



CORDIAAL

4

JAARGANG 39
OKTOBER 2018

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HART EN VAAT VERPLEEGKUNDIGEN

Interview Erwin Kompanje “Ik ben een ‘streetwise’ ethicus”

♥ VERPLEEGKUNDIGE FUNCTIEDIFFERENTIATIE

♥ RESPONSE 2 STUDIE

♥ BEWEGEN IS HERSTELLEN

♥ BARRIÈRES BIJ MELDING INCIDENTEN



DE BLAUWDRIJK VAN HET LEVEN VERTAALD NAAR ESSENTIËLE GENEESMIDDELEN

Bij Amgen zijn wij ervan overtuigd dat antwoorden op de belangrijkste vraagstukken in geneesmiddelenontwikkeling te vinden zijn in DNA: de blauwdruk van het leven. Als pioniers in de biotechnologie gebruiken wij onze grondige kennis van DNA, voor innovatie van essentiële geneesmiddelen om ernstige ziektes te bestrijden en patiënten te helpen en daarmee hun levens ingrijpend te veranderen.

Wilt u meer weer weten over Amgen, onze baanbrekende wetenschap en over onze essentiële geneesmiddelen? Bezoek www.amgen.com

INHOUD

117 Van functiedifferentiatie tot inbreng patiënt

Leonie Caesar

118 In gesprek met Erwin Kompanje:

“Ik ben een ‘streetwise’ ethicus, een soort straatvechter”

Maja Haanskorf

122 Verslag van de RESPONSE-2 studie

Marjolein Snaterse

125 Vraag: Een 58-jarige vrouw met (opnieuw) pijn op de borst en kortademigheid

Cyril Camaro

126 Verpleegkundige functiedifferentiatie:

Een uitdagend middel om de zorg te optimaliseren

Pauline Schröder, Margriet Donker

129 Bewegen is herstellen!

Klinische mobilisatie voor de hartchirurgische patiënt

Nicole Wielens, Nicole Wielens, Frank Halfwerk, Jan Grandjean

132 Boekrecensie: Spice Wise: koken en eten zonder zout

Mandy Perdijk

133 Van melding incidenten tot invoering verbeteringen

Barrières voor verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk

Anja H. Brunsveld-Reinders

136 Aangeboren hartafwijkingen: Dextrocardie

Han Dronkert

138 Openhartig: Marjolein Snaterse, docent en promovendus bij Hogeschool van Amsterdam

Marije de Lange

139 Antwoord: Een 58-jarige vrouw met (opnieuw) pijn op de borst en kortademigheid

Cyril Camaro

140 CNE-verslag: Vaten onder druk

Sacha Vogelsang-Van Lieshout

143 Patiëntenblog: Sleutelbos verloren

Patricia Vlasman

144 Hartlopend: over DNA en over het Carrièrecafé

Margje Brummel-Vermeulen, Esther Weppner

145 Infographic Nieuwe Beroepsprofielen

NU'91

146 Verenigingsnieuws en Agenda



118



126



138



146

JE HEBT HET NIET IN DE GATEN,
MAAR HARTFALEN

SLUIPT
VERDER



**HARTFALEN VERWOEST
MILJOENEN LEVENS^{1,2}**



LATEN WE DIT SAMEN VERANDEREN

COLOFON

 Cordiaal is een uitgave van de Nederlandse NVHV 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

Leonie Caesar, AMC, Amsterdam
(hoofdredacteur)

Margje Brummel-Vermeulen, UMC, Utrecht
Wim Janssen, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem
Mandy Perdijk, VU, Amsterdam
Janine van Veen-Doornenbal, rouw- en
verliesbegeleider, verpleegkundige (zzp)
Sascha Vogelsang, VU, Amsterdam

Eindredactie

Maja Haanskorff, Journalistiek - Redactie - Teksten

Vormgeving

Cross Media Nederland

Omslagfoto

ZorginBeeld / Frank Muller

Advertentie-exploitatie

Cross Media Nederland
Tel: 010-742 10 20

Email: zorg@crossmedianederland.com

Tariefkaart: www.cordiaal.nl

Redactieraad

Margje Brummel-Vermeulen
(Werkgroep Interventiecardiologie)
Tonny Jongen en Caroline Wulffraad
(Werkgroep Hartfalen)
Marije de Lange
(Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek)
Erna Vossebelt (Werkgroep Atriumfibrilleren)
Stefanie van Oostrum (Werkgroep Thoraxchirurgie)
Jan Koppes (Werkgroep Hartrevalidatie)
Hanneke Evertse (Werkgroep Vasculaire Zorg)
Geert Hengstman (Werkgroep Acute Cardiale Zorg)
Anette de Meijer (Werkgroep ICD-begeleiders)
Kees van Lent (Werkgroep Congenitale Cardiologie)

Redactiesecretariaat (NVHV-bureau)

Greetje van der Molen
Leonardo da Vincistraat 34
3822 EJ Amersfoort
06 - 48 00 60 94
Email: secretariaat@nvhv.nl
Website: www.nvhv.nl

Abonnementen

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

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

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

Adreswijzigingen

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

Auteursrecht

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

NVHV- sponsors





Van functiedifferentiatie tot inbreng patiënt



Onder verpleegkundigen is veel aandacht voor de functiedifferentiaties, de hoge werkdruk, het generatiebeleid en de schaarste op de arbeidsmarkt. Daarnaast speelt de herinrichting van de zorg een grote rol, evenals het centraal stellen van de patiënt die steeds meer participeert in zijn eigen ziekte- en herstelproces.

De functiedifferentiatie is een hot item binnen de zorg; is differentiatie tussen mbo- en hbo- verpleegkundigen goed? Gaat het iets opleveren, hoe moet het vorm krijgen, welke salariering volgt hieruit? Wat wordt de rol van een hbo-verpleegkundige aan het bed en wordt de kwaliteit van de zorg beter? Binnen ziekenhuizen is het een grote zoektocht naar hoe deze functiedifferentiatie in te voeren. Er zijn inmiddels in meerdere ziekenhuizen proeftuinen ontstaan. Zo heeft het St. Antonius ziekenhuis te Nieuwegein expertteams ingesteld die verantwoordelijk zijn voor de optimalisering van de zorg voor patiënten met een bepaald ziektebeeld. Zowel mbo- als hbo- opgeleiden reageren enthousiast, omdat beide groepen zich kunnen profileren binnen hun nieuwe rol. Een hbo'er kan zijn analytische competenties inzetten, terwijl een mbo'er kan uitblinken in de praktische en inhoudelijke kijk op het vak. Dit is beter voor de patiënt en het werkplezier. In deze Cordiaal vindt u vast een korte update over de nieuwe beroepsprofielen.

Een ander aandachtspunt is dat de zorg steeds complexer wordt. De patiënt is ouder en heeft meerdere aandoeningen, de invoering van technologie schrijdt voort en de behoefte aan uitkomstgestuurde zorg neemt toe. Dit maakt dat de competenties van verpleegkundigen efficiënter ingezet moeten worden. Ook de participatie van de patiënt in zijn eigen ziekte- en herstelproces is van belang; de patiënt zelf de regie geven leidt tot goede resultaten. Dit kunt u lezen in het artikel "Bewegen is herstellen". De RESPONSE-2 studie bevestigt dit; de door verpleegkundigen gecoördineerde verwijzing van patiënten met een coronaire hartziekte naar een samengesteld (leefstijl)programma leidt vaker tot verbetering van leefstijlgerelateerde risicofactoren dan wanneer alleen reguliere zorg wordt gegeven.

Hoe lastig veranderen van leefstijl is, dat weet klinisch ethicus Erwin Kompanje maar al te goed. Op het komende CarVasZ-congres op 23 november zal hij de keynote speech verzorgen, onder de intrigerende titel 'Van entrecote tot hartinfarct'. In het interview dat Cordiaal met hem hield, kunt u vast kennismaken met het werkkterrein en de opvattingen van Kompanje.

Verder in deze Cordiaal een artikel over het melden van fouten die in de dagelijkse praktijk worden gemaakt en die consequenties hebben voor de patiënt. Dat blijkt voor verpleegkundigen niet altijd eenvoudig te zijn; waar, wanneer en hoe meld je? Er blijken meerdere barrières te bestaan voor de melding van een incident. Naast de vaste rubrieken, bieden we deze keer een (smakelijke) boekrecensie en een verslag van een CNE.

Niet te vergeten: Het Isala ziekenhuis heeft op de schaarste op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen gereageerd met het opzetten van een carrière-café. Hier kunnen (specialistische) verpleegkundigen ongedwongen kennismaken met een afdeling om hen zo te enthousiasmeren voor een mogelijk toekomstige werkplek. Lees het in Hartlopend!

Veel leesplezier en tot ziens op CarVasZ!

Leonie Caesar

“Ik ben een ‘streetwise’ ethicus, een soort straatvechter”

In gesprek met Erwin Kompanje

Klinisch ethicus Erwin Kompanje houdt dit jaar de openingsrede op het CarVasZ-congres te Ede, onder de titel ‘Van entrecote tot hartinfarct’. Reden voor Cordiaal om hem op te zoeken in het ErasmusMC waar hij werkzaam is. Wie is Kompanje, waaruit bestaat zijn werk en wat is eigenlijk klinische ethiek? Om nog maar te zwijgen over de relatie tussen ethiek en een entrecote. Toch heeft het allemaal met elkaar te maken, zo blijkt in de loop van dit interview.

Maja Haanskorf



© ZorginBeeld / Frank Muller

Een man van stevige meningen die hij met verve naar buiten brengt. Wanneer je de website van Erwin Kompanje (59) bekijkt, kun je niet anders dan geïntrigeerd raken door het brede terrein aan interesses en kennisgebieden waarover hij nadenkt en schrijft. Over klinische ethiek, natuurlijk, en dan vooral binnen zijn specialismen intensive care, oncologie en hart- en vaatziekten. Maar het gaat ook over medische geschiedenis en de anatomie en pathologie van walvisachtigen. Daarnaast geeft hij zijn visie op zaken als orgaandonatie en hersendood. Toch is hij de laatste tijd selectiever geworden en timmert hij minder aan de weg. “Ik hoef niet meer zo nodig tegen heilige huisjes aan te schoppen”, zegt hij en met een twinkeling in de ogen “ja, ik ben nu ouder, filosofischer en wijzer.”

Wat niet wegneemt dat in een tijdspanne van krap anderhalf uur een breed scala aan onderwerpen de revue passeert, waarover Kompanje weliswaar doordacht, maar ook vlot en welbespraakt uitspraken doet. Een geanimeerd gesprek tussen twee Rotterdammers, dat scheelt, want aan directheid zijn we beiden gewend. Zegt Kompanje, nadat ik twee minuten op zijn kamer zit: “Tegenwoordig vraag ik eerst aan journalisten ‘heb je je wel ingelezen in het onderwerp? Zo niet, dan praat ik niet met je.’ Het gaat ze vaak te veel over flinke meningen en ik wil diepgang hebben.” Zijn opmerking komt - eerlijk is eerlijk - nadat ik meteen met de deur in huis was gevallen en hem had gezegd dat hij wel “zeer aanwezig was” via zijn

website, vele lezingen en interviews. “Beetje ijdel misschien?” Zo, het ijs is gebroken en de toon gezet.

Nee, ijdelheid is het niet, meent Kompanje. Als klinisch ethicus ziet hij het als een van zijn taken om na te denken over actuele kwesties op zijn vakgebied en die ook te duiden. Als voorbeeld noemt hij een column in het blad *Arts in Spé* van een coassistente die schrijft ‘soms te walgen van stinkende patiënten’. Op sociale media werd zij ‘gefileerd’ “Ik vind dat ze onterecht werd afgezeked. Als senior heb je de verantwoordelijkheid om juniors te begeleiden en te leren omgaan met lastige kwesties, zoals walging. De hoofdredacteur van *Arts in Spé* had dit niet mogen plaatsen. Op mijn website heb ik me daarover in een blog uitgesproken.” Verder ziet hij zijn website als een verzamelplaats van alles wat hij doet. “Daar kan ik naar verwijzen als iemand iets zoekt, het is direct vindbaar.” Een apart onderdeel vormen zijn blogs, overpeinzingen en observaties die over alles kunnen gaan. “Van een vlieg op de muur tot iets wat ik heb gelezen of gehoord of wat ik heb beleefd met een patiënt.”

Straatvechter

Kompanje is verbonden aan de afdeling Intensive Care Volwassenen van het ErasmusMC, waar behandelaars voortdurend te maken hebben met ethische kwesties, vragen die raken aan wat goed of juist niet goed is voor de patiënt. “Het gaat over moraal en waarden, wat is in je handelen acceptabel en wat niet? En hoe weeg je dat af? Daarover denk je als klinisch ethicus na om daarna een gefundeerde afweging te kunnen maken. In de praktijk maken behandelaars, artsen en verpleegkundigen, dagelijks ethische keuzen. Het is mijn taak hen te faciliteren met kennis en met hen mee te denken. Daarnaast initieer en begeleid ik onderzoek en geef ik onderwijs.”

Hoe doet u dat?

“Ik ben een ‘streetwise’ ethicus, een soort straatvechter. Dat komt omdat ik begonnen ben als verpleegkundige op de IC, ik heb het leven daar in de praktijk meegemaakt. De verhalen van de patiënten interesseerden me en

ik vroeg me ook wel eens af waar we mee bezig waren. Pasten we ‘kunstjes’ toe of werkten we aan herstel van de autonomie van een patiënt? Toen ik filosofie ging studeren, kon ik die verhalen en vragen naadloos toepassen. Binnen de gezondheidszorg komen alle grote filosofische begrippen aan de orde, fantastisch vind ik dat. Er zijn wel collega’s die menen dat ik soms te weinig streng theoretisch ben of te snel

Behandelaars zouden over meer ethische instrumenten moeten beschikken. Mijn ideaalbeeld is dat ze zelf door scholing en onderzoek gefundeerde ethische beslissingen kunnen nemen. De klinisch ethicus kan dan worden geraadpleegd als specialist of voor een second opinion. Het draait in feite om een combinatie van klinisch en normatief redeneren, daar is niets zweverigs aan. Vaak volstaat het al om

Het draait in de praktijk vaak om ‘acute ethiek’,

je moet hier en nu een antwoord geven

en oppervlakkig oordeel. Het draait in de praktijk vaak om ‘acute ethiek’, je moet hier en nu een antwoord geven. De diepgang van je antwoord waarborg je door je (levens)ervaring en kennis.”

Is het voor een klinisch ethicus nodig om de praktijk te kennen?

“Het maakt absoluut uit als je de taal van de behandelaars spreekt en je bijvoorbeeld medische termen snapt. Die tweetaligheid, de taal van de ethicus en taal van de behandelaar, is nodig, anders moet je steeds interromperen. Wanneer ik te weinig achtergrondkennis heb van een medische specialisatie geef ik geen adviezen. Op de IC is er een brede patiëntengroep: neurologisch, oncologisch en cardiologisch. Daar ben ik goed in thuis. Evengoed vraag ik later altijd na hoe het is gegaan, of mijn advies of duiding van de problematiek zin heeft gehad.”

Moet je ook de patiënt kennen?

“Ja, je moet je verdiepen in de praktijk van de behandelaars en dus ook in de patiënten. Je moet ze ruiken en voelen, er gevoel voor krijgen. Een soort ‘training on the job’. Dan leer je ook de dilemma’s van de behandelaars kennen. Ethici weten vaak overal iets van, dan vergalopperen ze zich. Op het ErasmusMC leiden we klinische ethici op die in een aantal medische specialismen thuis zijn.”

Weten behandelaars op hun beurt wel genoeg van ethiek?

“Dat is nu nog niet zo, kennis varieert in kwantiteit en kwaliteit.

te beschrijven wat er precies gebeurt en daarover na te denken.”

Een soort moreel beraad?

“Van de term ‘beraad’ krijg ik jeuk. Dat klinkt zo zwaar, van ‘daar komen de dominees’. Het is gewoon een professioneel overleg, waarin je gezamenlijk een casus bespreekt; wat vind je ervan dat we die patiënt zo en zo hebben behandeld. In de Verenigde Staten is dat al veel meer gemeengoed, daar is arts en ethicus zijn een gewone combinatie.”

Nemen ethische dilemma’s toe?

“Door de voortschrijdende technologie nemen die zeker toe. Neem een patiënt met een steunhart als *destination therapy*. Vervolgens krijgt die er nog kanker bij. Wat doe je dan als behandelaar? Je moet je afvragen welk doel je dient en afwegen wat in het belang is van de patiënt.”

Economische noodzaak

De combinatie van verpleegkundige en ethicus is goed te volgen. Maar hoe verhoudt zich dat tot het prepareren van vogels en zoogdieren? Op zijn website lees ik er gloedvolle verhalen over. “Dat doe ik al sinds 1989 iedere dinsdagavond in het Nationaal Historisch Museum hier in Rotterdam”, vertelt Kompanje. Hoe komt iemand op zo’n bezigheid, vraag ik hem. “Economische noodzaak”, zegt de Rotterdammer op nuchtere toon. “Zo ben ik ook verpleegkundige geworden, omdat mijn buurjongen zei dat je meteen tijdens de opleiding al geld



© ZorginBeeld / Frank Muller

kon verdienen. Niks roeping, ik had geld nodig om boeken te kopen. Met prepareren van dieren is het precies hetzelfde gegaan.”

Dat moet u toch even uitleggen.

“Boeken zijn mijn grote passie, ik ben een bibliofiel tot op het bot. Mijn favorieten zijn geschiedenisboeken en egodocumenten. Geld om boeken te kopen, had ik niet. Auto-wassen leverde niet genoeg op, dus

Veganist

Sinds hij een hartinfarct kreeg, heeft Kompanje het roer drastisch omgegooid. Eerst werd hij vegetariër en sinds acht jaar is hij veganist. En dat valt niet mee, het is echt een offer. “Een veganistische levensstijl is in de westerse wereld geen sinecure”, bekent hij. “Je kunt bijvoorbeeld bijna nooit meer uit eten en de jaarlijkse familiebarbecue is ook verleden tijd. Dan verpest ik daar de hele sfeer.” Maar hij heeft nu wel een gezond

Is veganisme daar een juist middel voor?

“Het is bewezen dat carnivoren vatbaarder zijn voor hart- en vaatziekten. Het gezegde ‘de dood huist in de darm’ is al oud. Het slaat op de microbioom, het geheel aan bacteriën, virussen en schimmels dat in en op ons huist. We leven ermee samen. Bacteriën die blij worden van vlees, vis en zuivel zijn potentieel ziekmakend. Bacteriën die blij worden van plantaardig eten werken juist beschermend.”

Je moet patiënten ruiken en voelen, er gevoel voor krijgen.

