen voordat zij tot zelfzorggedrag komen:

- 1 het zelf monitoren van symptomen en therapietrouw,
- 2 het herkennen van symptomen,
- 3 het evalueren van symptomen,
- 4 het starten van de behandeling en
- 5 het evalueren van de ingezette behandeling. (J Cardiovasc Nurs 2008;23(3):190-6).

Het goed doorlopen van deze fasen is nodig voor het zo optimaal mogelijk functioneren in het dagelijks leven.

Hartfalenpatiënten en hun partners

Patiënten met hartfalen krijgen te maken met moeilijke veranderingen in hun leven. Hun lichamelijke conditie verslechtert met de daarbij behorende klachten en symptomen, hun sociale rol verandert en ze moeten regelmatig naar het ziekenhuis. Ze moeten hun leefstijl aanpassen en dat heeft gevolgen voor het emotioneel welzijn, de kwaliteit van leven en de relatie met de partner. Onderzoek heeft aangetoond dat ondersteuning door partners een positieve impact heeft op de mortaliteit en het aantal heropnames van hartfalenpatiënten. Het zorgen voor een patiënt met hartfalen vereist echter veel inspanning en kan effect hebben op de gezondheid en het welzijn van de partner.

Partners ondersteunen de patiënt door hun dagindeling te veranderen en hun tempo aan te passen om samen activiteiten te ondernemen. Het vinden van een nieuwe balans in de relatie is één van de uitdagingen waar koppels mee te maken krijgen als een van hen hartfalen krijgt. Voor hulpverleners is het van belang om naast de begeleiding van de patiënt, het belang van de partner te erkennen en deze actief te betrekken bij de behandeling. Daarbij is het ook belangrijk om in de gaten te houden in hoeverre de partner het individueel en als partner van de patiënt aankan.

Telemonitoring

Eén van de redenen voor heropnames is een progressie van het hartfalen en de daarbij behorende klachten en symptomen. Hulpverleners kunnen deze klachten en symptomen op afstand vaststellen met telemonito-



ring. Bij verslechtering kan direct worden gereageerd. Telemonitoring kan daarom een geschikte manier zijn om patiënten te volgen. De Home or Hospital in Heart failure (HHH-) study toont aan dat telemonitoring uitvoerbaar is bij patiënten met hartfalen en gepaard gaat met een hoge compliance (Eur J Heart Fail 2009;11:312-8). Deze nieuwe technologie kan de bewustwording van de patiënt betreffende zijn situatie vergroten. Of met telemonitoring het aantal heropnames vermindert en/of de mortaliteit daalt, is nog onduidelijk. In het onderzoek van Mortara et al (2009) is geen verschil gevonden tussen telemonitoring en de gebruikelijke zorg. Daar staat tegenover dat in onderzoek van Cleland et al (J Am Coll Cardiol 2005;45:1654-64) de mortaliteit lager was bij gebruik van telefonische follow-up of telemonitoring in vergelijking met gebruikelijke zorg.

Samenvattend kan men concluderen dat er veel onderzoek plaatsvindt op het gebied van hartfalen. Wereldwijd streeft men ernaar om patiënten te leren zelf hun ziekte te managen en actief deel te nemen aan hun eigen zorg. 

JE HEBT HART VOOR JE WERK MAAR HOE HARD WERK JE AAN JE CARRIÈRE?

TMI ZOEKT

HART- EN VAATVERPLEEGKUNDIGEN

TMI BIEDT

- vast dienstverband
- vrijheid met de zekerheid van een uitstekend salaris
- meer ervaring door afwisselend werk
- een auto vanaf 28 uur per week
- scholing op maat

Werken op jouw manier!

Een vast dienstverband of een 0-urencontract.

Tevens bemiddelt TMI al jaren voor ZZP'ers. Interesse?

**KOM EENS PRATEN BIJ TMI.
DÉ DETACHEERDER IN DE ZORG.**

www.tmi-interim.nl



15 vragen over



1 Ontbijt iedereen in Nederland?

In 72% van de Nederlandse huishoudens wordt vrijwel iedere dag ontbeten; vrouwen vaker dan mannen en ouderen vaker dan jong volwassenen. Een deel van de bevolking lijkt het ontbijt afgeschafte te hebben. Met name laaggeschoolden slaan het ontbijt over: 20% van hen ontbijt nooit of zelden. Ook mensen in eenpersoonshuishoudens eten regelmatig geen ontbijt.