Een soort training on the job

ik dacht ‘verzin een list’. Toen vond ik een boek over het prepareren van dieren. Dat leek me vrij eenvoudig en ik hing bij de AH een advertentie op dat ik cavia’s en parkieten kon opzetten. Het is bijna een meditatieve bezigheid. In 1988 heb ik me aangemeld bij het NHM en ben daar als preparateur begonnen. Het is fascinerend, voor het geld hoef ik het niet meer te doen. Ik ben een homo universalis.”

hart en bloedvaten. “Ik voelde de metamorfose in mijn lichaam.”

Welk doel streeft u na?

“Stel, ik word tachtig. Met mijn oude leefstijl zou dat wellicht wel lukken, maar dan heb ik medicijnen en behandelingen nodig. Ik beoog nu een leven met goede kwaliteit tot aan mijn dood. Die komt natuurlijk toch, maar dan hopelijk door ouderdom, op een natuurlijker wijze.”

Entrecote

We naderen het thema van zijn lezing op CarVasZ: het verband tussen een entrecote en een hartinfarct. En wat ethiek daarmee van doen heeft. Kompanje wijst erop dat het al sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw bekend is dat arteriosclerose wordt veroorzaakt door levensstijl. Maar een levensstijl ervaren mensen als een verworvenheid en daar willen ze niet zo maar van af. “Ik ben geen dominee, ik laat in mijn verhaal zien hoe de jagers/verzamelaars aten en wat het huidige aanbod aan voedsel in de supermarkt is. En ik vertel de geschiedenis van welvaartsziekten, zoals

arteriosclerose. Onder inheemse volken in Bolivia, die plantaardig eten, is onderzoek gedaan en daar komt deze aandoening niet voor.”

Moeten we dus allemaal veganist worden?

“Dat zal niet lukken. Ik ben pessimistisch over de prognose voor het oplossen van welvaartsziekten in de

rol van de voedselindustrie en de farmaceutische industrie. Zoals hij het definieert: “*big food* veroorzaakt ziektes en *big pharma* behandelt die”. Niet dat hij het ze kwalijk neemt, want het is “u vraagt, wij draaien. Ik geef ze geen ongelijk.” Bovendien is de hele geneeskunde vooral goed geworden in het behandelen van de symptomen van een ziekte en is ze minder op zoek

haal ik uit de lucht en ik ga koffie drinken met mijn vrouw, boeken lezen en nog vaker dieren prepareren. Na bijna vijftig jaar in de gezondheidszorg heb ik het dan wel gezien.” Met liefde voor zijn vak heeft het niets te maken, maar “als ik met pensioen ben, heb ik geen voeding uit het werkveld meer, dan ga ik achter lopen.”

Merkt u een generatieverschil in uw werk?

“Jongeren denken en doen anders. Het is de generatie van de sociale media. Ze lezen weinig meer, terwijl ik gewend ben dingen op te zoeken in boeken. Er gaat kennis verloren, een verarming vind ik. Het moet ook allemaal snel, het liefst vandaag nog klaar. Dat maakt hen minder zorgvuldig, vroeger kon je langer over iets nadenken. Voor onderzoek moet je terug naar de primaire bronnen, maar dat gebeurt nog maar zelden. Het gaat meer om het toepassen van een kunstje dan om de intrinsieke drive tot weten.”

Is dat niet wat overdreven?

“Misschien generaliseer ik iets te veel, maar toch.....”

Heeft u nog een droom?

“Mijn grootste droom is om een boek te kunnen publiceren in de serie ‘Privédomein’. Dat is zo’n mooie serie. Daar wil ik een selectie van mijn dagnotities uitgeven. Ik heb er alle vertrouwen in dat het gaat lukken. Iedere dag schrijf ik iets over wat me opvalt, me boeit, wat dan ook. Dus ik heb voldoende stof.”

Nog een laatste vraag: wat maakt iemand tot een goede hulpverlener?

“Dat is iemand die excellent is in bekwaamheden en kennis, medemenselijk is en bereid tot zelfreflectie. Je hoeft geen empathie te hebben, maar medemenselijkheid is onontbeerlijk, het handelen uit wederkerigheid: hoe zou ik deze behandeling zelf vinden? Een ziekenhuis is uiteindelijk een vorm van geïnstitutionaliseerde solidariteit; iedereen is er welkom en krijgt een rechtvaardige behandeling.” Waarvan akte. 

Zie ook: <http://www.erwinkompanje.com/>

“We leven in feite in een sick society; zieke mensen

zijn de norm van het handelen

westerse wereld. De sociale context maakt het moeilijk. Ik wil niets opdringen, maar laten zien wat keuzes betekenen. Iedereen beslist zelf. Mijn zoon van achttien gaat ook een Big Mac eten, dat moet hij vooral doen. Zeker op die leeftijd. In mijn lezing laat ik feiten zien, maar het is aan de toehoorder ‘to take it or leave it’.”

Waar blijft de ethiek in deze redenering?

“Zelf ben ik vooral om gezondheidsredenen veganist. Maar een tweede reden is dat wij schandalig omgaan met andere hogere dieren. Het aantal geslachte kippen is groot, dat kan alleen maar industrieel gebeuren. Het zegt iets over ons als mensen. Ik denk wel eens dat we midden in de stad slachthuizen met glazen muren moeten neerzetten. We gaan schizofreen met dieren om; wel een katje uit de boom redden of een kalfje uit de sloot halen, maar je niet afvragen waar je vlees vandaan komt.”

Eet u echt nooit meer vlees?

“Eén keer per jaar eet ik het vlees van een dier dat ik zelf heb geslacht. Daar ga ik voor zitten om het bewust en met smaak op te eten. Daar geniet ik enorm van. Zo heb ik een houtduif geslacht die door een auto voor mij op Texel was aangereden. Zijn krop zal vol met paardenbloemen, daar heb ik een salade van gemaakt.”

Big food en big pharma

Het kan niet anders dan dat ethicus en veganist Kompanje uitkomt op de

naar de oorzaken van een ziekte. “Kijk maar naar ischemische ziekten, zoals hart- en vaatziekten”, zegt hij.

Een patiënt wil toch van zijn aandoening afkomen?

“Natuurlijk en zeker de cardiologie is groot geworden in het wegnemen van symptomen. Denk maar aan ontwikkelingen als het steunhart, tot bijna in het oneindige. Ischemische hartziekten zijn in de westerse wereld de grote killers, maar symptomen worden goed behandeld, zodat ongeveer 80 procent met een stent naar huis gaat. Daar ligt de focus op, met nog wat pillen erbij. De vraag hoe het komt dat iemand zo’n ziekte heeft gekregen, wordt niet gesteld.”

U wilt meer inzetten op preventie?

“Je zou misschien de oorzaak kunnen wegnemen, zodat al die pillen en stents niet nodig zijn. Verandering van leefstijl helpt bij reversibele ziekten, zoals diabetes, dat is een leefstijl gerelateerde ziekte. Big pharma vindt het prachtig; die verdient miljarden aan mensen die 25 jaar een tas met pillen slikken. En big food is de indirecte veroorzaker van die ziektes; het voedsel in de supermarkten. We leven in feite in een sick society; zieke mensen zijn de norm van het handelen.”

Pensioen en dan

Dat is geen enkel probleem, deelt Kompanje breed lachend mee. “Over 4,5 jaar ga ik met pensioen, dan stop ik acuut met mijn werk. Mijn website

Verslag van de RESPONSE-2 studie

Een leefstijl interventieprogramma voor patiënten met een coronaire hartziekte

De verbetering van leefstijlgerelateerde risicofactoren vermindert cardiovasculaire ziekte en sterfte. Aanpassing van leefgewoonten is echter een grote uitdaging. De RESPONSE-2 studie is opgezet om het effect van verpleegkundige doorverwijzing naar leefstijlprogramma's in de omgeving van de patiënt vast te stellen. In dit artikel leest u over de opzet en resultaten van deze studie.

Marjolein Snaterse, docent/onderzoeker, Hogeschool van Amsterdam, ACHIEVE Centre of Applied Research, Faculteit Gezondheid, Amsterdam.

E-mail: m.snaterse@hva.nl

Patiënten met een coronaire hartziekte hebben een verhoogd risico op een herhaald event en overlijden. Verbetering van leefstijlgerelateerde risicofactoren (LRF's) - overgewicht, fysieke inactiviteit en roken - is geassocieerd met een significant lager risico op een herhaald event.¹ Daarom bevelen richtlijnen voor de secundaire preventie van hart- en vaatziekten medamenteuze behandeling en leefstijlinterventies aan voor alle patiënten.² Er bestaat echter een aanzienlijke kloof tussen de aanbevelingen in de richtlijn (streefwaarden) en de dagelijkse praktijk. Met name de pogingen om LRF's te verbeteren vallen tegen.

Er is nog geen onderzoek gedaan naar het effect van een verpleegkundige doorverwijzing naar al bestaande leefstijlprogramma's die voor de patiënt goed bereikbaar zijn. In de meeste studies is bovendien de partner van de patiënt niet meegenomen in de interventies, iets dat wel van belang is bij verandering van dagelijkse routines.

Onze veronderstelling of hypothese luidde dan ook: De strategie van verpleegkundige doorverwijzing naar tenminste één leefstijlprogramma in de omgeving van de patiënt kan een positief effect hebben op LRF's bij patiënten met coronaire hartziekten. Dit naast de aangeboden reguliere zorg, zoals hartrevalidatie. Leefstijlprogramma's kunnen gericht zijn op stoppen met roken, gewichtsverlaging of verbetering van fysieke activiteit. De RESPONSE-2 studie, voluit Randomised Evaluation of Secondary

Prevention by Outpatient Nurse Specialists, is opgezet om het effect van een verpleegkundige doorverwijzing naar een van de drie leefstijlprogramma's vast te stellen.

Methoden

Door loting is bepaald of patiënten het interventieprogramma konden volgen (randomisatie). Patiënten in de interventiegroep kregen naast reguliere zorg - hartrevalidatie, een bezoek aan de cardioloog en de verpleegkundige spreekuren - ook een verwijzing van de verpleegkundige naar tenminste één leefstijlprogramma. Patiënten volgden de programma's buiten het ziekenhuis, in de thuissituatie.

Luchtsignaal® verzorgde de telefonische begeleiding bij het stoppen met roken. Weight Watchers® bood een (groeps)programma voor gewichtsverlies aan en online toegang tot faciliteiten. Philips DirectLife® bood begeleiding bij het verbeteren van de fysieke activiteit met behulp van een accelerometer en online coaching. De verpleegkundige besprak met de patiënt diens voorkeur voor een programma en de volgorde van deelname. De inclusie vond plaats in vijftien Nederlandse ziekenhuizen tussen april 2013 en juli 2015 (zie kader).

Patiëntenpopulatie

De patiëntenpopulatie bestond uit volwassenen die waren opgenomen voor een acuut coronair syndroom en/of een revascularisatieprocedure met daarnaast een van de volgende LRF's: 1) BMI ≥ 27 kg/m²; 2) zelf

Vijftien Nederlandse ziekenhuizen participeerden in deze studie:

OLVG, Amsterdam; Slotervaartziekenhuis, Amsterdam; Flevoziekenhuis, Almere; Catharina ziekenhuis, Eindhoven; Tergooi ziekenhuis, Blaricum; Groene Hart ziekenhuis, Gouda; Zuyderland ziekenhuis, Heerlen; St. Antonius ziekenhuis, Nieuwegein; Gelderse Vallei, Ede; Martini ziekenhuis, Groningen; Rijnstate ziekenhuis, Arnhem; Beatrix ziekenhuis, Gorinchem; Westfriesgasthuis, Hoorn; Medisch Centrum Leeuwarden; AMC Amsterdam (organiserend ziekenhuis).

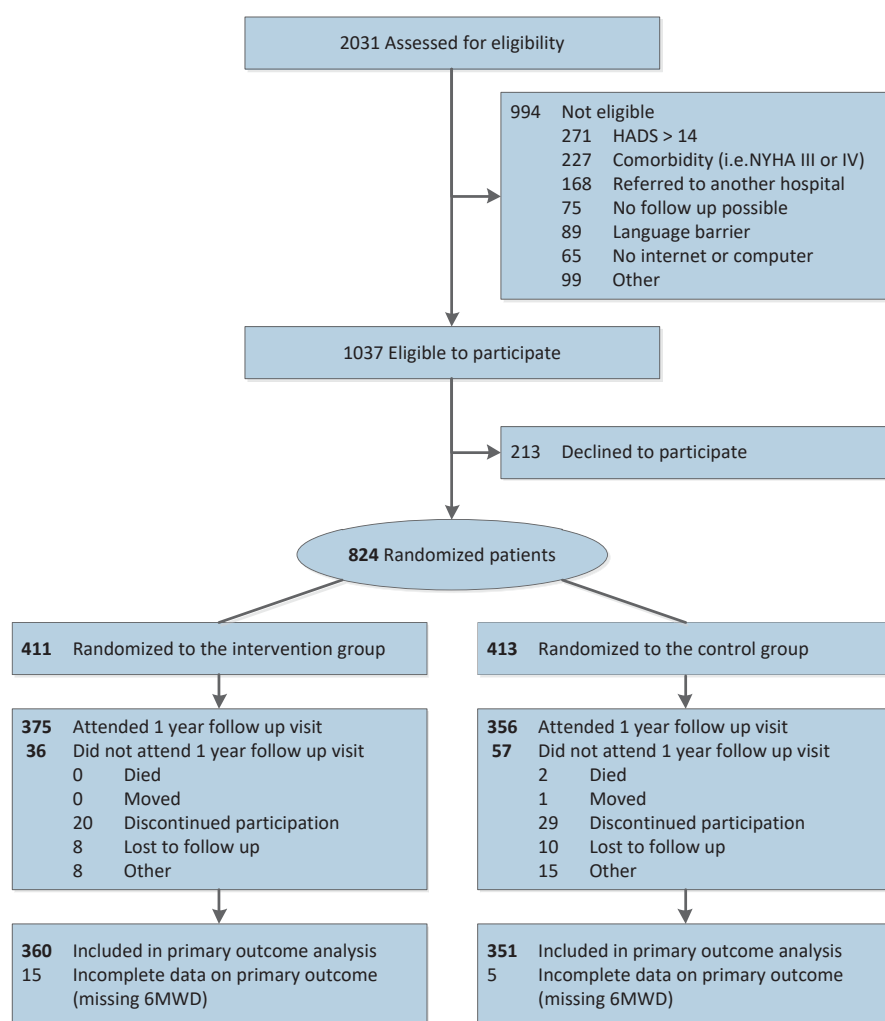
gerapporteerde fysieke inactiviteit (<30 min. matig intensief bewegen 5x per week); en/of 3) roken voor ziekenhuisopname.

Gegevensverzameling en metingen

Op baseline (<8 weken na ontslag) en op 12 maanden zijn de volgende gegevens verzameld: cardiovasculaire risicofactoren, cardiovasculaire voorgeschiedenis, medicatiegebruik, demografische gegevens, bloeddruk, gewicht, urine cotinine, 6-minuten wandeltest, glucose en cholesterolprofiel.

Uitkomsten

De primaire uitkomst was het aandeel 'succesvolle patiënten' na 12 maanden follow-up, gedefinieerd als verbetering op ten minste één LRF zonder verslechtering in een van de andere



Figuur 1. Stroomdiagram RESPONSE-2 studie

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, 6MWD: 6-minuten wandeltest.

twee LRF's. Verbetering was gedefinieerd als 1) gewichtsverlies van tenminste 5%; 2) $\geq 10\%$ verbetering op de 6-minuten wandeltest; 3) een negatieve urine cotinine test. Verslechtering was gedefinieerd als: 1) gewichtstoename in combinatie met een BMI $> 25 \text{ kg/m}^2$; 2) een afname van het aantal gemeten meters op de 6-minuten wandeltest op 12 maanden in vergelijking met baseline; 3) een positieve cotinine test in niet-rokers op baseline.

Resultaten

Gebaseerd op de selectiecriteria zijn 2031 patiënten met een coronaire hartziekte gescreeend, waarna 824 patiënten in aanmerking kwamen en toestemming gaven voor deelname (figuur 1). Patiënten die niet aan de 12 maanden follow-up deelnamen waren vaker hoger opgeleid, jonger en vaker roker dan degenen die wel deelnamen aan de follow-up.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 58.7 (SD 9.2) jaar en 21% was van het vrouwelijk geslacht. De meeste patiënten hadden geen cardiovasculaire voorgeschiedenis. Op baseline rookte 21% van de patiënten (voor ziekenhuisopname was dit $338/824=41\%$), 87% had overgewicht (BMI $> 25 \text{ kg/m}^2$) en 63% van de patiënten rapporteerde fysieke inactiviteit. Hartrevalidatie werd gevolgd door 91% van de patiënten in beide groepen en 82% woonde samen met een partner.

De deelname aan de leefstijlprogramma's was hoog; 85% van de patiënten in de interventiegroep volgde een of meer programma's. De frequentie en duur van deelname varieerden per leefstijlprogramma.

Partnerparticipatie

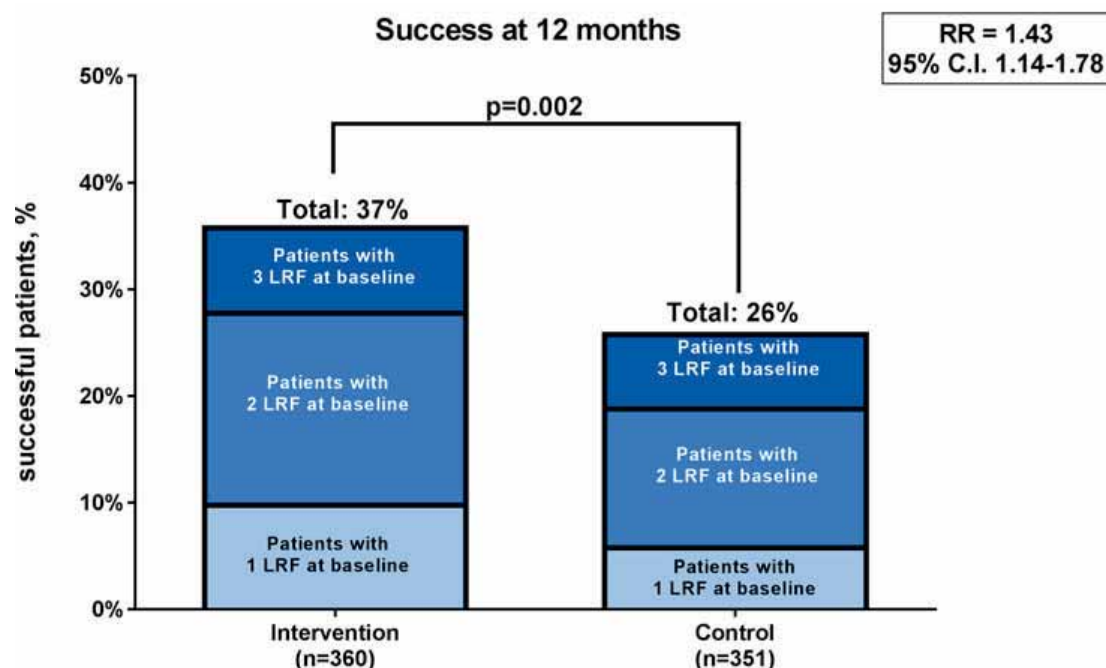
Na 12 maanden bleek door verpleegkundigen gecoördineerde verwijzing

naar tenminste één leefstijlprogramma effectiever te zijn dan wanneer alleen reguliere zorg werd gegeven: 37% succesvolle patiënten in de interventiegroep versus 26% in de controlegroep ($p=0.002$). Het effect van het gewichtsverliesprogramma was het grootst. Bijna twee keer zoveel patiënten bereikten in de interventiegroep het gedefinieerde $\geq 5\%$ gewichtsverlies: 27% versus 14%, $p<0.001$. Er werd geen significant verschil gezien in verbetering op de 6-minuten wandeltest tussen baseline en 12 maanden in de interventie- en controlegroep, 45% versus 40%, $p=0.13$. Het aantal patiënten dat stopte met roken was in beide groepen gelijk: 86% versus 76%, $p=0.45$. We ontdekten daarnaast ook dat het samenwonen met een partner in zowel de interventie- als de controlegroep positief geassocieerd was met leefstijlverandering. In de interventiegroep was het hebben van een partner die meedeelde aan het leefstijlprogramma geassocieerd met een (nog) hogere kans op een succesvolle uitkomst bij de patiënt: partnerparticipatie 46% versus geen partnerparticipatie 34%, $p=0.03$.

Discussie

De aanpak van verpleegkundige doorverwijzing naar verschillende leefstijlprogramma's was praktisch en goed uitvoerbaar. Dit betekent dat implementatie in de praktijk goed mogelijk is. Hoewel de overall resultaten bescheiden zijn, geeft deze studie zorgverleners een evidence based behandelmogelijkheid in handen. Essentieel en kenmerkend aan onze interventie is de samengestelde, geïntegreerde aanpak van leefstijlrisicofactoren. Daarnaast zijn ook partners aangemoedigd om mee te doen aan de leefstijlprogramma's. In overeenstemming met ander onderzoek zagen we dat patiënten van wie de partner meedeelde aan het leefstijlprogramma de meeste kans hadden op een succesvolle uitkomst.^{3,4}

Eerder onderzoek laat een bescheiden of geen effect zien in het aanpassen van leefstijlgerelateerde risicofactoren.^{5,6} Deze onderzoeken nemen verslechtering in een van de andere twee LRF's ook niet mee in de uitkomst. Onze primaire uitkomst had een strengere definitie van succes en was daardoor moeilijker te behalen.



Figuur 2. Primaire uitkomst: Het aandeel succesvolle patiënten na 12 maanden follow-up naar randomisatiegroep en aantal leefstijlgerelateerde risicofactoren (LRF's).

LRF: leefstijlgerelateerde risicofactoren. Succes is gedefinieerd als verbetering op ten minste één LRF zonder verslechtering in een van de andere twee LRF's.

Beperkingen

Fysieke activiteit wordt bij voorkeur gemeten met een accelerometer. Omdat dit instrument onderdeel was van het interventieprogramma, was het niet mogelijk dit instrument te gebruiken voor alle patiënten gedurende de studie om hun fysieke activiteit te meten. We kunnen ons alleen baseren op een mogelijke verbetering van de uitkomst van de 6-minuten wandeltest na 12 maanden. Fysieke fitheid wordt idealiter gemeten met de maximaal (VO_2 max) test, maar dit was in dit onderzoek niet mogelijk. Omdat zelfrapportage onbetrouwbaar is, hebben we de 6-minuten wandeltest als praktische en objectieve uitkomst gekozen.

We hebben de uitkomst op 12 maanden gemeten. Hierbij is rekening gehouden met enige tijd voor een mogelijke terugval na aanvankelijke verbetering. Om het risico op cardiovasculaire ziekte en sterfte daadwerkelijk te verminderen, zal de verbetering in LRF's langer moeten aanhouden. Op dit moment worden data ten behoeve van een langere follow-up van de deelnemers aan de RESPONSE-2 studie verzameld.

Conclusie

De RESPONSE-2 studie laat zien dat door verpleegkundigen gecoördineerde verwijzing van patiënten met een coronaire hartziekte naar een samengesteld (leefstijl)programma de leefstijlgerelateerde risicofactoren vaker verbeteren dan wanneer alleen reguliere zorg wordt gegeven. Deelname van de partner is geassocieerd met een verhoogde kans op succes. 

Literatuur

1. Iestra JA, Kromhout D, van der Schouw YT, Grobbee DE, Boshuizen HC, van Staveren WA. Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review. *Circulation*. 2005;112(6):924-34.
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention
3. Jackson SE, Steptoe A, Wardle J. The influence of partner's behavior on health behavior change: the English Longitudinal Study of Ageing. *JAMA Intern Med*. 2015;175(3):385-92.
4. Sol BG, van der Graaf Y, Goessens BM, Visseren FL. Social support and change in vascular risk factors in patients with clinical manifestations of vascular diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009;8(2):137-43.
5. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;371(9629):1999-2012.
6. Jorstad HT, von BC, Alings AM, Liem A, van Dantzig JM, Jaarsma W, et al. Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart*. 2013;99(19):1421-30.

Dit artikel is een verkorte, Nederlandstalig versie van *Community-based lifestyle intervention in patients with coronary artery disease. The RESPONSE 2 trial*. M. Minneboo et al. *Journal of the American College of Cardiology*, 2017.

Wat ziet u op het elektrocardiogram ?

Een 58-jarige vrouw met (opnieuw) pijn op de borst en kortademigheid

Hieronder leest u de casus van een 58-jarige vrouw die zich opnieuw meldt met pijn op de borst en kortademigheid. De auteur stelt u over deze casus enkele vragen die u kunt beantwoorden met behulp van onderstaande gegevens, het elektrocardiogram en beelden op de website. De antwoorden vindt u op pagina 139 van deze Cordiaal.

Cyril Camaro, cardioloog Radboudumc, Nijmegen, afdeling cardiologie

E-mail: Cyril.Camaro@radboudumc.nl

Casus

Een 58-jarige vrouw meldt zich opnieuw met pijn op de borst en kortademigheid. Bij inspanning ervaart ze een toename van benauwdheid en een zeurend gevoel retrosternaal zonder uitstraling en zonder vegetatieve verschijnselen. In rust zijn er geen klachten en evenmin zijn er wegrakingen, oedeem of nachtelijke kortademigheid. Ze slaapt onveranderd op één kussen. Drie jaar geleden is ze uitgebreid geanalyseerd voor dezelfde klachten. De verrichte SPECT CT liet een calciumscore zien van 0 zonder aanwijzingen voor cardiale ischemie. Wel viel echocardiografisch een sigmoïd septum (septumdikte 8 mm) op met een lichte turbulente flow in de linkerventrikeluitstroombaan (LVOT) van 1.3 m/s (normaalwaarde: 0.7-1.1 m/s). Uiteindelijk werden de klachten geduid als aspecifiek dan wel secundair bij hypertensie. Hiervoor gebruikt ze metoprolol en losartan. Aan risicofactoren had haar vader op 42-jarige leeftijd een hartinfarct. Bij lichamelijk onderzoek is de lengte 155 cm bij 87,5 kg gewicht (BMI 36,4 kg/m²). Bloeddruk 153/90 mmHg en een pols

van 94/min. Opvallend is een mid-systolisch geruis dat toeneemt bij Valsalva manoeuvre. Het elektrocardiogram is conform drie jaar geleden en ziet u in *figuur 1*. Echocardiografie laat nu een asymmetrisch hypertrofisch septum zien (septumdikte 13 mm) met een systolische anterieure beweging van de mitralisklep (SAM) met een obstructie in de LVOT in rust tot 3.2 m/s (41 mmHg), met Valsalva 4.3 m/s (*website video 1 t/m 3*). Ook is er een mitralisklepinsufficiëntie aan zijde van de LVOT. Verder toont het echocardiogram een goede systolische functie, kleine einddiastolische diameter en diastolische disfunctie graad 2. De cardioloog maakt een MRI-scan ter bevestiging van zijn diagnose, berekent een risicoscore en bespreekt met patiënte een hartkatheterisatie. Daarna zal harteambespreking plaatsvinden.

Vragen

1. Wat ziet u op het elektrocardiogram (*figuur 1*)?
2. Ten opzichte van drie jaar geleden is de snelheid in de LVOT in rust toegenomen (*website figuur 4*). Wat

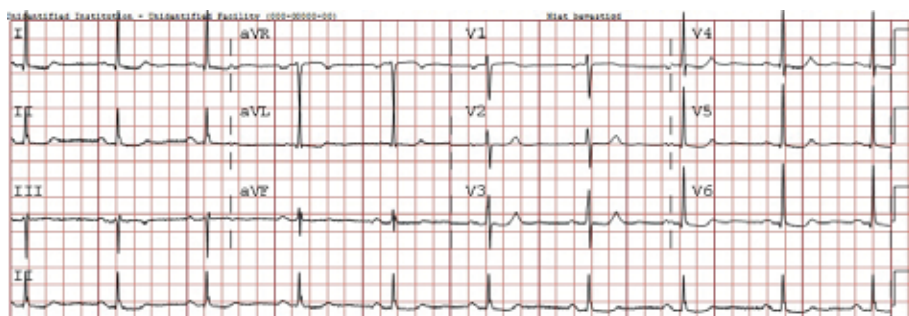
Bezoek ook de website



Deze rubriek is multimediaal! Ga naar: <http://www.nvvhv.nl/cordiaal-mm-20184>

betekent dit? Met welk ziektebeeld hebben we zeer waarschijnlijk te maken?

3. Wat bedoelt men precies met een systolische anterieure beweging van de mitralisklep, ofwel SAM (*website video 3 en figuur 3*)?
4. Had de diagnose niet drie jaar eerder gesteld moeten worden en hoe kunnen haar klachten dan verklaard worden? Let op: de kransslagaders vertonen bij CAG geen afwijkingen.
5. Wat is uw huidige diagnose aan de hand van het verhaal en het ECG?



Figuur 1. ECG

Een uitdagend middel om de zorg te optimaliseren

Verpleegkundige functiedifferentiatie

De functiedifferentiatie van verpleegkundigen is een 'hot item'. De steeds complexere zorg vraagt om een efficiënte inzet van de competenties van verpleegkundigen. In het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein zoeken afdelingsteams gezamenlijk naar een goede en gewenste vorm en invoering. De twee projectleiders bieden een kijkje in dit proces.

Pauline Schröder, Margriet Donker, Projectleiders verpleegkundige functiedifferentiatie, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

E-mail: p.schröder@antoniusziekenhuis.nl



Patiënten worden steeds ouder en hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijk. Dit maakt de zorg steeds complexer. Daarnaast neemt de invoering van technologie toe en groeit de behoefte aan uitkomstgestuurde zorg. Door deze factoren moeten de competenties van verpleegkundigen efficiënter ingezet gaan worden. Bij steeds meer zorgorganisaties in Nederland dringt de noodzaak door om gebruik te maken van de verpleegkundige functiedifferentiatie. Ondanks dat de overheid nog geen duidelijkheid heeft verschaft over welke verpleegkundigen straks in aanmerking komen voor

**Samen zorgen
voor kwaliteit van
leven**

het nieuwe beroepsprofiel, wordt er in de praktijk al volop geëxperimenteerd met het invoeren van de functiedifferentiatie.

Ook in het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein worden stappen gezet om de functiedifferentiatie vorm te geven. Na de eerste experimenten op

een ingerichte proeftuin zijn in het voorjaar van 2017 drie afdelingen begonnen met de voorbereidingen die nodig zijn om in januari 2018 daadwerkelijk functiedifferentiatie in te voeren. Hiertoe zijn twee interne projectleiders aangesteld die met de afdelingen in gesprek gaan om een visie

te ontwikkelen. Hoe willen we op de afdeling inspelen op de complexere zorg en tegelijkertijd het werk voor verpleegkundigen uitdagender maken om hen te behouden voor het vak? Uitgangspunt hierbij is dat het initiatief voor het opstellen van plannen bij de afdelingen ligt. Een grote verandering zoals deze kan alleen tot stand komen als op de afdeling draagvlak aanwezig is. Leidinggevend van de afdeling spelen een onmisbare rol; ze moeten goed begrijpen wat de functie van de hbo-verpleegkundige inhoudt en ze moeten de meerwaarde van het optimaal inzetten van ieders kwaliteiten met enthousiasme uitdragen.¹

Het proces

Het blijkt geen eenvoudig proces te zijn. In het St. Antonius Ziekenhuis zijn - naar het voorbeeld van de profielen van de NVZ - in samenwerking met HR de twee verpleegkundige functieprofielen beschreven. Op de werkvloer laten de hbo-opgeleide verpleegkundigen op dit moment echter nog niet de competenties zien, zoals die in de opleiding zijn aangeleerd en in het profiel beschreven. Een rolmodel is nog niet aanwezig en daardoor lijkt het alsof iedereen op hetzelfde niveau het vak beheerst en het verschil vooral zit in het aantal jaren werker-
varing. Een veel gehoorde opmerking is dan ook: "Maar ze functioneren op hbo-niveau", terwijl nagenoeg geen enkele verpleegkundige op dit niveau werkzaam is.

Expertteam

Op dit moment is de Longafdeling op locatie Nieuwegein een van de drie afdelingen die al de meeste stappen heeft gezet. Om meer aan kwaliteit te kunnen werken zijn expertteams gevormd. Voorbeelden hiervan zijn de expertteams COPD, Oncologie en ILD. Een groep verpleegkundigen krijgt de verantwoordelijkheid om de zorg voor patiënten met een bepaald ziektebeeld te optimaliseren. Dit betreft het gehele zorgpad, dus ook andere disciplines haken bij het expertteam aan. In de praktijk betekent dit dat de verpleegkundigen met elkaar knelpunten in de zorg bespreken, hier een prioritering in aangeven, vervolgens één knelpunt analyseren en daarna een plan voor



verbetering maken. Uitvoer en implementatie van de verbetering zijn de volgende stappen. Tijdens dit verbetertraject wordt afgesproken wie wat doet. Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van ieders kwaliteiten. Wie bijvoorbeeld veel contacten in het ziekenhuis heeft, gaat elders vragen hoe omgegaan wordt met dit knelpunt. Wie goed is in het zoeken en lezen van onderzoeksartikelen, gaat hiermee aan de slag.

Combinatie

Voorzitters van deze expertteams zijn allen hbo-opgeleide verpleegkundigen. Daar is voor gekozen omdat we merken dat de hbo-opgeleide verpleegkundigen het aan het bed moeilijk vinden om hun nieuwe rol op zich te nemen te midden van hun vaak zeer ervaren collega's. Deze keuze heeft zijn meerwaarde al laten zien; verpleegkundigen zijn zeer oplossingsgericht en hbo-opgeleide verpleegkundigen zijn meer gewend om een probleem eerst grondig te analyseren alvorens met een best passende oplossing te komen. Voor een werkelijke kwaliteitsverbetering van de zorg is de combinatie van probleemanalyse en inbreng van inhoudelijke en praktische kennis een vereiste.

Leiderschap

Het tonen van verpleegkundig leiderschap zien we steeds meer. Door dat de hbo-opgeleide verpleegkundigen uitgedaagd worden om hun

competenties in te zetten, profileren ook de mbo-verpleegkundigen zich meer. Ook zij laten zien waar ze voor staan; ervaring is belangrijk, maar ook de praktische en inhoudelijke kijk op het vak zijn belangrijk. In de expertteams zien we enthousiasme ontstaan. De verpleegkundigen geven samen het proces van verbetering van de zorg vorm en de bevoegdheid voor de patiënt is hierbij goed terug te zien. Dit proces kan alleen maar worden toegejuicht, het is zowel beter voor de patiënt als voor het werkplezier.

Tevredenheid

Het tevredenheidsonderzoek onder medewerkers van de longafdeling laat nu al een positievere beoordeling zien op werkplezier. Ook de kwaliteit van de zorg op de afdeling wordt door de verpleegkundigen al iets hoger beoordeeld. Uit onderzoek blijkt dat de beoordeling van de kwaliteit van de zorg door de verpleegkundige zelf een belangrijke maatstaf is voor officiële beoordelingen.² We staan nog maar aan het begin van de implementatie van de functiedifferentiatie en we zijn dan ook heel benieuwd hoe de cijfers over één en twee jaar zijn. In die cijfers worden ook de beoordelingen meegenomen uit een longitudinaal onderzoek dat we binnen het ziekenhuis hebben uitgezet. In ieder geval hopen we dat door dit goede voorbeeld andere afdelingen in het ziekenhuis volgen.

Initiatief

Intussen gebeurt dit ook. Tijdens het implementatieproces van de functiedifferentiatie nemen verpleegkundigen in het ziekenhuis, gesteund door de leidinggevenden, zelf het initiatief om plannen te maken voor het invoeren van functiedifferentiatie op hun eigen afdeling. Als projectleiders worden we uitgenodigd om informatie aan het hele team te geven en vragen en onzekerheden te beantwoorden en bespreekbaar te maken. Daarna gaan we met een groep verpleegkundigen voorzichtige plannen maken en kijken we wat het beste bij de afdeling en het team past.

Beleid

In het St. Antonius Ziekenhuis zijn we op de afdelingen begonnen met functiedifferentiatie, terwijl het beleid nog niet geheel is uitgedacht. Voordeel is dat de opgedane ervaringen en de gesignaleerde knelpunten kunnen worden meegenomen in de besluitvorming. Zo blijkt de onduidelijkheid over wie straks de functie van regieverpleegkundige krijgt een hindernis te zijn voor het invoeren van de functiedifferentiatie. Als belangrijkste

eis voor de functie van regieverpleegkundige hebben we besloten dat deze in het bezit moet zijn van het hbo-v diploma. Dit is echter niet voldoende; de verpleegkundige moet een aantal competenties laten zien en bereid zijn aanvullende scholing te volgen voor de nog onvoldoende ontwikkelde competenties. Een (nog te ontwikkelen) zelf-assessment en een sollicitatieprocedure moeten hier zicht op geven. Daarnaast krijgen mbo-opgeleide verpleegkundigen de kans om intern de hbo-v opleiding te volgen. Een pittig traject, maar onze eerste groep afgestudeerden vindt dat het de investering meer dan waard is. Deze verpleegkundigen zijn inmiddels betrokken bij verschillende innovatieve projecten op de eigen afdeling.