2 Waaruit bestaat een goed ontbijt?

- Graanproducten, zoals (volkoren)brood of vezelrijke ontbijtgranen (bijvoorbeeld muesli of havermout)
- Voor op brood: zachte (dieet)margarine of (dieet)halvarine en caloriearm zoet beleg (zoals jam, vruchtenhagel, (appel)stroop en honing), magere vleeswaren of 20+/30+ kaas
- Voor over de ontbijtgranen of als drank: halfvolle of magere melkproducten
- Fruit (of vruchtensap)
- Eventueel koffie/ thee zonder suiker

3 Is ontbijten echt zo gezond?

Na een hele nacht 'vasten', is het lichaam toe aan eten. Een ontbijt levert energie om de dag te beginnen en stimuleert de stoelgang. Uit onderzoek blijkt dat wie niet ontbijt minder basisvoedingsmiddelen als brood, fruit, melkproducten, kaas en groenten gebruikt. Dat zou kunnen betekenen dat men van bepaalde voedingsstoffen te weinig binnenkrijgt.

4 Is dat dan een probleem?

Als iemand de rest van de dag volwaardig en uitgebalanceerd eet, kan het missen van voedingsstoffen bij het ontbijt weer gecompenseerd worden. Dan hoeven er geen tekorten aan voedingsstoffen te ontstaan. Maar meestal halen mensen de gemiste voedingsstoffen gedurende de rest van de dag niet meer in. Ontbijten draagt in belangrijke mate bij aan de dagelijkse inname van diverse voedingsstoffen. Uit onderzoek blijkt dat ontbijters daardoor meer vitamines (vooral vitamine B1 en B2) en

mineralen (calcium, magnesium en ijzer) binnenkrijgen dan niet-ontbijters.

5 Er zijn mensen die 's ochtends geen ontbijt door hun keel krijgen, wat kan ik dan adviseren?

Voor mensen die moeite hebben om 's ochtends te ontbijten, kan een kant-en-klaar drinkontbijt een alternatief zijn.

6 Klopt het dat kinderen een ontbijt nodig hebben om zich goed te kunnen concentreren?

Er zijn wel aanwijzingen, maar er is nog te weinig wetenschappelijk onderzoek om volmondig te kunnen zeggen dat ontbijten het leer- en concentratievermogen van kinderen verbetert.

7 Doet een ontbijt dan niks op dit gebied?

Onderzoeken wijzen er wel op dat ontbijten de prestaties van kinderen verbetert. Zo is er een overzichtsartikel dat duidelijk aangeeft dat het overslaan van het ontbijt een negatief effect heeft op cognitieve prestaties van schoolkinderen. Maar er is nog geen goed opgezet lange termijn onderzoek op dit gebied beschikbaar. Wel blijkt dat bij studenten (gemiddeld 22 jaar) ontbijten een positief effect heeft op taken waarbij het geheugen gebruikt wordt. Ontbijten had echter geen invloed op de resultaten van een intelligentietest. Het is nog te vroeg om concrete uitspraken te doen, daarvoor is meer wetenschappelijke onderbouwing nodig.

8 Je hoort wel eens dat ontbijten goed is voor de stoelgang, klopt dat?

Ja, het ontbijt is belangrijk voor de stoelgang, het is de eerste maaltijd na een wat langere periode van niet-eten. Tijdens en vlak na een maaltijd neemt de motoriek van de dikke darm toe (de gastrocolische reflex). Daardoor raakt het rectum gevuld en neemt de druk op de anus toe. Zo zet een goed ontbijt de darmen aan tot werken en stimuleert daarmee de stoelgang. Daardoor heeft menigeen na het ontbijt ontlasting.

bijten

9 Compenseren mensen het niet-ontbijten?

Meestal compenseren mensen het niet-ontbijten door later op de dag snoep, koek of snacks te eten. Deze producten leveren vooral veel calorieën en weinig waardevolle voedingsstoffen als vitamines en mineralen. Dit werkt een tekort aan voedingsstoffen en overgewicht in de hand. Wie het ontbijt overslaat eet ook meer vet dan mensen die wel ontbijten, zo blijkt uit onderzoek.

10 Heeft ontbijten invloed op het gewicht?

Ja. Ondanks een hogere dagelijkse energie-inname hebben ontbijters een lagere Body Mass Index (BMI) dan niet-ontbijters. Uit een studie blijkt dat de kans op het krijgen van obesitas 39-55% lager is voor mensen die elke dag ontbijten dan voor mensen die het ontbijt overslaan. Bovendien is ontbijten geassocieerd met een lager risico op een gewichtstoename van 5 kg in 10 jaar, zo toont een 10-jarige prospectieve studie onder ruim 20.000 volwassen mannen aan.

11 Hoe kan het dat dagelijks meer calorieën eten door een ontbijt toch minder overgewicht geeft?

Er zijn verschillende verklaringen. Allereerst kan het samenhangen met een gezondere leefstijl, zoals meer beweging. Men eet op een dag dan weliswaar meer, maar men verbruikt ook meer. Een andere verklaring is dat niet-ontbijten resulteert in een grotere mate van insulineresistentie en hogere insulinepieken na een maaltijd. Insuline remt het enzym dat vet afbreekt (lipase) en stimuleert daardoor de vetopslag. Met andere woorden: door niet-ontbijten ontstaan hoge insulinewaardes in het bloed, wat resulteert in vetopslag en uiteindelijk tot gewichtstoename.