Conclusie

Terugkijkend op het afgelopen jaar zien we dat een aantal factoren belangrijk is voor het gedifferentieerd gaan werken:

1. De verpleegkundigen moeten het hele proces zelf vorm geven. Zij moeten initiatieven nemen en het team moet met elkaar in gesprek gaan over

de mogelijkheden en de vorm. Dit binnen de koers en kaders die de leidinggevenden gesteld hebben.

2. De enthousiaste ondersteuning, coaching, stimulering en facilitering van de leidinggevenden is onmisbaar.
3. Een breed draagvlak in de hele organisatie is nodig. Door het jaar heen organiseren we themabijeenkomsten om zoveel mogelijk medewerkers te bereiken. Ook zijn we voortdurend in dialoog met de VAR, de OR, de RvB en de managers.

Het is een mooi proces waar steeds meer mensen binnen ons ziekenhuis in geloven, ook al hebben we samen nog een hele weg te gaan. ♥

Literatuur

1. Van Schothorst–Van Roekel, (2017). Verpleegkundige functiedifferentiatie in het Reinier de Graaf ziekenhuis. Tussenrapportage van een jaar experimenteren in proeftuinen. Betrokken van: <https://www.researchgate.net/publication/323245295>
2. McHugh, M.D., Witkoski Stimpfel, A. (2012). Nurse Reported Quality of Care: A Measure of Hospital Quality. Res Nurs Health. 35(6), 566–575. doi:10.1002

—advertentie—

Jouw beroepsorganisatie & NU'91

Voor alle leden van NVHVV behartigt NU'91 de collectieve arbeidsvoorwaardelijke belangen. Deze belangenbehartiging vindt voor het grootste deel plaats aan de CAO-tafel, maar ook aan andere sociale tafels bijvoorbeeld over pensioenen, de arbeidsmarkt, opleidingen en de inhoud van ons beroep.

NU'91 kan ook voor jou als individu veel betekenen wanneer je kiest voor een combinatielidmaatschap NVHVV & NU'91 voor € 6,80 per maand

Schrijf je direct in!

- + Individuele dienstverlening
- + Beroepsgebonden rechtsbijstand
- + Deskundige hulp als het gaat over werken in de zorg
- + Magazine Zorg anno NU & Nursing
- + Solidariteit
- + Inspraak

€ 6,80
per maand

www.nu91.nl/leden

nu'91 werkt voor
DE ZORG

Klinische mobilisatie voor de hartchirurgische patiënt

Bewegen is herstellen!

De patiëntopname na hartchirurgie in Nederland kenmerkt zich door een kort verblijf op de IC, waarna de patiënt naar de verpleegafdeling komt. Er wordt gestart met fysiotherapie om het herstel te bevorderen, maar veel patiënten blijven in bed liggen en verliezen zo tot 5% spierkracht per dag. Dit artikel laat op basis van een prospectieve studie in het Thorax Centrum Twente een 'best practice' zien hoe patiënten succesvol te motiveren zijn om meer te bewegen.

Nicole Wielens, Fysiotherapeut; Stephanie Hulschette, Verpleegkundige; Frank Halfwerk, Technisch Geneeskundige, allen Thorax Centrum Twente en Jan Grandjean, Cardiothoracaal chirurg, Thorax Centrum Twente en hoogleraar Universiteit Twente.

E-mail: n.wielens@mst.nl



Figuur 1. Mobilisatieposter op elke patiëntenkamer die patiënten (en familie) stimuleert om te bewegen en zo het herstel te bevorderen.

De typische route van een patiënt die electieve hartchirurgie ondergaat in het Thorax Centrum Twente, onderdeel van het Medisch Spectrum Twente te Enschede, is verwijzing via de polikliniek cardiologie, opname op de hartchirurgische afdeling, operatie, opname op de intensive care, herstel op de verpleegafdeling en ontslag naar huis of verwijzend

ziekenhuis. Patiënten liggen in de klinische periode na een openhartoperatie vaak passief in bed. Ze worden vooral gestimuleerd tot mobiliseren wanneer er een verpleegkundige of een fysiotherapeut in de buurt is. Uit de praktijk blijkt dat veel patiënten buiten deze contactmomenten in bed blijven liggen, omdat ze weinig inzicht hebben in nut en noodzaak

van bewegen en bang zijn voor spierschade of overbelasting. Tegelijk is het wenselijk dat patiënten actiever een bijdrage leveren aan hun eigen herstel, zoals blijkt uit initiatieven die hiervoor in het UMC Utrecht zijn ontwikkeld. Er is dus winst te behalen in het mobiliseergedrag van de patiënt na een openhartoperatie tijdens de klinische fase.

In veel Nederlandse ziekenhuizen is maar weinig informatie beschikbaar over het belang van mobiliseren gedurende een ziekenhuisopname. Wel weten we dat tijdens een acute ziekenhuisopname bij 22-45% van de 65-plussers functieverlies optreedt.¹ Een langere opname met tien dagen bedrust leidt zelfs tot 10-15% afname van de spiermassa.² Hoewel een chirurgische ingreep vaak tot betere kwaliteit van leven moet leiden, is slechts 50% van de patiënten één jaar na opname weer op het oude niveau qua functionaliteit en conditie.^{3,4} Met minimaal bewijs is aangetoond dat vroege en voortdurende mobilisatie een belangrijke bijdrage kan leveren aan het behoud van functionaliteit en conditie. Bovendien heeft vroege mobilisatie geen negatieve invloed op het cardiovasculaire systeem.⁵

Uitgangssituatie

Preoperatieve fysiotherapie (POF) wordt gegeven aan hoogrisicopatiënten die gepland zijn voor een hartchirurgische ingreep om de gevolgen van de operatie, zoals functieverlies van het diafragma of pulmonale complicaties, te verminderen. Hiervoor wordt Inspiratory Muscle Training (IMT) ingezet om de inspiratoire monddrukken (Pimax) toe te laten nemen, wat leidt tot een toename van de kracht en het uithoudingsvermogen van de ademhalingspijpen en tot een

Bij 22 tot 45 procent van de 65-plussers treedt functieverlies op tijdens een acute ziekenhuisopname

reductie van het aantal postoperatieve pulmonale complicaties (PPC's).

Voor oudere patiënten met een verhoogde kans op delier, infectie, decubitus of depressie is het landelijke preDOCS-programma beschikbaar, dat als uitgangspunt heeft: "Better in, better out".⁶ Na ontslag krijgen patiënten een hartrevalidatieprogramma aangeboden met aandacht voor bewegen, leeftijd en coping met hun ziekte. Deze programma's laten depressie en angst afnemen, en zelfvertrouwen en spierkracht toenemen.⁷

Voor het klinische postoperatieve traject wordt mobilisatie aanbevolen, maar de bewijislijst is beperkt.⁷ Tegelijkertijd zien we dat patiënten met een verlengde opnameduur minder in beweging zijn geweest. Ons onderzoek in het Thorax Centrum Twente heeft daarom tot doel om vroege mobilisatie extra te stimuleren door een mobilisatieposter. Vervolgens vergelijken we deze interventie met de oude situatie wat betreft functionaliteit en mobiliteit van de postoperatieve cardiochirurgische patiënt.

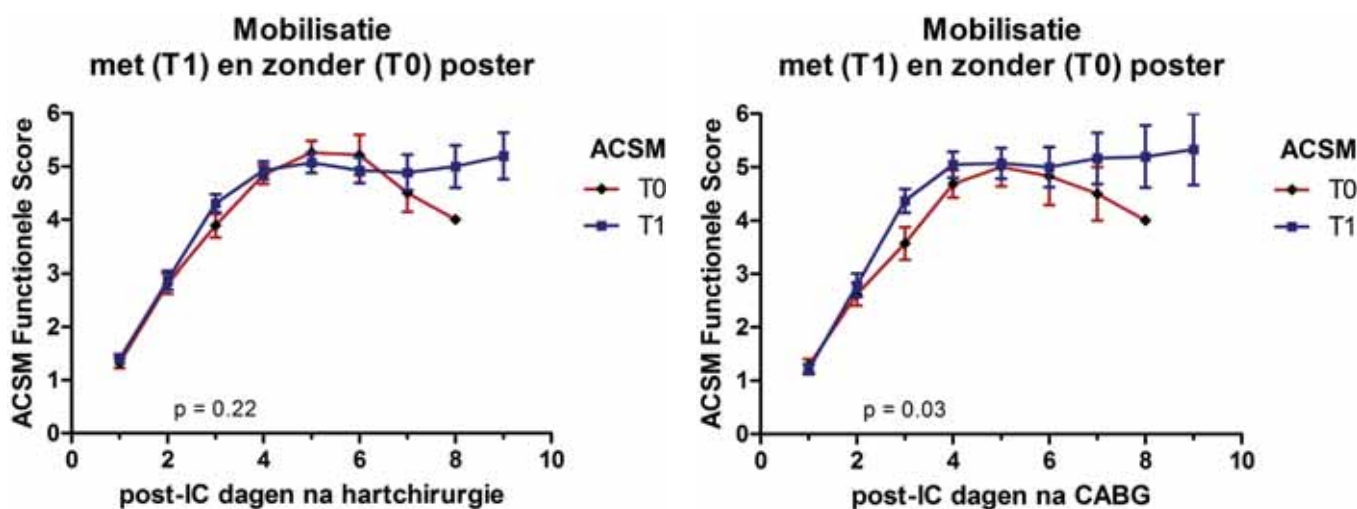
Onderzoeksmethode

We hebben een prospectief cohortonderzoek uitgevoerd in het Thorax Centrum Twente. Alle patiënten die

een cardiochirurgische ingreep hebben ondergaan en patiënten ouder dan 18 jaar waren geïncludeerd. Er zijn twee mobilisatielijsten gebruikt om de functionaliteit van patiënten te beoordelen. Allereerst de gevalideerde functieclassificatie lijst van de American College of Sports Medicine (ACSM) die zes functieniveaus onderscheidt⁸ (tabel 1). Daarnaast is een eigen mobilisatielijst ontworpen om specifiek het mobiliseren in kaart te brengen (TCT-lijst). Deze classificatie maakt bijvoorbeeld onderscheid tussen het liggen in bed, stoelmobilisatie en lopen op de gang, maar valt buiten de scope van dit artikel. De uitgangssituatie (T0) hebben we drie weken gemeten met bovenstaande meetinstrumenten. Vervolgens is de interventie toegepast: een A1-mobilisatieposter (figuur 1) op elke patiëntenkamer die de patiënt stimuleert om te bewegen (figuur 2). Daarna hebben we opnieuw drie weken gemeten (T1). Na afloop van de studie is er aan patiënten in de interventiegroep een papieren tevredenheidsenquête opgestuurd.

Resultaten

De totale onderzoekspopulatie bestond na de in- en exclusiecriteria uit



Figuur 2. Functieherstel tijdens opname volgens 6-punts ACSM-score. A) Gehele populatie laat geen significant verschil zien tussen de controlegroep (T0) en de interventiegroep met poster (T1), $p = 0.22$ B) In de subgroep met coronairlijden laat de interventiegroep (T1) een sneller herstel en vooral blijvend functionieniveau zien ten opzichte van de controlegroep (T0), $p = 0.03$.

Functionele klasse I	Functionele klasse II	Functionele klasse III
Zit rechtop in bed met assistentie	Zit rechtop in bed zonder assistentie	Zitten en staan zonder assistentie
Voert zelfverzorgende activiteiten zittend uit, of met assistentie	Voert zelfverzorgende activiteiten in badkamer zittend uit	Zelfverzorgende activiteiten in badkamer zittend of staand
Staat aan beeldzijde met assistentie	Loopt in de kamer en naar de badkamer (eventueel met assistentie)	Lopen op de gang met assistentie: korte afstanden (15-30 m), afhankelijk van de belastbaarheid, 3 keer per dag
Zit in stoel 15-30 minuten, 2-3 keer per dag		
Functionele klasse IV	Functionele klasse V	Functionele klasse VI
Draagt zorg voor zelfverzorging en baden	Loopt op de gang zonder assistentie, gemiddelde afstanden (75-150 m) 3-4 keer per dag	Loopt op de unit zonder assistentie 3-6 keer per dag
Loopt op de gang korte afstanden (45-60 m) met minimale assistentie 3-4 keer per dag		

Tabel 1. ACSM's guidelines for Exercise Testing and Prescription.⁸

79 patiënten (34 in de controlegroep en 45 in de interventiegroep). Beide onderzoekspopulaties waren vergelijkbaar qua geslacht, leeftijd, BMI, Euroscore en Katz-ADL score en lieten geen significante verschillen zien. De interventiegroep liet een iets snellere postoperatieve mobilisatie zien bij zowel de gevalideerde classificatielijst als bij de eigen ontworpen mobilisatielijst in de eerste 4 dagen na overname van de Thorax Intensive Care (figuur 2A). Daarnaast is te zien dat de patiënten die vanwege complicaties langer moeten blijven een minder grote terugval hebben dan bij de controlegroep; dit was echter niet statistisch significant ($p=0.22$). Omdat de KNGF-richtlijn specifiek over patiënten met coronairlijden gaat, hebben we de uitkomsten voor patiënten met een CABG in de controlegroep (23 patiënten) en de interventiegroep (35 patiënten) ook met elkaar vergeleken. Hieruit bleek een significant snellere mobilisatie en behoud van het functieniveau bij een verlengde opname langer dan 5 dagen (figuur 2B), $p=0.03$.

Uit de interventiegroep vulden 32 patiënten (71%) de enquête over het gebruik van de mobilisatieposter in: 94% van hen vond dat de oefeningen duidelijk zijn afgebeeld en 75% gaf aan dat de poster hen hielp bij mobiliseren. Geen enkele patiënt gaf aan de poster opdringerig te vinden.

Tien dagen bedrust leidt tot gemiddeld

10-15% afname van de spiermassa

Conclusie

Dit onderzoek laat als eerste prospectief onderzoek zien dat de ACSM-score gebruikt kan worden na hartchirurgie. De huidige KNGF-richtlijnen kennen slechts een zeer beperkt bewijs voor het vroegtijdig starten met fysieke mobilisatie op basis van consensus onder experts. Onze studie kan gebruikt worden om de effectiviteit van vroege mobilisatie met een hogere bewijslast aan te bevelen. Patiënten krijgen de regie over hun herstel terug en bewegen nu ook uit zichzelf zonder aanwezigheid van een fysiotherapeut of verpleegkundige. Dit is een aanzienlijke verbetering. Vervolgonderzoek moet plaatsvinden in multicenteronderzoek om de effectiviteit in andere centra ook aan te tonen. Mogelijk dat in de toekomst het ACSM of TCT-functieniveau gebruikt kan worden bij het bepalen van het ontslagmoment. 

Literatuur

1. Buurman BM, de Rooij SE. Functieverlies ouderen bij acute opname in ziekenhuis. Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159(A8185).
2. Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, Paddon-Jones D, Ronsen O, Protas E et al. Functional impact of 10 days of bed rest in

healthy older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008;63(10):1076-81.

3. Hirschhorn AD, Richards D, Mungovan SF, Morris NR, Adams L. Supervised moderate intensity exercise improves distance walked at hospital discharge following coronary artery bypass graft surgery—a randomised controlled trial. Heart Lung Circ. 2008;17(2):129-38.
4. Mendes RG, Simoes RP, De Souza Melo Costa F, Pantoni CB, Di Thommazo L, Luzzi S et al. Short-term supervised inpatient physiotherapy exercise protocol improves cardiac autonomic function after coronary artery bypass graft surgery—a randomised controlled trial. Disabil Rehabil. 2010;32(16):1320-7.
5. Kirkeby-Garstad I, Sellevold OF. Early mobilization after aortic valve surgery. Surg Technol Int. 2006;15:198-204.
6. Ettema R. Predicting and preventing postoperative decline in older cardiac surgery patients: Utrecht University; 2014.
7. KNGF. Praktijkrichtlijn Coronairlijden. Dutch J of Phys Ther. 2011;121(4).
8. Whaley MH, Brubaker PH, Otto RM, Armstrong LE. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 7th ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.

Spice Wise/Spice Wise Too: koken en eten zonder zout

Twee 'pittige' kookboeken vertellen in woord en beeld hoe je zonder zout lekkerder dan ooit kunt eten. Met de recepten is het een koud kunstje om 'spice wise' te worden.

Mandy Perdijk



SVH Meesterkok Michel Hanssen kreeg in 2012 plotseling een hartinfarct. Noodgedwongen moest hij zijn leefstijl aanpassen om verdere hart- en vaatziekten te voorkomen. Hij kreeg een natriumbeperkt, ofwel zoutarm dieet voorgeschreven, een ommekeer in zijn leven. Zout is een belangrijke smaakmaker, maar een teveel aan zout kan de kans op hart- en vaatziekten vergroten. Vooral bewerkte voedingsmiddelen leveren (te) veel extra zout op. Om het plotselinge gebrek aan zout en dus smaak in zijn maaltijden op te lossen, begon Hanssen eigen kruidenmixen zonder toegevoegd zout te ontwikkelen.

Tijdens zijn revalidatieperiode ontmoette hij ook andere hartpatiënten, die hij een aantal van zijn recepten ter beschikking stelde. Ze waren laaiend enthousiast. Met de uitgebalanceerde 'Spice Wise' kruidenmixen die hij bedacht werden recepten gemaakt. Samen met vriend en foodfotograaf

Bart Nijs ontstond het idee deze recepten te bundelen tot een kookboek, *Spice Wise*. Een boek vol gevarieerde recepten met kruiden- en specerijenmixen zonder zout. Naast de sensationele recepten bevat het boek ook informatie en uitleg over de talloze kruiden en specerijen die we rijk zijn en hoe we er eindeloos mee kunnen variëren. Het levert gerechten op, vol met smaak. Dit is absoluut het sleutelwoord van het boek. De recepten hebben overigens een gemakkelijke bereidingswijze, zodat er in niet al te lange tijd een heerlijke maaltijd op tafel staat.

De titel van SVH Meesterkok is de hoogste titel die een kok kan behalen. Een SVH Meesterkok zorgt voor een goede organisatie in de keuken en uitvoering van het koksvak op het hoogste niveau.

Niet verbazingwekkend dus dat de recepten zonder zout bij veel lezers in de smaak vielen. Reden om met nog meer kruidenmixen en recepten een tweede boek te presenteren, *Spice Wise Too*. Hanssen gaat hierin gestaag verder met zijn missie om zoutloos koken te promoten. In het tweede deel maken we kennis met kruiden en specerijen voor wereldse gerechten, maar ook voor hapjes bij de borrel, de BBQ en verschillende soorten soepen. Als toevoeging staat ook de top 10 van favoriete gerechten van onze gerechtenontwikkelaar Michel Hanssen himself beschreven. De prachtige vormgeving en fotografie in de boeken doen ieder gerecht aantrekkelijk ogen en nodigen uit tot het bereiden ervan. Met deze kookboeken wordt wel duidelijk dat iedereen 'spice wise' kan worden. Bewustwording over zoutgebruik is onvermijdelijk. De missie van deze meesterkok komt met zijn boeken volledig tot zijn recht. Een aanrader, voor iedereen! Zie ook: www.spicewise.nu.

Michel Hanssen, *Spice Wise. Koken met kruiden- en specerijenmixen zonder zout*, ISBN: 978-90-823152-0-2, Bart Nijs producties BV, 195 p., € 24,95

Michel Hanssen, *Spice Wise Too. Zonder zout meer smaak*, ISBN: 978-90-823152-1-9, Bart Nijs producties BV, 199 p., € 24,95

Barrières voor verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk

Van melding incidenten tot invoering verbeteringen

Bij de uitvoering van verpleegkundige werkzaamheden worden fouten gemaakt. Het is belangrijk om deze incidenten te onderzoeken en te achterhalen waarom bepaalde veiligheidsmechanismes onvoldoende hebben gefunctioneerd. Toch worden niet alle incidenten gemeld. Dit artikel gaat over het proces van incidentmeldingen en welke barrières verpleegkundigen daarbij ervaren.

Anja H. Brunsveld-Reinders, kwaliteitsadviseur
directoraat Kwaliteit en Patiëntveiligheid, LUMC

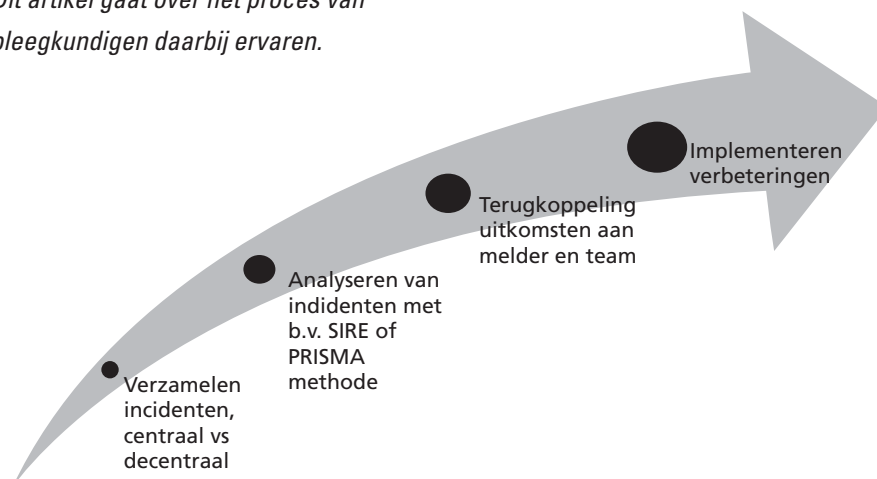
E-mail: A.H.Brunsveld-Reinders@lumc.nl

Net zoals overal worden ook in het dagelijks werk van verpleegkundigen fouten gemaakt die direct of indirect consequenties hebben voor de patiënt. Door deze incidenten te onderzoeken kan achterhaald worden waarom bepaalde barrières ofwel veiligheidsmechanismen in het uitvoeren van het werk onvoldoende gefunctioneerd hebben. Op basis van de analyses kunnen verbetermaatregelen geformuleerd worden om herhaling te voorkomen. Toch blijken er barrières te bestaan, waardoor verpleegkundigen incidenten niet altijd melden.

Belang van melden van incident

Met de verschijning van het rapport 'To Err is human'¹ in 2000 is patiëntveiligheid een steeds belangrijker begrip geworden in de gezondheidszorg. De rapporten over onbedoelde schade in de Nederlandse ziekenhuizen hebben duidelijk gemaakt dat de geleverde zorg voor patiënten verbeterd kan worden.²⁻⁴ Tot de middelen om inzicht te krijgen in wat er niet goed gaat in de zorgverlening behoren het schrijven van een FONA, het melden van incidenten in een incidentregistratiesysteem en de klachten die patiënten indienen bij de klachtenfunctionaris.

Sinds 1984 zijn alle ziekenhuizen verplicht om een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg / Fouten of Near Accidents (MIP/FONA-commissie) te hebben.⁵ Deze commissie onderzoekt de toedracht van de opgetreden incidenten en adviseert het betrokken personeel over mogelijke preventiemaatregelen. De commissies



Figuur 1. Proces van melding tot verbetering

functioneren op ziekenhuisniveau, waardoor de effectiviteit beperkt is. Door een gebrek aan afdelingsspecifieke kennis is het onmogelijk om de incidenten optimaal te behandelen en effectieve verbetermaatregelen voor te stellen. Daarnaast neemt de afhandeling veel tijd in beslag en wordt dit proces door de professionals als onpersoonlijk ervaren.⁶

Het VMS veiligheidsprogramma in 2009 betekende de start van de methode 'Veilig Incident Melden' (VIM).⁶ Door incidenten te analyseren kunnen oorzaken gezocht worden die dicht bij het werkproces liggen. Het is belangrijk om te achterhalen hoe en waardoor het incident heeft plaatsgevonden en welke veiligheidsmechanismen onvoldoende hebben gewerkt. Het doel van het VIM was om ervoor te zorgen dat professionals zelf incidenten analyseren en op basis van de analyses verbeteringen formuleren. Het leereffect is op die manier vele malen groter en herhaling van incidenten wordt zo voorkomen.

Van melding tot verbetering

Door incidenten te verzamelen die door zorgprofessionals zijn gerapporteerd, komt er informatie beschikbaar die op een systematische wijze geanalyseerd kan worden. Met deze analyse is het mogelijk om verbeteracties in gang te zetten die ten goede komen aan de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de zorg. Het meldingsproces kent verschillende fasen.⁶

Verzamelen van incidenten

Allereerst is het belangrijk vast te stellen of een incident op één afdeling heeft

Wat is een incident?

In de zorg worden verschillende soorten begrippen gebruikt om aan te geven wanneer een afwijking in de zorg heeft plaatsgevonden.⁷ Een incident wordt omschreven als 'een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden'.⁸

plaatsgevonden of dat er meerdere afdelingen bij betrokken zijn. In het eerste geval kan het incident afgehandeld worden door de VIM-commissie van de desbetreffende afdeling. In het tweede geval kunnen de betrokken afdelingen een gezamenlijke analyse maken en tot een verbeteractie komen die wordt gedragen door deze afdelingen. Voor ernstige incidenten bestaat een andere procedure; deze worden gemeld bij de Raad van Bestuur. In overleg met de professional in de instelling die belast is met het IGJ-dossier, wordt het incident vervolgens gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Analyseren van incidenten

Binnen iedere instelling bestaan afspraken over welke incidenten geanalyseerd moeten worden en welke niet. Voor een analyse bestaan verschillende technieken, waaronder de veel gebruikte SIRE (*Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie*) methode en PRISMA (*Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis*) methode. Bij het analyseren van incidenten wordt achterhaald welke basisoorzaken ten grondslag liggen aan het optreden van het desbetreffende incident. Wanneer de basisoorzaken bekend zijn, worden deze geclassificeerd. Daarna worden verbetermaatregelen vastgesteld, zodat het incident niet meer optreedt.

Terugkoppelen resultaat analyse

Het is belangrijk dat de melder van een incident een terugkoppeling krijgt over de resultaten van de analyse en de voorgestelde verbetering, zodat hij zich serieus genomen voelt en gestimuleerd wordt om vaker een incident te melden. Hetzelfde geldt voor de terugkoppeling binnen een team. Het blijkt dat de betrokkenheid van professionals toeneemt wanneer zij goed geïnformeerd en zich bewust zijn van datgene wat er mis kan gaan. De terugkoppeling kan op verschillende manier plaatsvinden:

- De melder:
 - Schriftelijk of mondeling op de hoogte stellen van de analyse en de geformuleerde verbetermaatregelen;

- Via het digitale meldingssysteem kunnen melders vaak de melding en de voortgang ervan volgen.
- Het team:
 - Schriftelijk (bijvoorbeeld een nieuwsbrief) of via een werkoverleg een overzicht geven van het aantal en soort meldingen met de verbetermaatregelen die ingezet zijn;
 - Via de interne webpagina op een afdeling waarin deze gegevens vermeld staan.

Implementeren verbeteringen

Om verbetermaatregelen in te voeren in de dagelijkse praktijk is het belangrijk dat deze gericht zijn op het 'systeem' en niet op de 'mens'. De formulering "de professional moet beter opletten" zal niet bijdragen aan het oplossen van het probleem.

Barrières om incidenten te melden

Het is bekend dat het aantal incidenten dat gemeld wordt een onderschatting is van het daadwerkelijke aantal incidenten dat in de dagelijkse praktijk plaatsvindt. Deze onderrapportage van incidenten heeft meerdere oorzaken, die onderverdeeld kunnen worden in aspecten als structuur, proces, uitkomst, attitude/motivatie en angst voor represailles.⁹

Structuur

Hieronder wordt verstaan dat de kwaliteit van zorg enerzijds bepaald wordt door de competenties van de zorgverlener en anderzijds door de beschikbaarheid van faciliteiten die nodig zijn om goede kwaliteit van zorgverlening te kunnen leveren.

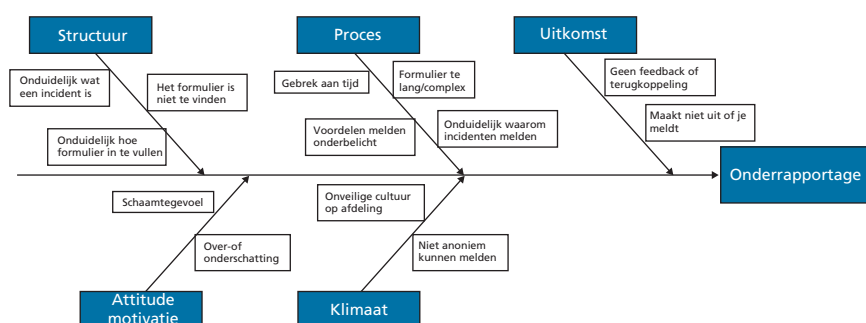
Voor de verpleegkundige is het niet altijd duidelijk wat een incident is.

Evenmin weet de verpleegkundige hoe een incident te melden in het incidentenregistratiesysteem (IRS) van het ziekenhuis; vindplaats van het formulier is onbekend alsmede de wijze van invullen. Daarnaast is onduidelijk wie een incident moet melden: degene die het incident heeft veroorzaakt of degene die het incident heeft opgemerkt? Zonder goede afspraken hierover kan gemakkelijk verwarring optreden. Deze barrières of hindernissen zijn in de praktijk goed aan te pakken door implementatie van het IRS op de afdeling. Een aantal aspecten is daarbij van belang:

- Het verduidelijken van de definitie van het incident: wat wordt er onder verstaan en op welke manier zijn incidenten te herkennen in de praktijk. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van voorbeelden, zodat het duidelijk wordt om welke incidenten het gaat.
- Een handleiding waarin gezocht kan worden, als het niet duidelijk is of de situatie die zich heeft voorgedaan een incident is.
- Onbekendheid met het systeem valt op te lossen door aan te geven waar het incident gemeld kan worden. Als het een papieren formulier betreft, verdient het de voorkeur om dit op een centrale plaats op de afdeling te plaatsen. Als het om een elektronisch formulier gaat, wordt aangeraden om dit binnen het huidige patiënt data managementsysteem te implementeren.

Proces

Het proces heeft betrekking op de wijze waarop de feitelijke zorg wordt verleend. Welke handelingen worden op welk moment verricht en zijn deze



Figuur 2. Barrières in de praktijk

in overeenstemming met de richtlijnen en standaarden van de betreffende beroepsgroep. De belangrijkste barrières die binnen het proces op kunnen treden, zijn: het is niet duidelijk waarom er incidenten gemeld moeten worden en welke voordelen de melding van incidenten oplevert. Als professional heb je een morele plicht (door de hulpverlener ervaren professionele verantwoordelijkheid) om incidenten te melden die voortkomen uit het verlenen van zorg. Voordelen van het melden van incidenten zijn dat er inzicht ontstaat in datgene wat niet goed gegaan is bij het verlenen van de zorg en dat daardoor verbeteringen kunnen worden ingevoerd die leiden tot hogere kwaliteit van de zorg.

Andere barrières voor het melden van een incident zijn gebrek aan tijd door de werkdruk op de afdeling en de complexiteit van het formulier. Een formulier met een aantal eenvoudig in te vullen vragen werkt beter dan een formulier van meerdere pagina's.

Uitkomst

Hiermee wordt bedoeld of de resultaten gehaald zijn die we mochten verwachten op basis van de verstrekte zorg. Het gebrek aan feedback op de gerapporteerde incidenten is een barrière die maakt dat er minder incidenten gemeld gaan worden. Terugkoppeling en rapportage zijn belangrijke factoren om verpleegkundigen gemotiveerd te houden voor het melden van incidenten. Een andere factor die kan bijdragen tot het niet melden van incidenten, is dat het niet uitmaakt of je een incident meldt of niet.

In de literatuur is beschreven dat op verschillende manieren feedback gegeven kan worden op de gerapporteerde incidenten:

- Wanneer de melder een melding heeft gemaakt in het IRS is het belangrijk dat de melder gelijk weet dat de melding is aangekomen;
- Door persoonlijk de melder op de hoogte te brengen van de uitkomsten van de analyse en de mogelijke oplossingen die hieruit zijn voortgekomen;
- Gebruik maken van een nieuwsbrief die op reguliere basis wordt uitgegeven en waarin terugkoppeling wordt gegeven over het aantal incidenten en de (mogelijke) oplossingen die geformuleerd en geïmplementeerd zijn;

- Feedback kan ook gegeven worden in besprekingen die op regelmatige tijdstippen worden georganiseerd en waarin men kan discussiëren over mogelijke oplossingen (zoals een klinische les, werkbespreking).¹⁰ Hierbij wordt een beroep gedaan om met elkaar samen te werken en zo tot een oplossing te komen die door alle partijen gedragen wordt.

Attitude/motivatie

De attitude van de verpleegkundige speelt een belangrijke rol bij het niet melden van incidenten. Gedacht kan worden aan zelfoverschatting, onderschatting en burn-out van de verpleegkundige. Daarnaast ervaart een verpleegkundige een groot schaamtegevoel wanneer hij een incident meemaakt. Als verpleegkundige ben je bezig om dagelijks de beste zorg aan de patiënt te verlenen. Wanneer iets verkeerd gaat, heb je het gevoel dat je gefaald hebt. Het is daarom belangrijk om binnen een team een klimaat te creëren waarin het gebruikelijk is om over incidenten te spreken en die ook te melden.

Klimaat

Het creëren, stimuleren en in stand houden van een veiligheidscultuur is belangrijk om ervoor te zorgen dat professionals incidenten rapporteren. Binnen een veiligheidscultuur is sprake van openheid en transparantie en medewerkers zijn bereid om te leren van incidenten. Het is vanzelfsprekend dat incidenten op een veilige manier gemeld en besproken worden. Hierbij spelen anonimiteit van de melder en het vrijwillig of verplicht melden van incidenten een rol. De drempel om te melden wordt lager wanneer er anoniem gemeld kan worden. Een nadeel hiervan is dat er geen nadere informatie op te vragen is bij de melder, waardoor het incident onvoldoende geanalyseerd kan worden. Verplicht melden kan leiden tot ondermijning van het benodigde vertrouwen bij de professional, maar vrijwillig melden kan ertoe leiden dat incidenten niet gemeld worden.

Betrokkenheid patiënten

Patiënten krijgen een steeds grotere rol in de zorg en bij verbeteringen in de zorg. De patiënt kan ook een

rol krijgen in het denken over hoe schade te voorkomen is en zo bijdragen aan verbeteringen. Bij het onderzoek naar ernstige incidenten, waarbij een interne onderzoekscommissie ingesteld wordt, wordt in het interview met de patiënt en zijn naasten gevraagd hoe dergelijke incidenten voorkomen kunnen worden en welke verbetermaatregelen zij zien, zodat het incident niet meer optreedt. 

Literatuur

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: Institute of Medicine. National Academy Press; 2000.
2. Langelaan M, Bruijine MCd, Baines RJ, Broekens MA, Hammink K, Schilp J, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam: Utrecht, EMGO+ Instituut/VUmc, NIVEL; 2013.
3. Langelaan M, Broekens MA, Bruijine MCd, Groot JFd, Moesker MJ, Porte PJ, et al. Monitor zorggerelateerde schade 2015/2016: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. NIVEL; 2017.
4. De Bruijine MC, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004 Amsterdam: Instituut voor Extramurale Geneeskundig Onderzoek; 2007.
5. Legemaate J, Christiaans-Dingelhoff I, Doppegieter RMS, Roode de RP. Melden van incidenten in de gezondheidszorg Utrecht2006
6. VMS_veiligheidsprogramma (https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/07/web_2009.0106_praktijkgids_vim.pdf)
7. Brunsveld-Reinders AH. Opkomst en invoering van patiëntveiligheid. Cordiaal. 2018(2):52-5.
8. Wagner C, van der Wal G. Begrippenkader patiëntveiligheid: incidenten, complicaties en adverse events. Medisch contact 2005;60(74):1888-91.
9. Noble DJ, Pronovost PJ. Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. J Patient Saf. 2010;6(4):247-50.
10. Benn J, Koutantji M, Wallace L, Spurgeon P, Rejman M, Healey A, et al. Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. Qual Saf Health Care. 2009;18(1):11-21.

In deze rubriek behandelt de Werkgroep Congenitale Cardiologie iedere keer een aangeboren hartafwijking voor diegenen die onbekend zijn met congenitale cardiologie en behandelwijzen.

Dextrocardie

Wat is dit voor een afwijking en wat is de behandeling?

Een van de zeldzame vormen van aangeboren hartafwijkingen is een dextrocardie. Hierbij ligt het hart aan de rechterkant in de borstkas en niet, zoals gebruikelijk, links. Onlosmakelijk verbonden met de term dextrocardie zijn de *positie* van het hart in de thorax, de *oriëntatie* van de apex (punt) van het hart - waar 'wijst' de apex naar toe? - en de *situs* (plaats). Zowel de positie als de oriëntatie kent drie manieren: Levo (links), Meso (midden) en Dextro (rechts). De normale positie is de Levopositie, de normale oriëntatie is de Levocardie.