12 Bescherm ontbijten ook kinderen tegen overgewicht?

Ja, dat blijkt bijvoorbeeld uit twee langdurige onderzoeken in de Verenigde Staten bij respectievelijk 14.000 en bijna 2.400 kinderen. Het eerste onderzoek laat zien dat hoe vaker kinderen een dagelijks ontbijt gebruiken, hoe lager de

BMI is. En dat kinderen die nooit ontbijten sneller zwaarder worden dan kinderen die nagenoeg elke dag ontbijten. Uit het tweede onderzoek blijkt dat te dikke kinderen die niet ontbeten, afvallen als ze regelmatig een ontbijt gaan gebruiken. Ook in een Nederlandse studie onder ruim 25.000 jongeren (13-16 jaar) blijkt dat niet ontbijten een hogere kans geeft op overgewicht.



13 Heeft ontbijten invloed op de insulinegevoeligheid?

Ja, allereerst blijkt uit onderzoek dat volwassen ontbijters lagere insulinewaardes hebben dan mensen die niet ontbijten. Ten tweede laat een andere studie zien dat de kans op het ontwikkelen van insulineresistentie 37-53% lager is bij mensen die ontbijten dan bij mensen die niet ontbijten.

14 Heeft ontbijten effect op het cholesterolgehalte?

Ja, uit een studie onder bijna 12.000 mensen blijkt dat volwassen ontbijters een lager totaal cholesterolgehalte in het bloed hebben dan mensen die niet ontbijten.

15 Zijn er ook officiële aanbevelingen over ontbijten?

Ja, het Voedingscentrum adviseert elke dag te ontbijten. Maar ook het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) heeft ter preventie van overgewicht de norm "elke dag ontbijten" opgenomen in de 15 normen voor het opgroeien zonder overgewicht.

Meer lezen over ontbijten? Vraag dan de Schijnwerpers op ontbijten aan via www.campina-institute.nl of institute@campina.com of 0800-2345600.

Bericht van het NVHV-bestuur

Accreditatiesysteem NVHV vanaf 1 oktober.

Voor het verpleegkundig handelen van gespecialiseerde verpleegkundigen in de cardiovasculaire zorg is kwaliteitsbevordering en -bewaking noodzakelijk. Als beroepsorganisatie stelt de Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat verpleegkundigen (NVHV) zich hiervoor verantwoordelijk. Verpleegkundigen worden opgeleid tot gespecialiseerde verpleegkundigen in de acute en chronische zorg voor patiënten met een cardiovasculaire aandoening. Voor al die verpleegkundigen is bij- en nascholing belangrijk om hun kennis te vergroten en nieuwe ontwikkelingen te volgen. Dit is een continu leerproces. Om de kwaliteit van de bij- en nascholingen te garanderen, heeft de NVHV een accreditatiesysteem ontwikkeld. Per 1 oktober is dit systeem online van start gegaan. Dit systeem maakt onderdeel uit van het toekomstige NVHV-kwaliteitsregister. Aanbieders van bij- en nascholingen, congressen en opleidingen kunnen via de website (www.nvhv.nl) de voorwaarden en het reglement downloaden en accreditatie aanvragen.

Platform Vitale Vaten

In augustus heeft de NVHV overlegd met het Platform Vitale Vaten over het invoeren van de zorgstandaard vasculair risicomanagement (zie ook artikel op pag. 112 van deze Cordiaal).. Een van de aanbevelingen in deze zorgstandaard is dat patiënten een centrale zorgverlener krijgen (zie deel III, de indicatoren 4 en 5). De zorgstandaard gaat uit van een functionele omschrijving. Met andere woorden: de zorgstandaard zegt wel wat en hoe het moet gebeuren, maar niet wie (welke beroepsgroep) dat moet doen en waar (in welke setting). De rol van centrale zorgverlener kan heel goed worden vervuld door de verpleegkundige beroepsgroep. Hier ligt een kans voor de NVHV om deze rol verder uit te werken en zich hierin (verder) te bekwamen. Naast de competenties van de beroepsprofielen moet de centrale zorgverlener ook competenties hebben op het gebied van communi-

catieve vaardigheden. Bij de functie van centrale zorgverlener gaat het vooral om het ondersteunen van zelfmanagement, communicatievaardigheden en begeleiden bij gedragsverandering.

Aan de invoering van de zorgstandaard kunnen we als NVHV bijdragen onder andere via de continuïteit nursing education (CNE), waarin de zorgstandaard een plek in kan krijgen. Ook zal de NVHV zorgen voor verspreiding en communicatie rondom de zorgstandaard via congressen, Cordiaal en werkgroepen.