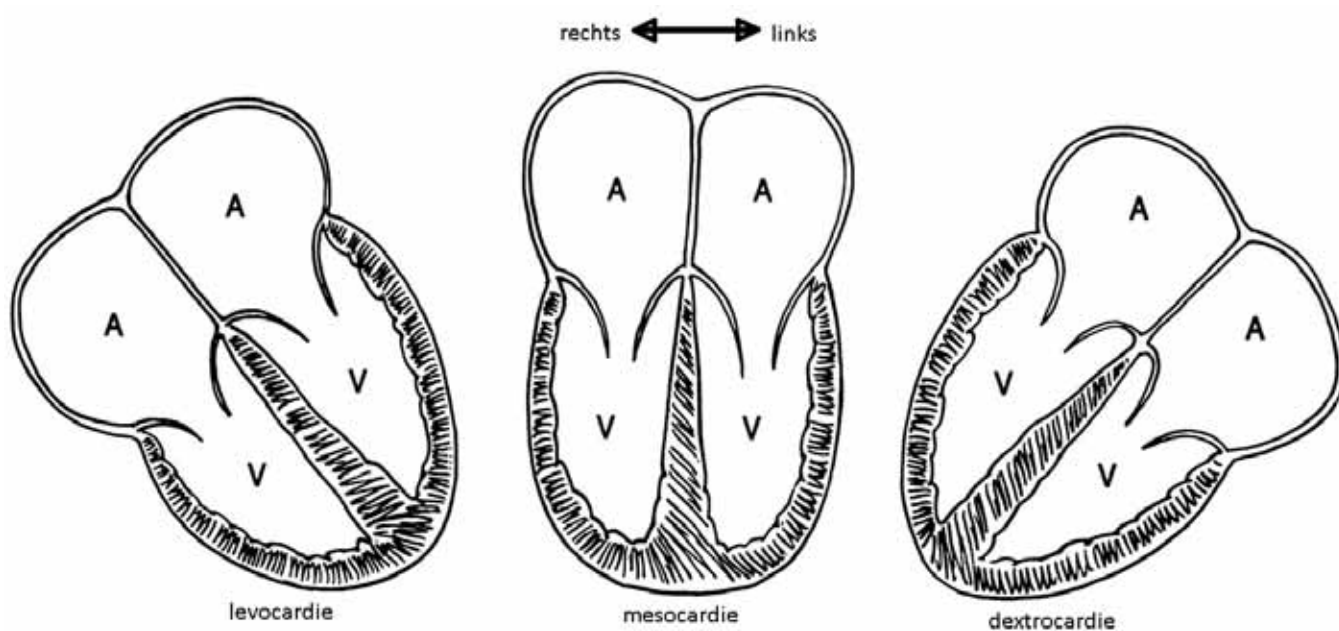
Situs of plaats

De situs of plaats zegt iets over de ligging van de atria of boezems van het hart. De boezems hebben namelijk hun eigen kenmerken. Aan de hand van deze kenmerken wordt bepaald of het een rechter- of linkerboezem is. Dit wordt dus niet bepaald door

hun ligging! De meest in het oog springende verschillen hebben betrekking op het hartoor. Het rechter hartoor is driehoekig, heeft een brede basis en spierbundeltjes. Het linker hartoor is klein, langwerpig en gladwandig. De cardiale situs wordt bepaald door de ligging van de rechterboezem. De ligging van de (rechter)boezem is onafhankelijk van de positie of oriëntatie van het hart. Ook is de ligging onafhankelijk van de plaats van de ventrikels of van de grote slagaders, aorta en pulmonalis. Het meest voorkomend is de Situs Solitus: de rechterboezem ligt rechts van de morfologische linkerboezem. Daarnaast zijn er nog twee mogelijkheden: de Situs Inversus (of omgekeerde ligging), waarbij de morfologische rechterboezem links van de morfologische linkerboezem ligt en de Situs Ambiguus of onbepaalde situs. Hierbij is het onduidelijk of er twee verschillende of twee morfologisch gelijke boezems zijn.

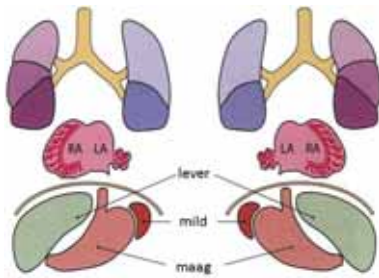


Afbeelding 2. Hartoren. RAA=rechter hartoor, LAA = linker hartoor, RV= rechter ventrikel, LV= linker ventrikel ©afbeelding: Dr. W.D. Edwards, Mayo foundation



Afbeelding 1. Oriëntatie van de apex: links, midden en rechts.

De bepaling van de cardiale situs is van belang omdat die vaak nauw samenhangt met de situs van de longen (situs pulmonalis) en de buikorganen (situs abdominalis). Al deze afwijkende liggingen kunnen al op jonge leeftijd problemen geven. Ook komt het voor dat een afwijkende ligging van hart, longen of buikorganen pas op latere leeftijd en bij toeval wordt ontdekt. In het algemeen geldt dat de atriale ligging (of de cardiale situs) overeenkomt met de abdominale ligging (en dus de abdominale situs).



Afbeelding 3.
Situs solitus (links) en situs inversus (rechts).
RA=rechteratrium, LA= linkeratrium,
Liver=lever, spleen=milt, stomach=maag.

Voorkomen en historie

De incidentie van dextrocardie is niet bekend. Publicaties geven een ruime spreiding aan van 1 op 8.000 tot 25.000 levend geboren. Al in 1643 beschreef anatoom Marco Severinus een geval van dextrocardie met situs inversus. Pas in het begin van de 20^e eeuw gaf patholoog-anatoom Paltauf een beschrijving van de diverse types dextrocardie. Het duurde tot het midden van de 20^e eeuw voordat men in staat was om de diverse types ook klinisch, dus bij levende patiënten, te onderscheiden.

Oorzaak

In de eerste vier weken van een zwangerschap vinden een aantal ingewikkelde embryologische processen plaats, waarbij uit één rechte buis uiteindelijk een compleet hart ontstaat. Deze rechte buis vouwt zich op een gegeven moment samen (de zogeheten d-loop) om een rechter en een linker harthelft te vormen. Tijdens één van deze processen vindt een fout plaats, waardoor onder meer het naar links bewegen van het hart, de lateralisatie, niet juist verloopt.

Diagnose

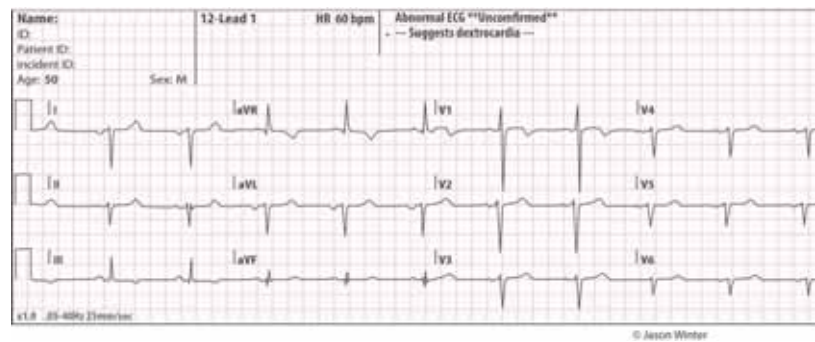
Zoals eerder vermeld, wordt de diagnose vaak bij toeval gesteld, bijvoorbeeld bij een routinematig uitgevoerde thoraxfoto. Is de dextrocardie echter gecombineerd met een andere aangeboren hartafwijking, dan zal deze hartafwijking in het algemeen de reden zijn voor nader onderzoek en niet de dextrocardie op zich.



Afbeelding 4. X-Thorax toont dextrocardie. De pijl wijst naar een met lucht gevuld orgaan: de maag. De abdominale organen zijn dus niet gespiegeld.

Bij lichamelijk onderzoek kan een zogeheten 'voussure cardiac' rechts opvallen. Bij rugligging is de rechter thorax iets hoger gelegen ten opzichte van de linker thorax. Bij auscultatie en percussie zullen de harttonen rechts beter hoorbaar zijn dan links, de percussie zal rechts differ zijn dan links.

Het ECG bij een patiënt met dextrocardie is fors afwijkend. Om een 'normaal bruikbaar' ECG te verkrijgen zal een rechts-ECG moeten worden gemaakt. Hierbij worden de V3 tot V6 afleidingen op dezelfde manier geplakt, maar dan gespiegeld op de rechter thoraxhelft.



Afbeelding 5. ECG bij dextrocardie: een positief complex in aVR, een extreme hartas en een afnemende QRS-amplitude over de voorwandsafleidingen.

Symptomen

Bij een dextrocardie in combinatie met een cardiale situs inversus vinden we over het algemeen een structureel normaal hart. Een situs solitus in combinatie met dextrocardie komt meestal voor in combinatie met een (andere) aangeboren hartafwijking, maar niet altijd. Vaak is er sprake van een ASD of VSD, maar ook andere aangeboren hartafwijkingen komen voor.

Behandeling

De dextrocardie zelf wordt niet behandeld. Als er een aangeboren hartafwijking voorkomt naast een dextrocardie, dan zal deze moeten worden behandeld. Wanneer er een ingreep plaats moet vinden, is uitgebreid diagnostisch onderzoek vooraf van belang, omdat naast de cardiale situs ook de pulmonale en abdominale situs belangrijk zijn bij bijvoorbeeld een operatie. ❤

Literatuur

1. Joseph K Perloff, Ariane J Marelli. Perloff's Clinical Recognition of Congenital Heart Disease. Sixth Edition. Philadelphia, Elsevier Saunders 2012
2. Sophie Offen, Dan Jackson, Carla Canniffe, Preeti Choudhary, David S. Celermajer. Dextrocardia in Adults with Congenital Heart Disease. Heart, Lung and Circulation 2016; 25: 352-357
3. C. van der Feen, A.M. van Oort en R.A.A Pelleboer. Een pasgeborene met het hart in de rechter thoraxhelft. NTvG 2006; 150 (49)

open

HARTIG

Marije de Lange, verpleegkundig specialist cardiologie, Antoniusziekenhuis, Nieuwegein

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

In de rubriek 'Openhartig' praat Cordiaal met professionals uit het werkveld.

In deze aflevering vertelt Marjolein Snaterse (44), docent en promovendus bij Hogeschool van Amsterdam (HBO-V) over haar motivatie en dagelijkse werkzaamheden.



Hoe verliep je traject van verpleegkundige tot promovendus?

Omdat ik snel patiënten wilde zien, het echte werk, koos ik in 1990 voor inservice onderwijs. Ik kwam terecht in een perifeer ziekenhuis in de regio Leiden. Toen ik na vier jaar klaar was, wilde ik gelijk meer. Dus solliciteerde ik bij een academisch ziekenhuis, het VU in Amsterdam. Ik heb daar een jaar op Interne Geneeskunde gewerkt, wat al snel leek op mijn

eerdere werk. Daarom ben ik in 1998 gestart met de ICU-opleiding (VU) en vervolgens werkte ik tot 2006 op de IC-heelkunde. Daarnaast deed ik de docentenopleiding, waarna ik 50% op de ICU en 50% als docent bij de Hogeschool van Amsterdam werkte. Het was allebei ontzettend leuk en allebei net te weinig. Ondertussen kreeg ik mijn tweede kind en ik besloot me volledig te richten op het docentschap, in combinatie met het volgen van de master Evidence Based Practice (2006-2008). Ik koos voor deze master omdat ik lacunes ervaarde wat betreft onderzoek en hier goed in opgeleid wilde zijn. Een eerste wetenschappelijke publicatie volgde en ik bleek onderzoek heel leuk te vinden. Toen opleidingsmanager Wilma Scholte Op Reimer mij vroeg om te promoveren, ben ik met een promotietraject gestart. Op 12 september was mijn promotie, waarbij de RESPONSE-2 studie (zie p 122 van deze Cordiaal) een rol speelde.

Waarom wilde je promoveren en waarom de cardiologie?

Ik wilde graag meer weten en ik wil altijd blijven leren. Ik dacht ook dat ik het goed zou kunnen. Het was niet per se het

promoveren zelf, maar vooral het onderzoek doen wat me trok. Op de ICU zag ik natuurlijk ook cardiologische patiënten en ik vond preventie heel leuk. Ik schoof ook steeds meer op van het acute naar het preventieve. Zelf wil ik ook graag 'in control' zijn en daarom leek me dit een goed onderwerp. Het promotieonderzoek gaat over secundaire preventie, maar ook over de effectiviteit van de verpleegkundige (na)zorg hierbij.

Mis je de patiëntenzorg?

Als je de praktijk achter je laat en je bent docent, dan zou je de praktijk kunnen missen. Maar ik kwam juist weer in contact met patiënten door het onderzoek. Als studiecoördinatoren benaderden we ook zelf patiënten en doen soms zelf metingen. Daarnaast doet het AMC mee aan de Eurospire survey, een onderzoek om te kijken of de richtlijnen voor secundaire preventie goed geïmplementeerd zijn in de praktijk. Daarvoor worden patiënten die onder behandeling zijn geweest, opgeroepen om hun cardiovasculair risicoprofiel te laten bepalen. Samen met hbo-v studenten heb ik daarvoor ook patiënten gezien en gesproken.

Hoe ziet je week er uit?

Twee dagen doe ik onderzoek en drie dagen werk ik bij de HBO-V. Ik geef les in klinisch redeneren en evidence based practice vanaf het eerste studiejaar. Je probeert studenten al meteen in het begin te leren hoe belangrijk onderzoek is voor het werk als verpleegkundige en hoe het gebruikt kan worden in de praktijk. Daarnaast ben ik afstudeercoördinator: deze fase coördineren en inhoudelijk vormgeven voor studenten en examinatoren. Verder ben ik voorzitter van de werkgroep wetenschappelijk onderzoek van de NVHV.

Hoe zie je jezelf na je promotie?

Dan combineer ik de functie van senior docent met onderzoek. Zonder promotiebeurs (zoals ik nu heb), maar ik ga subsidie aanvragen voor postdoctoraal onderzoek in samenwerking met andere onderzoekscentra, zoals het AMC. Ik ben ook programma-coördinator voor de nieuwe Master Critical Care (HvA), dus ik ga meer masteronderwijs geven en me inzetten voor bijscholingsactiviteiten en onderwijs ontwerpen. Ik hoop dat ik ook onderzoekers zal kunnen blijven begeleiden om verder onderzoek op te zetten. Kortom, ik hoop de trias academica van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg nog lang te kunnen blijven combineren. 

De redactie van Cordiaal feliciteert Marjolein Snaterse met haar promotie.

Wilt u ook iets vertellen over uw specifieke werksituatie? Stuur dan een mail naar cordiaalredactie@gmail.com o.v.v. Openhartig en geef kort aan wat uw werkerrein is en over welke ervaringen u geïnterviewd wilt worden.

Dit vertelde het elektrocadiogram!

Een 58-jarige vrouw met (opnieuw) pijn op de borst en kortademigheid

Op pagina 125 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 Radboudumc, Nijmegen, afdeling cardiologie

E-mail: Cyril.Camaro@radboudumc.nl

Antwoorden

1. Op het elektrocadiogram (figuur 1) ziet u regulair sinusritme, de stand van de elektrische hartas is normaal. De geleidingstijden (PQ-tijd 200 ms, QRS-duur 85 ms, QTc 455 ms) zijn niet afwijkend. Opvallend zijn de Cornell criteria voor linkerkamerhypertrofie (R in aVL + S in V3 > 20 mm) met abnormale repolarisatie.
2. Gezien de toename van snelheid over de LVOT moet er sprake zijn van een LVOT-obstructie. We spreken van een significante LVOT-obstructie bij een gradiënt van > 30 mmHg. Samen met de toename van de asymmetrische septumverdikking (website video 1 en 2 en figuur 2) past het beeld bij een hypertrofische obstructieve cardiomyopathie (HOCM) met LVOT-obstructie.¹
3. Bij de systolische anterieure beweging van de mitralisklep (SAM) beweegt het voorste klepblad paradoxaal, dat wil zeggen dat deze klep beweegt richting de linkerkameruitstroombaan tijdens systole (website video 3 en figuur 3). Over het exacte mechanisme kan een debat worden gevoerd, maar in de literatuur wordt voornamelijk het venturi-effect als

oorzaak genoemd. Het venturi-effect beschrijft het verschijnsel dat als de doorsnede van een buis afneemt, de snelheid van de stroming toeneemt en er ter plekke een drukverlaging ontstaat. Vertalen we dit naar een HOCM, dan creëert de septale hypertrofie een venturi-effect door reductie in LVOT-diameter (de 'vernauwing') met daardoor toename van snelheid over de LVOT. Door de lokale drukverlaging beweegt de mitralisklep (het voorblad) juist tijdens systole in de richting van de LVOT.

4. Drie jaar geleden was er inderdaad een licht verhoogde snelheid over de LVOT, maar ook hypertensie. De klachten zijn secundair hieraan geduid. Een klassieke presentatie van HOCM (prevalentie 1:500) heeft afwezigheid van hypertensie of kleplijden. Haar inspanningsgebonden borstpijn is zeer waarschijnlijk een uiting van verhoogde einddiastolische druk in het linkerventrikel en een afgenomen vulling van de linkerkamer. Ook kan de LVOT-obstructie leiden tot verhoging van systolische én diastolische vullingsdrukken.

Bezoek ook de website



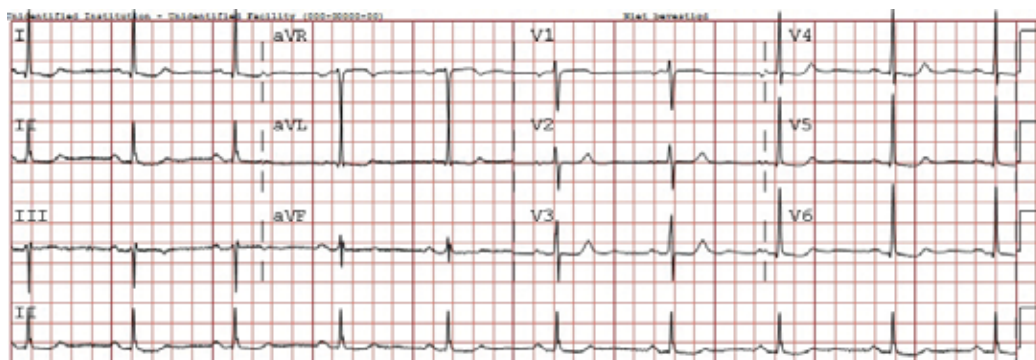
Deze rubriek is multimediaal! Ga naar: <http://www.nvhvv.nl/cordiaal-mm-20184>

Conclusie

Hypertrofische obstructieve cardiomyopathie met symptomatische (angina pectoris en dyspnoe d'effort) LVOT-obstructie

Literatuur

1. Dominguez F, Gonzalez-Lopez E, Padron-Berthe L et al. Role of echocardiography in the diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy. *Heart* 2018;104:261-273



Figuur 1. ECG

Vaten onder druk

De werkgroepen Acute Cardiale Zorg, Interventie Cardiologie en Vasculaire Zorg organiseerden op 18 september een inspirerende CNE. Het ochtendprogramma werd door alle drie de werkgroepen verzorgd en 's middags was er een parallelprogramma. De auteur doet verslag van het ochtendprogramma en de middagssessies van de werkgroepen Acute Cardiale Zorg en Interventiecadiologie.