CNE-werkgroep acute cardiale zorg

Op 10 september is de eerste CNE van de werkgroep acute cardiale zorg gehouden. Allereerst gaf mw. drs. Allende van Goor uitleg over het tot stand komen van richtlijnen en de betekenis ervan voor de dagelijkse praktijk. Hierna werden, aan de hand van de internationale richtlijnen, diagnose, behandeling en complicaties van het acute coronaire syndroom behandeld. Er waren 45 deelnemers, een goed resultaat voor een eerste CNE, met dank aan de leden van de werkgroep acute cardiale zorg en de sprekers die gezorgd hebben voor een interessante bijeenkomst. De presentaties en de foto's kun je downloaden van de NVHV-website.

Algemene ledenvergadering 16 december 2009.

Op 16 december is de algemene ledenvergadering. In tegenstelling tot andere jaren vind je de uitnodiging hiervoor in deze cordiaal in plaats van via de brievenbus. De agenda van de vergadering kun je begin december via onze website downloaden (zie ook pagina 115).

Vacatures

Zowel de werkgroep hartrevalidatie als de werkgroep acute cardiale zorg zoeken nieuwe enthousiaste werkgroepleden. Mocht je meer informatie willen over hun werkzaamheden, dan verwijs ik je graag naar onze website. 

Stella Kuiken,
voorzitter NVHV

e-mail: voorzitter@nvhv.nl



Stella Kuiken, voorzitter NVHV

NVHV

Workshops tijdens Venticare groot succes

Het Venticare congres voor verpleegkundigen die werken in de acute zorg was op 14 en 15 mei 2009 in het Utrechtse Jaarbeurscongrescentrum. De bijeenkomst werd goed bezocht. De bezoekers waarden het congres met een 8,2. Rond de 200 sprekers in 14 zalen zorgden voor een gevarieerd programma. Dit jaar waren er voor het eerst workshops, die voor een klein publiek toegankelijk waren.

De NVHVV organiseerde twee goed bezochte workshops. Frans Post, ICCU-verpleegkundige uit het Erasmus MC verzorgde met Hans Josemans van de firma Teleflex een workshop over het instellen van de Intra Aortale Ballon Pomp (IABP). De nieuwe generatie van deze pompen zorgt zelf voor de juiste timing en trigger. Het blijft echter belangrijk om zelf de curven te beoordelen en daar zonnig op te reageren. Na een korte inleiding konden de deelnemers zelf aan de slag met machines die voorzien waren van simulators om verschillende omstandigheden na te bootsen. De werking van de IABP werd visueel duidelijk gemaakt via een kunststof aorta die gevuld was met water.

Tim Schramma, klinisch elektrofysiologisch technicus uit het AMC, verzorgde een workshop rond de externe pacemaker. Via een interactief computerprogramma konden de deelnemers een externe pacemaker instellen en drempelele.

De rode draad in het cardiologische programma was de diagnostiek. Corstiaan den Uijl, cardioloog in opleiding in het Erasmus MC, gaf een overzichtelijke presentatie over de laboratoriumbepalingen voor de diagnostiek van het acuut coronair syndroom. Aan de hand van schema's liet hij zien welke laboratoriumbepalingen wanneer betrouwbaar en zinnig zijn. De ideale bepaling bestaat helaas nog niet. Frans Oei, thoraxchirurg in het Erasmus MC, hield een boeiend verhaal over een nieuwe ontwikkeling in de aortaklepchirurgie. Als andere behandelmogelijkheden niet meer in aanmerking komen, kan er gekozen worden voor de transapicale benadering van de aortaklep. De procedure lijkt erg op de percutane benadering, maar gebeurt via de andere kant. Deze behandeling staat in de kinderschoenen en de uitvoering levert nog een groot aantal problemen op die eerst opgelost moeten worden. In de toekomst gaan we hier vast meer van horen.

De jaarlijkse IC-quiz werd gewonnen door het team van het Medisch Centrum Leeuwarden. Dit team had de meeste parate kennis in huis. Het team van het UMC Utrecht won na een spannende strijd de reanimatiecompetitie.

U kunt een groot deel van de gehouden presentaties bekijken op de site www.venticare.nl. Ook kunt u via deze site het capita selecta van het congres bestellen met interessante artikelen over intensive zorg. Wij zijn inmid-

dels gestart met de voorbereidingen van het congres van 2010. Als u ideeën of suggesties heeft voor het programma, dan horen wij dit graag. Noteer in ieder geval alvast de data in uw agenda: 27 en 28 mei 2010. 

Wij hopen u daar te ontmoeten.

Annelies Helsloot, lid werkgroep congressen NVHVV
e-mail: a.helsloot@erasmusmc.nl

2009

19, 20 november en 15 januari

Psychosociale begeleiding van hartpatiënten en hun familie door verpleegkundigen

www.hartstichting.nl/hartvoormensen

(inschrijven tot 6 november 2009)

20 november

CarVasZ

Rotterdam

www.nvhvv.nl en www.carvasz.nl

25 en 26 november

CVA-nazorg

www.hartstichting.nl/hartvoormensen

(inschrijven tot 14 oktober 2009)

9 en 10 december

Aandacht voor draagkracht, omgaan met hartfalen

www.hartstichting.nl/hartvoormensen

(inschrijven tot 28 oktober 2009)

9 tot 12 december

Euroecho 2009

Madrid Spanje

www.escardio.org/congresses/euroecho2009

16 december

Algemene Ledenvergadering NVHVV

Utrecht

www.nvhvv.nl

2010

4 februari

Quadriceps V

www.quadriceps.info

12 en 13 maart

Spring meeting on cardiovasculair nursing

Genève, Zwitserland

www.escardio.org/congresses/cardio-nursing-2010

29 mei -1 juni

Heart failure congress

Berlijn, Duitsland

www.escardio.org/congresses/HF2010

Proefschrift

Self-management of vascular riskfactors

Berna G.M. Sol-de Rijk

ISBN nummer: 978-90-393-50034

Op donderdag 19 maart 2009 verdedigde Berna Sol-de Rijk haar proefschrift 'Self-management of vascular riskfactors'. Berna is gepromoveerd aan de universiteit van Utrecht.

Ondanks een verbetering van de behandeling van patiënten met hart- en vaatziekten, is deze aandoening nog steeds een belangrijke oorzaak van overlijden in Nederland. Het risico op een volgend hart- of herseninfarct wordt in belangrijke mate bepaald door risicofactoren zoals hoge bloeddruk, overgewicht, roken en dergelijke. Het goed behandelen van risicofactoren verkleint het risico op een nieuw incident. In de praktijk blijkt echter dat de streefwaarden voor risicofactoren vaak niet gehaald worden. Daarom zijn er andere interventies nodig om het risico op hart- en vaatziekten te verkleinen. Het proefschrift heeft als uitgangspunt dat het succes van de behandeling grotendeels wordt bepaald door de patiënt zelf.

Gezondheidsgedrag, zoals stoppen met roken, gezond eten, voldoende

beweging nemen, kan beschouwd worden als zelfmanagement van risicofactoren. Een voorwaarde hiervoor is dat mensen geloof hebben in eigen kunnen. In het proefschrift wordt dit self-efficiency of eigen-effectiviteit genoemd. Ook sociale steun is van belang. In de Venus-studie is onderzocht wat de relatie is tussen eigen effectiviteit en vasculaire risicofactoren. In deze studie zijn de patiënten gerandomiseerd naar een groep die werd begeleid door een verpleegkundige en een groep die geen begeleiding kreeg. Na één jaar follow-up was de eigen effectiviteit hoger voor lichaamsbeweging en gezonde voeding in de groep die was begeleid dan in de controlegroep. Maar de verbetering was niet gerelateerd aan een daling van vasculaire risicofactoren.

Daarom werd de verpleegkundige nazorg aangepast. Deze aanpassing spitte zich toe op de eigen-effectiviteit van de patiënt. Bij deze 'eigen-effectiviteit bevorderende zorg' werd onder andere een risicopaspoort gebruikt. Daarin staan de risicofacto-

ren van de betreffende patiënt met daarbij wat de patiënt zelf kan doen om deze factoren te beïnvloeden. Patiënten kunnen aan de hand van hun risicofactoren concrete en haalbare doelen stellen. De verpleegkundige kan zelfmanagement bevorderen door samen met de patiënt te werken aan de eigen effectiviteit. Hij of zij richt zich daarbij op het ondersteunen van gedragsveranderingen, het geven van feedback over de vorderingen en het organiseren van follow-up. In de 'zelfmanagement-interventie' werd veel aandacht besteed aan individuele keuzes, haalbare doelen en prioriteiten. De patiënten die aangepaste verpleegkundige zorg kregen, scoorden beter op de risicofactoren dan de patiënten in de controlegroep die reguliere zorg kregen. Ook de kwaliteit van leven betreffende de algemene gezondheid was beter in de interventie- dan in de controlegroep.

Om de invloed van eigen effectiviteit bij zelfmanagement op de leefstijl van patiënten te onderzoeken, is een vragenlijst gebruikt over beweging, voedingskeuzes, roken en alcoholgebruik. In de zorg voor patiënten met vaatziekten bevordert eigen effectiviteit het succes van de zelfmanagement van risicofactoren. Als patiënten geloven in hun eigen kunnen op het gebied van zelfmanagement van risicofactoren, dan is het effect van de interventie beter. Dit geldt echter niet voor afvallen en stoppen met roken.

Berna Sol-de Rijk heeft voor haar proefschrift uitvoerig onderzoek gedaan naar de effecten van nazorginterventies op risicofactoren bij hart- en vaatpatiënten. Nazorginterventies hebben meer effect als ze de zelfmanagement van de patiënt aanspreken. Het is aan te bevelen om in de praktijk de eigen-effectiviteit vragenlijst te gebruiken voor het stellen van haalbare doelen. Door metingen te herhalen, krijgt men een indicatie van verbeteringen op dit gebied. Hiermee kan de behandeling van risicofactoren in de nazorg voor hart- en vaatpatiënten verbeterd worden. 