Sacha Vogelsang-Van Lieshout

Dr. Meuwissen startte de dag met een presentatie over de acute behandeling van CVA. Dagelijks overlijden er vijftien mensen aan een CVA en bij overleving hebben de gevolgen van deze aandoening grote impact op het leven van de patiënt en diens familie. Er zijn twee vormen van CVA: 85% van alle CVA's is bloedig, de overige 15% is ischemisch. Een patiënt met een bloedig CVA is het beste af in een neurocentrum, terwijl een patiënt met een ischemisch CVA (herseninfarct) beter naar een interventiecentrum kan gaan. Helaas is het nog niet mogelijk om al in de ambulance vast te stellen welke soort CVA iemand heeft. Bij een grote groep zijn er geen zichtbare afwijkingen, maar mogelijke oorzaken zijn cardio-embolieën en een large en small vessel disease. Bij cardio-embolieën ligt het probleem bij atriumfibrilleren, endocarditis en kunstkleppen.

Zoals bij een hartinfarct de regel 'time is muscle' geldt, zo geldt ook voor het brein een 'magic hour'. Hoe sneller het vat open is, des te meer benefit. Elke minuut sterven er 2 miljoen neuronen. Vroeger werd de patiënt op de SEH eerst gezien door een arts, maar tegenwoordig gaat hij direct door de CT om vervolgens te kunnen starten met de behandeling. Die behandeling kan een rt-PA (trombolysie) zijn; er is onder andere met de SAMPRIS-studie bewezen dat medicatie beter is dan een stent. Bij een stentplaatsing in het brein bestaat er verhoogd risico op restenose en nablazen in het brein is niet mogelijk vanwege de fragiliteit van de vaatjes. Trombolysie werkt vooral goed bij kleine thrombi in de kleine bloedvaten. Grote bloedstolsels

in bijvoorbeeld de arterie carotis kunnen er niet mee worden opgelost. Een andere behandeling is thrombosuctie (Penumbra) en sinds 2012 wordt er behandeld met IAT: Intra Arteriële Thrombectomie. Sinds 2015 is het mogelijk om met de stentretrevers die gebruikt worden bij IAT volledige reperfusie te bereiken. Meerdere grote studies in 2015, waaronder de MR CLEAN trial, toonden aan dat intra-arteriële behandeling – veroorzaakt door een proximale occlusie van een intracranieële -arterie in de voorste circulatie – veilig en effectief kon worden uitgevoerd, mits binnen 6 uur na het ontstaan van de klachten. Conclusie is dat er minder invaliditeit is, er geen exclusie op basis van leeftijd of ernst CVA bestaat en er een betere overleving en minder complicaties zijn. Er vinden jaarlijks ongeveer 1700 interventies plaats in de grote vaten. Toch is deze zorg nog sterk in ontwikkeling; er zijn nog geen studies geweest over de behandeling bij de achterste circulatie, over de noodzaak van verfijning of over een snellere diagnostiek.

Hypertensieve crisis

Dr. Nijkeuter vertelde dat er in 2015 wereldwijd 1,13 miljard mensen met hypertensie waren. Naar de opvang van mensen met een hypertensieve crisis is nauwelijks studie verricht. De ervaring leert dat mensen die bekend zijn met hypertensie meestal geen hypertensieve crisis krijgen, hoewel dit niet evidence based is. Het is van belang om hypertensie te behandelen, ook al heeft de persoon geen klachten. De gevolgen van hypertensie zijn onder andere structurele verandering in de vaten, vaatverkalking,



Afbeelding 1.

hart- of herseninfarct, nierschade en LVH. Een hypertensieve crisis kan zich op de volgende manieren uiten: acute orgaanschade; visusstoornissen, hoofdpijn, braken (verhoogde intracranieële druk); dyspnoe, POB (hartfalen, ischemie, dissectie); veranderd bewustzijn, delier, uitvalsverschijnselen (CVA). Oorzaken zijn onder andere therapieontrouw, NSAID, coke/XTC, orale anticonceptiva. Bij lichamelijk onderzoek hoort het links/rechts tensie meten en regelmatig meten. Daarnaast dienen cardiale en abdominale vaatgeruizen uitgesloten te worden en moet er controle zijn op perifere pulsaties en oedemen. Aanvullend onderzoek bestaat uit ECG, X-thorax en natuurlijk lab. Een fundoscopie (oogarts druppelt ogen om te zien of er bloedinkjes of schade zijn) bepaalt het onderscheid tussen een hypertensief noodgeval of hypertensieve urgentie. Afhankelijk van de klachten kan de neuroloog of cardioloog worden geconsulteerd. Een hypertensieve urgentie betekent wel een hoge bloeddruk, maar geen symptomen en kan worden behandeld met orale medicatie, zoals nifedipine oros. Observatie van bloeddrukdaling is nodig. Daarentegen dient

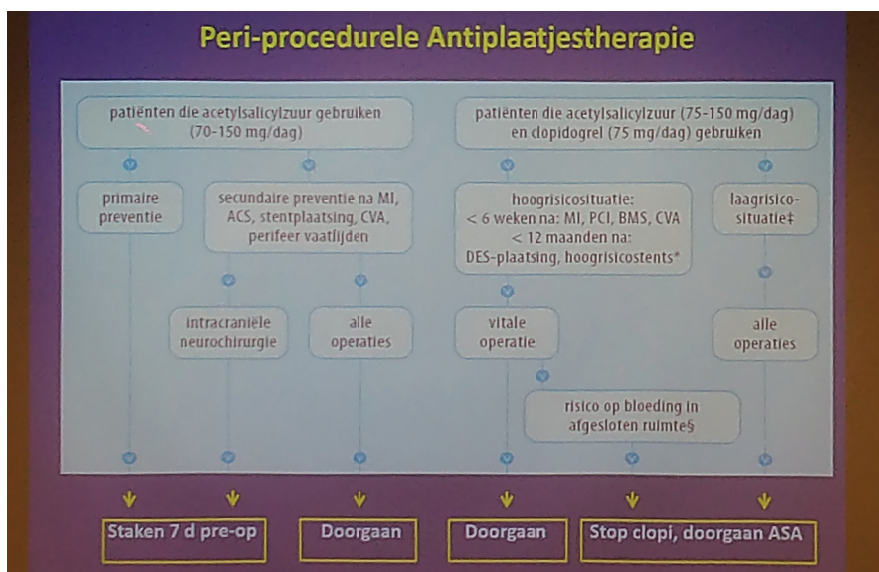
bij een hypertensieve noodzaak binnen 1 uur behandeld te worden met intraveneuze medicatie, afhankelijk van de oorzaak. Opname op een MC is noodzakelijk. Afhankelijk van de orgaanschade en de oorzaak hiervan wordt de behandeling gestart; meest gebruikte middelen zijn nicardipine en labetalol. Cardiaal wordt vaker NTG gebruikt, terwijl bij HELLP labetalol of nitroglycerine de voorkeur heeft.

Antistolling/stollingscascade in acute situaties

Professor Verheugt sprak over antistolling en waar de medicatie precies op werkt. In afbeelding 1 ziet u een foto van het stollingsapparaat en op welke factoren de verschillende middelen werken; 30% van de mensen overlijdt bij acute trombose (VF bij infarct of groot CVA). Een mogelijke oorzaak van trombose is hypertensie. Er zijn twee soorten antithrombotica: *Anti-plaatjestherapie* en *Anticoagulantia*. Bij de eerste soort wordt aspirine als plaatjesremmer gebruikt. In 2002 werd bij een meta-analyse aangetoond dat aspirine zeer effectief is bij hartinfarct, stroke en andere hoog risico ziektebeelden. Aspirine is gekozen als hét geneesmiddel van de 20^{ste} eeuw vanwege de combinatie van lage kosten, ontstekingsremmend, plaatjesremmer en pijnstiller. In afbeelding 2 ziet u een stroomdiagram over de beslissingsprocedure van het al dan niet stoppen met de plaatjesremming Pre-OK. Onder de Anticoagulantia vallen onder andere sintrom, LMHW, heparine en NOAC. Zij werken vooral in op factor Xa, en sommigen moeten eerst inwerken voordat het effect heeft (sintrom). NOAC werkt direct en is binnen 1 dag weer uitgewerkt. Het wordt vooral voor chronische ontstolling gebruikt; een goede nierfunctie is nodig, omdat het door de nieren wordt afgebroken.

FFR en iFR

Dr. Piers ging in op de FFR en iFR, drukmetingen die plaatsvinden tijdens een hartkatheterisatie en iets zeggen over de bloedstroom. Er zijn verschillende studies gedaan bij patiënten met stabiele AP om te achterhalen wat de beste behandeling is, medicatie of PCI. De resultaten waren hierin gelijk. Wanneer een patiënt op



Afbeelding 2.

de SPECT-scan wel ischemie liet zien, dan was PCI wel geïndiceerd. Door middel van een interactieve quiz werd duidelijk gemaakt dat het met het blote oog niet is vast te stellen of een stenose significant is of niet. Een goede flow in de coronairen is gelijk aan of hoger dan 0.80. Hoewel de FFR en iFR van elkaar verschillen, zijn beide methodes betrouwbaar voor het nemen van een besluit of een PCI nodig is. FFR meet tijdens de gehele hartcyclus en er wordt altijd gebruik gemaakt van adenosine; iFR wordt gemeten tijdens de diastole, zonder gebruik van adenosine. Uit de RESOLVE-studie blijkt dat de metingen van FFR en iFR voor 80 tot 90% met elkaar overeenkomen, terwijl 1 tot 20% een andere waarde geeft, waarbij waarschijnlijk de microvasculatie een rol speelt.

Complicaties rondom TAVI

Mw. De Ronde vertelde dat een TAVI (Trans Aortic Valve Implantation) voorkomt bij mensen met een hoge leeftijd en comorbiditeit, waardoor ze niet meer in aanmerking komen voor AKV. Sinds 2002 worden er wereldwijd 450.000 TAVI's uitgevoerd. Oorzaken van een AOS zijn aangeboren, acute reuma en klepdegeneratie. Voordelen van deze behandeling zijn geen algehele anesthesie waardoor sneller herstel, geen thoracotomie en korter gebruik van antiplateetmiddelen. Toch kent deze procedure ook complicaties. Direct herkenbare klinische

complicaties zijn overlijden (binnen 30 dagen), beroerte, levensbedreigende bloeding, vasculaire bloeding en hartinfarct. Wel is het aantal van deze complicaties afgenomen door meer ervaring met en inzicht in de procedure en door betere materialen. Zo is het sterftecijfer gedaald van 5 tot 9% naar 2,4 tot 3,3%. Naast de direct herkenbare complicaties zijn er ook technische complicaties zonder een direct klinisch effect, zoals geleidingsstoornissen, klepinsufficiëntie en nierinsufficiëntie. De geleidingsstoornissen zijn soms permanent en dan heeft de patiënt een pacemaker nodig. Klepinsufficiëntie ontstaat als de klepprothese niet volledig de annulus dekt van de natieve aortaklep. Met de nieuwe generatie kleppen komt deze complicatie steeds minder voor. De komende jaren zal het aantal TAVI's verder stijgen, mede door de vergrijzing en de uitbreiding van de indicatie. Vermindering van het sterftecijfer van TAVI vereist een multidisciplinaire aanpak door besluitvorming in een effectief hartklepteam, juiste patiëntselectie, zorgvuldige planning en juiste keuze van materialen, kennis van het team en juiste nazorg.

Het was een prima georganiseerde dag met een mooie combinatie van opdoen van nieuwe kennis en opfrissen van bestaande kennis. De volgende CNE vindt plaats op 22 januari 2019.

U kunt alle presentaties van deze dag terugvinden op: <http://www.nvhvv.nl/scholing/presentaties>



Word jij onze nieuwe (vice)voorzitter?

De Nederlandse Vereniging voor Hart- en Vaat Verpleegkundigen (NVHVV) is een groeiende beroepsvereniging voor verpleegkundigen en diegenen die beroepsmatig betrokken zijn bij de cardiovasculaire zorg. Onze missie: "Iedere cardiovasculair verpleegkundige competent". De vereniging heeft hiervoor de volgende kernactiviteiten: het jaarlijkse congres CarVasZ, de CNE's (scholingen) en het vakblad Cordiaal. Wij zijn op zoek naar een nieuwe (vice)voorzitter. Ben jij een inspirerend, richting aangevend persoon en op zoek naar een nieuwe uitdaging solliciteer dan op deze uitdagende functie.

Algemeen

De vicevoorzitter maakt deel uit van het dagelijks bestuur. Na 1 jaar vicevoorzitterschap, wordt de vicevoorzitter tijdens de AIV voorgedragen als beoogd voorzitter. Het voorzitterschap heeft een duur van twee jaar. Daarna volgt nog een periode van past chair. Een commissie van benoembaarheid maakt deel uit van de selectieprocedure. Je ontvangt jaarlijks een vergoeding in de vorm van vacatiegeld en een reiskostenvergoeding. De tijdsinvestering wisselt, maar bedraagt als vicevoorzitter circa 3 uur per week en als voorzitter circa 6 uur per week.

Functie-eisen

- affiniteit met de doelstelling, missie en visie van de NVHVV; hbo werk- en denkniveau; proactief, gericht op samenwerken en inspirerend.

Taken vicevoorzitter/past chair

- vervanging van de voorzitter;
- de vicevoorzitter maakt deel uit van het Dagelijks Bestuur en is aanwezig bij de overlegvormen van het Dagelijks Bestuur;
- de vicevoorzitter is aanwezig bij de bestuursvergaderingen en de ALV.

Taken voorzitter

Algemene leiding vereniging en zorgdragen voor goede taakverdeling

- externe vertegenwoordiging van de vereniging (woordvoerder);
- bijwonen van de vergaderingen en uitkomen namens de vereniging naar externe partijen;
- vereniging en dagelijks bestuur leiden;
- visiebepaling met bestuursleden, advisering en stimulering van activiteiten.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de leden van het Dagelijks Bestuur, te weten

- Patricia Ninaber, voorzitter voorzitter@nvhvv.nl
- Marja Nierop, penningmeester penningmeester@nvhvv.nl

Wil je solliciteren op deze uitdagende functie, mail dan je sollicitatiebrief naar secretariaat@nvhvv.nl.



Vacature (duo)voorzitterschap Werkgroep Congressen

Wij zoeken jou!

Ben jij betrokken bij de patiënt met cardiovasculaire aandoeningen, heb je affiniteit met het organiseren en coördineren van evenementen, dan kan voorzitterschap binnen de werkgroep Congressen van de Nederlandse Vereniging voor Hart- en Vaat Verpleegkundigen (NVHVV) wellicht een nieuwe uitdaging voor je zijn.

De NVHVV heeft verschillende werkgroepen, waaronder de Werkgroep Congressen. Als voorzitter van de werkgroep maak je samen met de voorzitters van de andere werkgroepen deel uit van het bestuur van de NVHVV.

De Werkgroep Congressen bestaat momenteel uit vijftien leden waaronder afgevaardigden vanuit alle werkgroepen van de NVHVV en twee (duo) voorzitters. Binnenkort is één van de voorzittersfuncties vacant. De werkgroep organiseert het jaarlijkse congres CarVasZ. Als voorzitter stel je samen met de werkgroep het programma samen. Hierbij is het de taak van de

voorzitters om de samenstelling van het programma te structureren en af te stemmen op het gekozen thema.

Wij bieden jou op deze manier de mogelijkheid om je netwerk uit te breiden, betrokken te zijn bij de nieuwe ontwikkelingen in de cardiovasculaire zorg en ervaring op te bouwen in een bestuurlijke functie bij een middelgrote zelfstandige beroepsvereniging.

Je bent stressbestendig en proactief, je kunt gemakkelijk schakelen tussen verschillende taken, vaardig, flexibel en hebt een goed organisatievermogen. Een verpleegkundige achtergrond is wenselijk, maar niet noodzakelijk. De tijdsinvestering wisselt, maar is circa 12-15 uur per maand.

Je ontvangt jaarlijks een vergoeding in de vorm van vacatiegeld en een sluitende reiskostenvergoeding.

Heb je interesse of wil je meer informatie neem dan contact op met Gerlinde Mulder g.m.mulder@lumc.nl of via secretariaat@nvhvv.nl



Uit het hart

Patricia Vlasman (46), schrijfster van 'Openhartig, mijn leven met een haperend hart', heeft een hypertrofische cardiomyopathie en diastolisch hartfalen. Na vier ablaties, een HIS-ablatie en CRT-D ICD, staat ze sinds 24 maart 2017 op de wachtlijst voor een donorhart. In haar blogs voor Cordiaal beschrijft ze wat de verpleegkundige voor haar als chronisch hartpatiënt betekent.

Patricia Vlasman

E-mail: patriciavlasman@upcmail.nl

Sleutelbos verloren

Er was een leven voordat ik ziek werd. Vanaf mijn negentiende jaar werkte ik bij het ministerie van Justitie. Eerst als bijbaantje naast mijn studie, maar al snel werkte ik fulltime en ging ik 's avonds naar de universiteit. Bij het Arrondissementsparket had ik een (te) gekke baan. Fred Teeven was als hoofd van de zware criminaliteitsunit mijn leidinggevende en ik heb mogen werken aan de meest spraakmakende rechtszaken. Wat ik las in de dossiers, zag ik in het echt tijdens de verhoren bij de Rechter-Commissaris, het staat allemaal op mijn netvlies gedrukt. Na Justitie heb ik nog een tijdje gewerkt als jeugdreclasserder en uiteindelijk streek ik neer bij de korpsleiding van de Utrechtse Politie. Ik was verslaafd aan mijn werk. Ik genoot ervan om met gillende sirenes over de grachten te racen en stond graag op de schietbaan. Een leven achter tralies, alleen ik had de sleutels op zak.

De boeven zijn verdwenen. Er zijn andere uniformen om mij heen gekomen. Het pistool is vervangen door de stethoscoop waarmee de cardioloog aandachtig luistert of hij een derde harttoon hoort. Soms, in de wachtruimte van de polikliniek op C2, sluit ik mijn ogen en probeer ik tussen het gebonk en de overslagingen van mijn hart door, herinneringen op te halen. Dan zie ik mezelf als jonge ambitieuze vrouw aan tafel zitten met districtchefs om het te hebben over nieuw vuurwapenbeleid of mensenhandel. Maar als ik mijn naam hoor roepen en de ICD/pacemaker-technicus in zijn blauwe pak met daarover een witte jas bij de schuifdeur zie staan, ben ik terug op aarde en besef ik in één klap weer wie ik ben: een patiënt. Een patiënt die de verpleegkundige kent als mevrouw Vlasman, geboren op 10-02-1971. De mevrouw met een verdikte hartspier en fors gedilateerde linkerventrikel. De mevrouw die ontzettend symptoma-tisch is bij boezemstoornissen. De mevrouw die soms wel zes weken wegblijft, maar andere perioden praktisch dagelijks aan de balie staat of op de SEH ligt. Mevrouw Vlasman. Wie kent haar niet?

Ik ben mezelf kwijt. Mijn identiteit ben ik verloren. Cynisch gezegd zou ik er aangifte van willen doen. Ik zoek naar de overblijfselen van wie ik ooit was, maar kan niets terugvinden. In de ogen van de artsen en de verpleegkundigen zie ik een vrouw die continu beluisterd en beplakt wordt. Iemand aan gekleurde draden. Er is me, realiseer ik me, ook nooit gevraagd wie ik vroeger was. Jammer, want kennelijk bestaat die behoefte bij mij wel. Met moeite slik ik dan ook een brij van woorden in als ik op het ziekenhuisbed lig om weer overpaced te worden. Ik had eigenlijk willen zeggen: "Weet je Vincent, ooit hè, heel lang geleden, zat ik tegenover een man die zichzelf met benzine overgoten had. Hij knipte zijn Zippo aansteker aan en eiste dat de dagvaarding tegen hem ingetrokken werd. Ik was acht-entwintig jaar Vincent. Kun je het je voorstellen? Maar ik sprak met hem, die ernstig verwarde man die kort daarvoor uit de TBS kliniek ontslagen was. Ik kon dat, op die leeftijd. Ik was er niet alleen op getraind, maar ik was er ook heel bedreven en goed in. Praten met mensen, onderhandelen. Ik was de eerste mediator binnen het strafrecht, wist je dat Vincent?"

Terwijl deze herinneringen tegen mijn oogkassen slaan, staat Vincent uiterst geconcentreerd over de monitor gebogen met een geodriehoek in zijn hand. Hij meet intervallen, berekent wanneer hij een *burst* moet afgeven. Mijn blik verplaatst zich naar de grond. Soms huil ik. De verpleegkundigen denken dat ik huil omdat ik bang ben of pijn heb, maar ze realiseren zich niet dat ik alleen maar ween om wat ik verloren heb, de sleutelbos van het slot in de tralies. 

Vijftig plekken in het DNA van invloed op hartziekten



Jessica van Setten

knoop) tussen boezems en kamers aan. "Afwijkingen in de PQ-tijd zijn een risicofactor voor bijvoorbeeld boezemfibrilleren", zegt onderzoeker Jessica van Setten. Boezemfibrilleren is wereldwijd de meest voorkomende hartritmestoornis, waarbij de elektrische prikkelvorming en geleiding in de boezems van het hart zijn verstoord.

Het doel van dit internationale onderzoek was om varianten in het DNA te vinden die van invloed zijn op de PQ-tijd. "We hebben hiervoor de data van 35 onderzoeksgroepen uit Europa en de Verenigde Staten gekregen", licht Van Setten toe "en bijna drie miljoen genetische varianten getest in ruim 105 duizend gezonde personen." De stukjes DNA bleken relatief vaak genen te bevatten die hartziekten veroorzaken. "We zagen ook genen die van invloed zijn op bepaalde belangrijke processen in de cel. Zo vonden we relatief veel genen die zorgen voor een betere hechting en overdracht van het elektrische signaal in het hart", legt Van Setten uit. "De resultaten van dit onderzoek helpen ons om het biologische proces dat aan de PQ-tijd en de gerelateerde hartziekten ten grondslag ligt, beter te begrijpen."

Volgens de onderzoekers kan met dit onderzoek nieuwe medicatie ontwikkeld worden, die ook beter kan worden afgesteld op basis van bepaalde genetische eigenschappen. De resultaten van dit onderzoek zijn niet alleen nuttig voor patiënten met boezemfibrilleren, maar ook voor patiënten met geleidingsstoornissen. Ook voor hen kan de medicatie op langere termijn beter worden afgestemd.

Margje Brummel-Vermeulen, UMC

Carrièrecafé Hartcentrum Isala

De schaarste op de arbeidsmarkt betekent ook een tekort aan specialistische verpleegkundigen en andere specialistische functies, bijvoorbeeld hartfunctielaboranten en hartcatheterisatielaboranten. Binnen Isala Hartcentrum bleek er in toenemende mate weinig tot geen respons op de vacatures te komen. Daarom is het werving- en selectiebeleid over een andere boeg gegooid om geïnteresseerde (toekomstige) collega's enthousiast te maken, het liefst nog voordat de vacature is uitgebracht. Zo zijn vacatureteksten aangepast, er zijn wervingsvideo's gemaakt en er is een Carrièrecafé georganiseerd.

Het doel van het Carrièrecafé is om toekomstige geïnteresseerde collega's op een laagdrempelige manier kennis te laten maken met de verschillende functies binnen het Hartcentrum en hen te informeren over de baan- en opleidingsmogelijkheden. Er is ruimte om vragen te stellen aan diverse medewerkers van het Hartcentrum en geïnteresseerden kunnen een rondleiding volgen op een eventuele toekomstige werkplek. De sfeer en de cultuur worden zo opgesnoven. Het Carrièrecafé richt zich zowel op de gediplomeerde collega's als op collega's die hun opleiding nog aan het afronden zijn.

In mei 2017 is gestart met het eerste Carrièrecafé, dat vooral gericht was op verpleegkundigen. In het najaar volgde een tweede Carrièrecafé, gericht op specialistische functies binnen het Hartcentrum. En in april 2018 is de derde bijeenkomst geweest die in het teken stond van alle functies binnen de ketenzorg van het Hartcentrum. Deze bijeenkomsten hebben resultaten opgeleverd. Binnen de I-Flex (ons interne uitzendbureau) zijn er verschillende collega's aangenomen, die binnen het Hartcentrum worden ingezet. Daarnaast hebben toekomstige collega's op de verschillende afdelingen een dag meegelopen en/of gesolliciteerd op een van de vacatures binnen het Hartcentrum. Daarnaast hopen we de komende jaren de vruchten te plukken van de mbo-V en hbo-V verpleegkundigen die de Carrièrecafés hebben bezocht. Het Carrièrecafé is een mooie manier om je als centrum en beroepsgroep te profileren aan potentiële nieuwe collega's.

Esther Weppner, Verpleegkundig Specialist, Hartcentrum Isala
E-mail: e.s.weppner@isala.nl

De nieuwe beroepsprofielen

Nog te weinig verpleegkundigen en verzorgenden zijn op de hoogte van de nieuwe beroepsprofielen. NU'91 vindt het belangrijk om collega's te informeren en te ondersteunen bij ontwikkelingen. Daarom hebben wij een infographic gemaakt met basisinformatie over de nieuwe beroepsprofielen. Deze infographic is niet volledig, maar bedoeld als 'korte praatplaat'. Wellicht is er een manier om de infographic binnen je

organisatie onder de aandacht te brengen, bijvoorbeeld via intranet, infobulletin of prikboard. Daarnaast kan je met het document het gesprek starten met je collega's binnen het team, de V(V)AR of de OR. Want weet jij hoe jouw organisatie vorm geeft aan de nieuwe beroepsprofielen? En wat betekent dit voor jou en je collega's? Als je meer wilt weten, lees dan het volledige rapport op <https://www.nu91.nl>

DE NIEUWE BEROEPSPROFIELEN

WERKT VOOR DE ZORG
WWW.NU91.NL



WAT?

Een beroepsprofiel beschrijft de kern van een beroep onafhankelijk van de sector waar je werkt. Nog niet eerder werd er in de praktijk onderscheid gemaakt tussen MBO- en HBO-opgeleide verpleegkundigen. De nieuwe beroepsprofielen geven een basis voor dat onderscheid.

WAAROM?

Er is veel veranderd in de zorg. Mensen leven langer en hebben vaker meerdere aandoeningen. Daarnaast wordt er meer gebruik gemaakt van technologie. De zorg is complexer geworden en er wordt anders naar gezondheid gekeken. De focus verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Deze veranderingen hebben een plek gekregen in de nieuwe beroepsprofielen.

REGIEVERPLEEGKUNDIGE

- Klinisch redeneren en integreren van EBP kennis
- Indiceren en registreren van overstijgend zorgproces
- Innovatie en praktijkonderzoek
- Voor aantal voorbehouden handelingen zelfstandig bevoegd



VERPLEEGKUNDIGE

- Registreren zorgproces
- Preventie en kwaliteitszorg
- Voorbehouden handelingen in opdracht van bevoegde

VERZORGENDE IG

- Verzorging en ondersteuning bij zelfmanagement en algemene dagelijks levensverrichtingen
- Voorbehouden handelingen in opdracht van bevoegde

WIE?

Het ministerie van VWS heeft een regiegroep samengesteld welke bestaat uit vertegenwoordigers van NU'91, V&VN, Bracheorganisaties Zorg, FNV, LOOV, MBO-raad en de Chief Nursing Officer. Samen houden zij de regie op de vervolgstappen aan de hand van zes thema's:

- overgangsregeling voor de zittende verpleegkundigen
- arbeidsmarktonderzoek naar functiemix
- vertalen van beroepsprofielen naar functieprofielen en HR-beleid
- vertalen van beroepsprofielen naar opleidingsprofielen
- uitwerken van voorbehouden handelingen voor verzorgenden
- uitwerken van zelfstandige bevoegdheid voor regieverpleegkundigen

EN NU?

Stuur deze infographic vooral door naar je collega's, zodat zij ook geïnformeerd zijn. Wil je meer lezen? Lees dan het [rapport](#). Heb je vragen of wil je van gedachten wisselen? Neem contact op met de NU'91 vakbondsconsulent in je organisatie of met NU'91.

COLOFON

NU'91 Dieke Felixsdal, beleidsmedewerker
In co-creatie met leden NU'91: Agnes Offenberg (verpleegkundig specialist ziekenhuis)
Karin Rozeveld (wijkverpleegkundige thuiszorg), Jolieke Kuulkers (verpleegkundige geestelijke gezondheidszorg), Barbara Koudijs (verzorgende IG verpleeghuis)

WANNEER?

- 2012 Eerste advies over nieuwe beroepsprofielen overhandigd. De minister vraagt om onderscheid tussen de beroepen.
- 2016 Adviesrapport 'toekomstbestendige beroepen' volgt met het gevraagde onderscheid tussen de beroepen.
- 2017 Ministerie van VWS publiceert het wetsvoorstel BIG II dat het onderscheid in beroepen in de wet moet vastleggen.
- 2018 Via internetconsultatie kwamen 2600 reacties van verpleegkundigen en verzorgenden op het wetsvoorstel. Onafhankelijk onderzoeksrapport komt uit over de overgangsregeling voor huidige verpleegkundigen die willen registreren als regieverpleegkundige.
- NU Een definitief wetsvoorstel BIG II zal opgesteld worden en dan naar de Tweede kamer, Eerste kamer en de Raad van State gaan. Zorgorganisaties experimenteren met de nieuwe profielen.
- 2020 Nieuwe Wet BIG II is in werking. Registratie in BIG register als verpleegkundige of regieverpleegkundige.

Berichten van het NVHVV-bestuur

Patricia Ninaber, voorzitter NVHVV

E-mail: voorzitter@nvhvv.nl



Tijdens de lange, warme zomer hebben de leden van de verschillende werkgroepen niet stil gezeten. Zo zijn leden van de Werkgroep Hartfalen afgelopen 5 september naar Brussel afgereisd om de lancering van “het handboek multidisciplinaire en geïntegreerde hartfalenzorg” in het Europese parlement bij te wonen. Het handboek is een initiatief van het Europese Heart Failure Policy Network’ (<http://www.hfpolicynetwork.eu>).

In het handboek komen meerdere onderwerpen aan de orde, zoals de noodzaak om hartfalenzorg in Europese landen te verbeteren. Ook is er aandacht voor ‘best practices’ uit diverse Europese landen. De bijeenkomst in Brussel werd geopend door Europarlementariër mevrouw Schreijer-Pierik. Het programma rond de lancering bestond onder andere uit de volgende onderwerpen: leven met hartfalen vanuit patiëntenperspectief en de noodzaak om verbetering van de hartfalenzorg op zowel de Europese als de nationale politieke agenda te krijgen. In de verschillende onderdelen kwam meerdere keren het belang van hartfalenverpleegkundigen in het multidisciplinaire team naar voren.

Promotie

Marjolein Snaterse, voorzitter van de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek, is op 12 september gepromoveerd met het proefschrift ‘Rethinking Management of Risk Factors in Secondary Prevention of Cardiovascular Disease’. Uit haar onderzoek bleek dat een jaar na ziekenhuisonslag een gecoördineerde verwijzing door

verpleegkundigen naar tenminste één leefstijlprogramma effectiever is om leefstijlrisicofactoren te verbeteren dan wanneer alleen gebruikelijke zorg wordt gegeven. Opnieuw werd bevestigd dat ongeveer de helft van de patiënten die wordt opgenomen vanwege een coronaire hartziekte na ziekenhuisopname blijft roken. Gecoördineerde (na)zorg voor patiënten na een hartinfarct, waarbij verpleegkundigen tevens de bevoegdheid hadden om de dosering van de statine aan te passen, liet een toename zien van het aantal patiënten dat de streefwaarde voor LDL cholesterol behaalde.

Elders in deze Cordiaal vindt u een artikel van haar hand over de RESPONSE-2 studie.

Beroepsprofiel

Inmiddels hebben de werkgroepen Acute Cardiale Zorg en Interventie Cardiologie de beroepscompetentieprofielen herschreven. Een beroepsprofiel beschrijft de kern van het beroep, onafhankelijk van waar je werkt. De verwachting is dat de herziene beroepscompetentieprofielen tijdens het CarVasZ-congres op 23 november worden gepresenteerd. Deze profielen vormen het uitgangspunt van de CZO-opleiding CCU en interventiemedewerker op de hartkatheterisatie.

Overgangsrecht

Binnen de verpleegkunde is het overgangsrecht momenteel een hot item. Dit geldt met name voor de mbo- en inservice-opgeleide verpleegkundigen. In opdracht van de minister voor Medische Zorg en Sport is onderzocht welke aanvullende opleidingen voor mbo- en inservice-opgeleide verpleegkundigen qua niveau en inhoud gelijkwaardig zijn aan het hbo-opleidingsprofiel. Daarmee zouden deze verpleegkundigen mogelijk wel toegang krijgen tot het register van gereguleerde verpleegkundigen. In het onderzoek zijn 137 aanvullende opleidingen in kaart gebracht, waaronder ook de CCU-opleiding. De conclusie van dit onderzoek luidt dat het zeer lastig is

om het niveau en inhoud van de verschillende vervolgoopleidingen vast te stellen. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek heeft de minister een onafhankelijke commissie ingesteld met deskundigen, die de verpleegkundige vervolgoopleidingen wel kan beoordelen op gelijkwaardigheid aan het hbo-verpleegkundig beroepsprofiel. Deze commissie brengt eind november een advies uit aan de minister over welke opleidingen wel/niet in aanmerking komen voor het overgangsrecht. Op de sites van de Rijksoverheid (www.rijksoverheid.nl) en van NU’91 (www.nu91-leden.nl) is hierover meer informatie te vinden.

CarVasZ 2018

De inschrijving voor het CarVasZ-congres is geopend. Veel leden hebben zich al aangemeld voor dit unieke en interessante congres, dat dit jaar als titel heeft ‘Hart/d werken!’. Heeft u zich nog niet aangemeld? Dan kunt u nog terecht op <http://www.nvhvv.nl/congressen>.

Graag tot ziens op het congres van de cardiovasculaire zorg op 23 november te Ede!

P.S. Lees ook het interview met Erwin Kompanje in deze Cordiaal. Hij verzorgt de keynote speech ‘Van entrecote tot hartinfarct’ op het CarVasZ-congres.



15 oktober en meer data *

Basisopleiding kwaliteitsmanagement

Ogive

www.ogive.nl

1 en 2 november *

NVVC/NVT Najaarscongres 2018

NVVC en NVT

www.nvvc.nl

5 november en meer data *

Gebaren in de gezondheidszorg

Petra Bouterse

www.petrabouterse.nl

16 november *

Cathlabdag 2018

Abbott Vascular

www.abbottvascular.com

20 november *

Advanced OCT

Abbott Vascular

www.abbottvascular.com

23 november *

CarVasZ 2018

NVHV

www.nvhv.nl

2019

31 januari, 1 en 2 februari *

The 6th "Utrecht Sessions" for Congenital Heart Disease. Tetralogie van Fallot

UMC Utrecht, afd. Kinderlongziekten

E-Learning

e-Xpert VMS: Sepsis *

ExpertCollege

www.expertcollege.com

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

Save the date!

Programma 2019

22 januari

CNE werkgroepen Interventiecardiologie en Hartfalen
Hartfalen: "Van begin tot eind"

Verdieping omtrent hartfalen, herkennen en diagnostiek in de 1ste lijn, behandeling in de 2de en 3de lijn (TAVI/LVAD), kwaliteit van leven o.a. in de thuiszorg. Met behulp van casuïstiek."

12 maart

CNE werkgroep Vasculaire Zorg
"Hypertensie & Therapietrouw"

9 april

CNE werkgroepen
Thoraxchirurgie en Congenitale Cardiologie
"Het hart in handen van klein tot groot"
Workshop Ontleed zelf het hart!

16 april

CNE werkgroepen Acute Cardiale Zorg en
ICD-begeleiding & Elektrofysiologie
"Als de alarmbellen rinkelen"

17 september

CNE werkgroepen Hartrevalidatie, Atriumfibrilleren en
Vasculaire Zorg
Titel volgt

Alle CNE's vinden bij Vergadercentrum Domstad in Utrecht plaats.
Voor meer informatie zie onze website: www.nvhv.nl/scholing.



CarVasZ

Hét congres voor de Cardio Vasculaire Zorg

Vrijdag 23 november 2018
ReeHorst, Ede



 **#carvaszn**

www.carvasz.nl