Marja Veldhuijzen en Martje van der Wal



Met de pacemaker op stap

Oud-wetenschapsvoorlichter Jacques Janssens doet verslag van de moeizame implantatie van een Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD). In zijn boek schrijft hij openhartig, met humor, maar soms met erg veel details, over zijn ervaringen.

Jacques Janssen, 192 pagina's

Uitgeverij SWP

Amsterdam 2009

ISBN 978 90 8850 011 4

Het boek *Met de pacemaker op stap* begint op de dag dat de auteur voor een pacemakerimplantatie naar het ziekenhuis wordt gebracht door zijn vrouw. Jacques Janssen vertelt een anekdote waaruit blijkt dat hij erg angstig is voor de behandeling. Daarna volgt een zeer precieze uiteenzetting over zijn medische voorgeschiedenis. Het begint met een groot hartinfarct in 1993. Hij heeft suikerziekte en perifeer vaatlijden en ontwikkelt hartfalen. Hij gaat naar het ziekenhuis voor een biventriculaire pacemakerimplantatie, later blijkt uit het verhaal dat het om een ICD gaat.

Daarna ontrolt het verhaal zich chronologisch. De implantatie van de ICD is een moeizame aangelegenheid en helaas laat de draad los. Na een lange wachtperiode brengt de thoraxchirurg een nieuwe draad in. Tijdens deze operatie ontstaat er een laesie van de

plexus brachialis. Er volgt een lange revalidatieperiode. De auteur heeft na zijn behandeling veel klachten. Hij zit met veel vragen aan de artsen, maar krijgt geen bevredigende antwoorden. Uiteindelijk volgt er een klachtenprocedure.

Kritische patiënt

Jacques Janssen is oud-wetenschapsvoorlichter en dat is goed te merken aan de manier waarop hij op zoek gaat naar informatie. Alle informatie wordt in het boek gedetailleerd weergegeven, soms zo gedetailleerd dat het tijdens het lezen wat irritatie opwekt. Een deel van de details en uiteenzettingen zijn voor het verhaal minder relevant, zoals de uiteenzetting over de MRI, waarin de kracht van het magneetveld in Tesla wordt aangeduid.

Tijdens de opname is de auteur een kritische patiënt die alles wat er gebeurt, bijhoudt en noteert. Hierbij komen negatieve aspecten aan de orde, maar hij laat ook positieve geluiden horen, bijvoorbeeld over het voorlichtingsmateriaal. Een enkel detail begrijp ik niet en is naar mijn mening ook onjuist; bijvoorbeeld aan een ECG is niet te zien dat de hartfunctie is verbeterd, daar is meer informatie voor nodig.

De auteur schrijft heel openhartig over het emotionele aspect van de gebeurtenissen rond de ingreep. Zo beleeft hij in een nacht tijdens de opname angstige momenten, omdat hij bang is dat de televisie die boven het voeteneind hangt op zijn voeten zal vallen. En zoals dat met nachtelijke angsten gaat, 's morgens vindt hij zijn angst overdreven: "De tv-monitor hangt nog aan het plafond en schijnt niet van plan te zijn die plek te verla-

ten". Na het polikliniekbezoek waarin aangetoond wordt dat de pacemakerdraad los ligt, wordt de auteur overstelpt door emoties: angst, boosheid en verdriet. De openhartigheid waarmee hij dit beschrijft, maakt het boek lezenswaardig.

Voorkeur voor details

Alledaagse aspecten en de manier waarop omgegaan wordt met beperkingen, beschrijft hij op een manier die heel herkenbaar is voor iedereen die wel eens last heeft gehad van beperkingen. Het boek is doorspekt met anekdotes die met een zekere humor zijn beschreven; een theaterbezoek om het lange wachten te doorbreken, wordt op komische wijze beschreven.

Met de pacemaker op stap is geschreven door een ervaringsdeskundige met een voorkeur voor details. Door de vele details en soms erg technische beschrijvingen vraag ik mij af voor welke doelgroep dit boek bestemd is. Voor medepatiënten lijkt het me soms erg gedetailleerd, maar voor medewerkers uit de gezondheidszorg is alle uitleg overbodig. De persoonlijke ervaringen en emoties die de auteur beschrijft, zijn voor verpleegkundigen informatief en zetten aan tot nadenken. Ook de manier waarop een aantal medewerkers de patiënt benaderen en het effect hiervan op de schrijver, kan bijdragen aan de bewustwording van ons professioneel handelen. ♥

Marja Veldhuijzen



Hartwijzer

Ter gelegenheid van haar 75-jarig jubileum bracht de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) een boek uit over cardiologie voor mensen met een hartziekte en hun naasten.

Bart Boon en Richard Braam, 286 pagina's

Hartwijzer, cardiologisch zapboek

Thoeris/ NVVC

Amsterdam /Utrecht 2009

ISBN 978 90 72219 60 2

Het boek Hartwijzer is geschreven door cardiologen. Zij willen in dit boek goede voorlichting bieden aan patiënten en hun naasten. U vindt er een beschrijving van de anatomie van de bloedsomloop, risicofactoren, symptomen, ziektebeelden, onderzoeken en behandelingen van uiteenlopende hartziekten.

Hartwijzer is een 'zapboek'. Dat wil zeggen dat het niet geschreven is om van kaft tot kaft te lezen. De lezer kan op een eenvoudige manier de onderwerpen opzoeken waarin hij geïnteresseerd is. De verschillende hoofdstukken zijn per onderwerp genummerd. In de teksten wordt steeds verwezen naar verwante onderwerpen, zodat de lezer daar gemakkelijk even naartoe 'zapt'.

Inhoud

In het eerste deel komen het hart en de bloedsomloop aan bod. In korte hoofdstukken beschrijven de auteurs heel duidelijk de anatomische en fysiologische aspecten van de bloedsomloop. Ook de prikkelgeleiding en de ligging van de kransslagaderen worden besproken.

Over risicofactoren doen altijd veel geruchten de ronde. Het tweede deel gaat over risicofactoren. Heel duidelijk wordt uitgelegd welke risicofactoren er zijn, en wat je er zelf aan kunt doen. Risicofactoren versterken elkaar; voor risicofactoren geldt niet $1+1=2$, maar $1+1=3$.

In het derde deel worden de verschillende symptomen beschreven. De schrijvers benadrukken het belang van het goed aangeven van klachten,

omdat de cardioloog mede hiermee de diagnose stelt. Daarna volgt in deel vier en vijf een bespreking van de onderzoeksmethoden. Het is bijzonder knap zoals de schrijvers in slechts enkele pagina's het principe van het elektrocardiogram duidelijk maken voor leken. De bespreking van de beeldvormende technieken is zeer compleet. Bij de nucleaire scans wordt bijvoorbeeld het verschil tussen een SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) en een PET (Myocard Perfusie Scintigrafie) scan uitgelegd.

Deel zes gaat over de verschillende behandelingen, zowel medicamenteus als invasief. In dit deel wordt zelfs gesproken over harttransplantaties en steunharten.

De verschillende ziektebeelden komen in deel zeven aan de orde. Hier vindt u ook enkele hoofdstukken over aangeboren hartafwijkingen. Het laatste deel gaat over wat algemene zaken die de cardiologie betreffen. Hier wordt onder andere gesproken over klinische trials en epidemiologisch onderzoek.

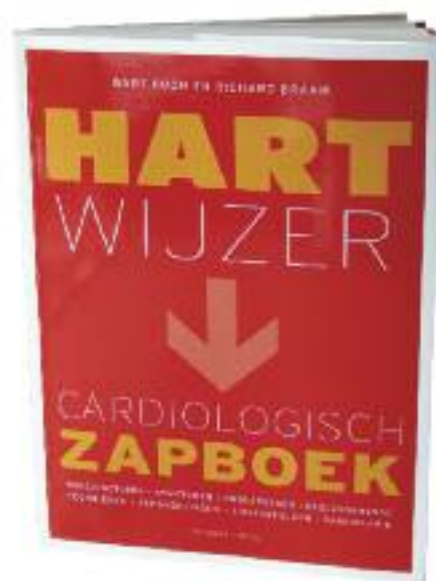
Modern

Hartwijzer is een modern boek. De ondertitel 'cardiologisch zapboek' doet dat al vermoeden. De manier waarop je door het boek kan bladeren, zappend van het ene naar het andere onderwerp, doet eigentijds aan. De tekeningen en illustraties verduidelijken de uitleg van de verschillende onderwerpen. Daarnaast is het boek verlicht met zeer komische tekeningen en anekdotes, waardoor een serieus onderwerp minder zwaar wordt. In duidelijke, korte teksten, wordt de ingewikkelde materie uitgelegd. De taal is informeel, maar zeker niet simplistisch.

Hartwijzer is een aanrader voor patiënten en familieleden die meer willen weten over de verschillende cardiologische onderwerpen. Het zal

mensen niet alleen meer inzicht bieden in hun ziekte, maar kan ook helpen met het nemen van beslissingen die hun aandoening betreffen. Ook voor veel professionals zal het boek informatief zijn; hart- en vaatverpleegkundigen kunnen veel plezier beleven aan de illustraties en anekdotes. Een boek om op de afdeling te hebben! 

Marja Veldhuijzen



Een verslag van een congres of symposium voor Cordiaal bevat een selectie van de onderwerpen die op de betreffende bijeenkomst aan bod zijn geweest. De schrijver maakt die selectie en stelt zich daarbij steeds de vraag: "Is dit interessant voor mijn collega's?" of "Is het belangrijk voor mijn collega's om dit te weten?"

Bep Franke, eindredacteur Cordiaal
Titia Rietema, vice-hoofdredacteur, Cordiaal

Schrijf een congresverslag

Hou je collega's op de hoogte

Een congresverslag schrijf je voor je collega's. Het doel van een congresverslag is om collega's die niet op het congres waren, op de hoogte te stellen van het nieuws dat je gehoord hebt. Een congresverslag onderscheidt zich van notulen. Een notulist schrijft een verslag in chronologische volgorde. Notulen zijn bestemd voor mensen die tijdens de vergadering aanwezig waren of die uit hoofde van hun functie op de hoogte moeten zijn van hetgeen besproken is. Het doel van notulen is om later terug te kunnen halen wat besproken is. Iemand die een congresverslag schrijft, heeft daar niets mee te maken. Hij of zij selecteert uit het besprokene naar eigen inzicht. Ook de volgorde waarin de onderwerpen aan de orde zijn geweest, is niet van belang. Het is juist de kunst om verschillende onderwerpen bij elkaar te brengen en daarvan een logisch en aantrekkelijk verhaal te maken.

Voorbereiding

Onvoorbereid een goed verslag uit de mouw schudden, dat lukt zelfs een ervaren schrijver niet. Je moet weten waarover je gaat schrijven. Zorg dat je het programma kent. Bestudeer - als het kan - de samenvattingen van de lezingen. Zoek op wie de sprekers zijn en zorg dat je alvast iets weet over hun onderwerpen. Wanneer er tegelijkertijd meerdere sessies gegeven worden, moet je al bij de voorbereidingen een selectie maken van de onderwerpen waarover je gaat schrijven. Zorg dat je tijdens het congres zoveel mogelijk informatie kunt verzamelen over de gekozen onderwerpen. Vergeet daarbij de posters niet.

Tijdens het congres

Wat moet je opschrijven tijdens het congres? Hou bij het maken van aantekeningen de bekende 'w's in de

gaten: wie, wat, waar, wanneer, waarom en ook nog hoe. Wanneer je verslag doet van een onderzoek kun je de bekende volgorde aanhouden van een onderzoeksverslag: wat is onderzocht, hoe is het onderzocht, wat is het resultaat en waarover ging de discussie. Zorg dat je exacte cijfers of percentages opschrijft. Wanneer je onzeker bent en twijfelt of je de gegevens juist kunt weergeven, vraag dan na de lezing aan de spreker of je later nog iets kunt vragen. De meeste sprekers hebben daartegen geen bezwaar en vertellen je dan hoe je ze kunt bereiken.

Handig is om ook enkele spitse of krachtige uitspraken van sprekers te notuleren. Je kunt ze later als quotes gebruiken in je verslag.

Het verslag

Het maken van een verslag begint met het ordenen van je materiaal en het maken van een indeling voor je verslag. Je kunt er dan voor kiezen om de verschillende onderwerpen te behandelen in aparte afgeronde stukjes. Dat is de eenvoudigste manier. Ieder afgerond stukje krijgt een eigen kopje. Een andere methode is het verweven van de verschillende onderwerpen tot een lopend verhaal. Dat is moeilijker en vereist dat je een grote lijn ziet in wat gepresenteerd is.

Je voegt een inleiding en een conclusie toe. In de inleiding schrijf je naar welk congres je bent geweest, en waar en wanneer het congres was. Je kunt in je inleiding ook iets schrijven over de deelnemers en de sfeer. Vervolgens vertel je over welke onderwerpen je gaat schrijven en waarom je voor die onderwerpen hebt gekozen. Je sluit het verslag af met je belangrijkste conclusies. Indien van toepassing kun je

hier ook vermelden waar men nog meer informatie kan vinden en wanneer het volgende congres is.

Wees nauwkeurig

De gegevens die je presenteert in je verslag moeten juist zijn. Let erop dat namen van sprekers correct zijn geschreven en allemaal op dezelfde manier worden weergegeven.

Na het inleveren van het verslag, leest een redacteur van Cordiaal je tekst over. Bij onduidelijkheden zal hij of zij vragen om een nadere toelichting. Je tekst wordt geredigeerd door de eindredacteur. En daarna heb je een publicatie in Cordiaal! 



CarVasZ
2009

Hét congres voor de Cardio Vasculaire Zorg

Navigeren in de zorg
door richtlijnen op het juiste pad

vrijdag 20 november 2009
Beurs-WTC, Rotterdam

www.nvhvv.nl
www.carvasz.nl

Congressecretariaat:

Congress Care
Postbus 440
5201 AK 's-Hertogenbosch
Tel 073 - 690 14 15
Fax 073 - 690 14 17
www.congresscare.com
info@congresscare.com



NVHVV

Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen