

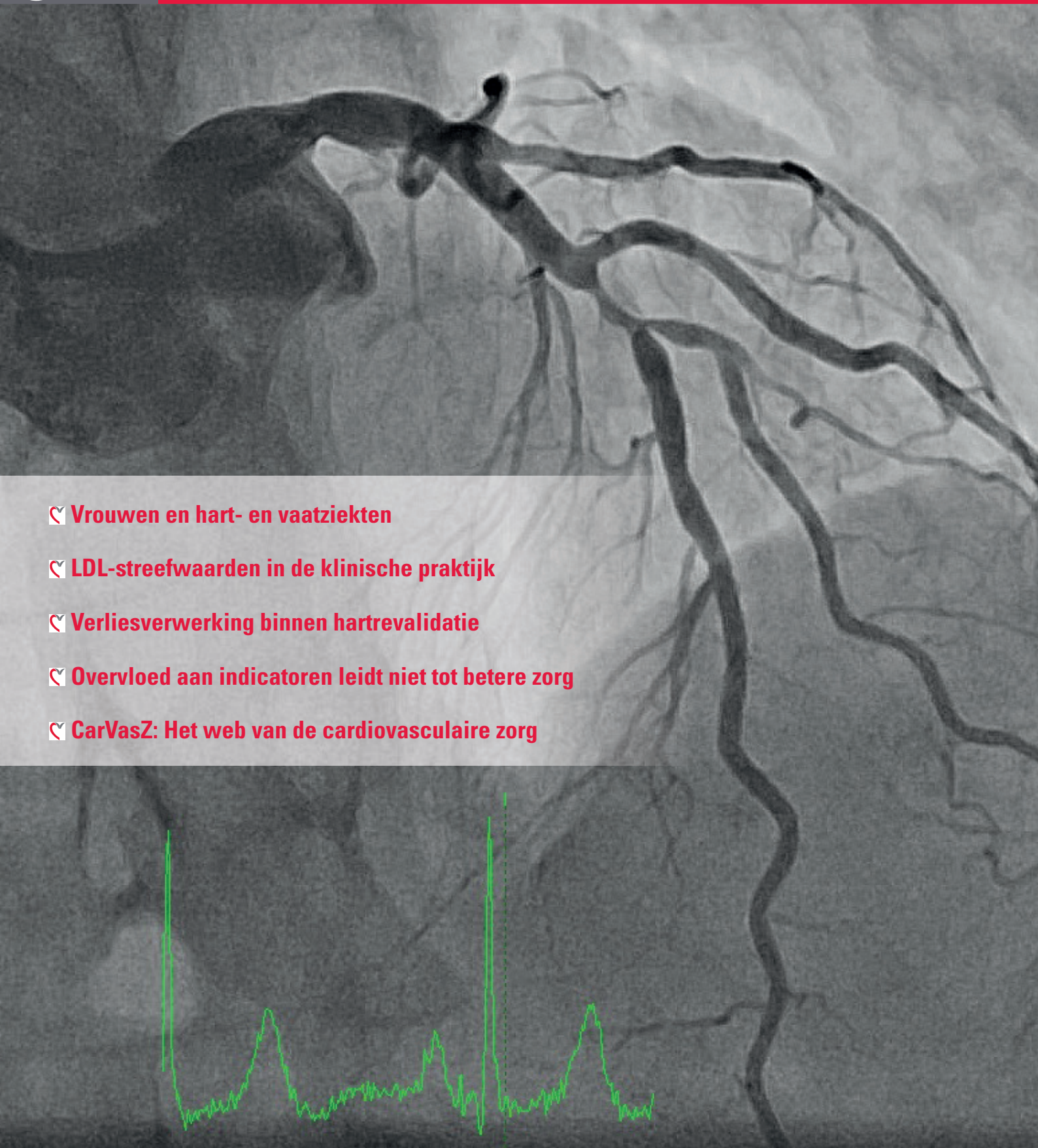


CORDIAAL

3

JAARGANG 37
JULI 2016

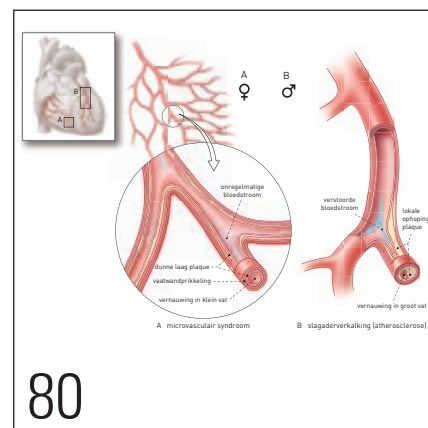
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HART EN VAAT VERPLEEGKUNDIGEN



- ♥ Vrouwen en hart- en vaatziekten
- ♥ LDL-streefwaarden in de klinische praktijk
- ♥ Verliesverwerking binnen hartrevalidatie
- ♥ Overvloed aan indicatoren leidt niet tot betere zorg
- ♥ CarVasZ: Het web van de cardiovasculaire zorg

INHOUD

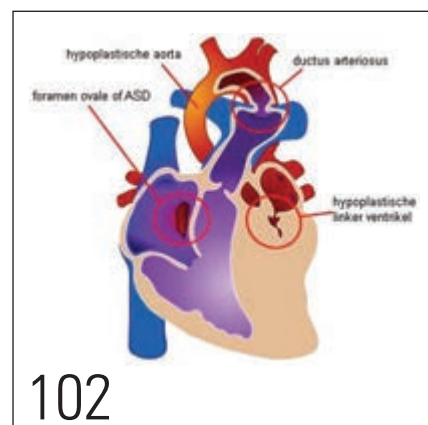
- 79 **Het menselijk hart**
Margje Brummel-Vermeulen
- 80 **Gangbare diagnostiek niet toereikend voor vrouwen met een ACS**
Anneke Compagne-de Jong
- 86 **LDL-streefwaarden matig behaald in de klinische praktijk**
Willianne van der Poel, Madelon Minneboo, H.T. Jørstad, R.J.G. Peters
- 90 **Uit het hart: Verslaafd aan weer een succesverhaal**
Dayenne Zwaagman
- 91 **Vraag: Een 78-jarige man met aanvallen van duizeligheid en hartjagen**
Cyril Camaro
- 93 **CarVasZ 2016: Het web van de cardiovasculaire zorg**
Gerlinde Mulder
- 94 **Programmaschema CarVasZ 2016**
- 96 **Verliesverwerking, een ondergeschoven kind binnen de hartrevalidatie**
Janine Doornenbal
- 100 **Zand in de kwaliteitsmachine**
Anne Marie Weggelaar, Hester van de Bovenkamp, Roland Bal
- 102 **Aangeboren hartafwijkingen: Hypoplastisch linkerhartsyndroom**
Elsmere Visser-Solognier
- 105 **Antwoord: Een 78-jarige man met aanvallen van duizeligheid en hartjagen**
Cyril Camaro
- 106 **Congresverslag Heart Failure**
Ron Bakker
- 108 **Verenigingsnieuws en Agenda**



80



93



102



106

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

Een onafhankelijke redactie bepaalt welke artikelen in aanmerking komen voor publicatie. Gepubliceerde artikelen vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs de mening van de redactie. De verantwoordelijkheid voor de inhoud blijft bij de auteur.

Redactie

Marleen Goedendorp-Sluijmer,
Erasmus MC Rotterdam
(hoofdredacteur)

Aletta van der Veen,
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
Jacomijn Edelbroek-van der Werf,
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
Marge Brummel-Vermeulen, UMC, Utrecht

Eindredactie

Maja Haanskorff, *Journalistiek - Redactie - Teksten*

Vormgeving

Cross Media Nederland

Omslagfoto

Patrick Geeve

Advertentie-exploitatie

Cross Media Nederland

Tel: 010-742 10 23

Email: zorg@crossmedianederland.com

Tariefkaart: www.cordiaal.nl

Redactieraad

Ron Bakker (VU medisch centrum, Amsterdam)
Marge Brummel-Vermeulen
(Werkgroep Interventiecardiologie)
Tonny Jongen en Caroline Wulffraad (Werkgroep
Hartfalen)

Marije de Lange

(Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek)

Johan Huybrechtse (Werkgroep Atriumfibrilleren)

Vacature (Werkgroep Congressen)

Mieke Bril (Werkgroep Thoraxchirurgie)

Jan Koppes (Werkgroep Hartrevalidatie)

Hanneke Evertse (Werkgroep Vasculaire Zorg)

Vacature (Werkgroep Acute Cardiale Zorg)

Annette 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 € 50,- 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



Het menselijk hart

Wie zich wat meer verdiept in de aanleg van onze organen en vooral in de aanleg en ontwikkeling van het hart, kan niet anders dan verwonderd zijn over dit prachtige kunstwerk. Het hart is het eerste orgaan dat zich ontwikkelt tijdens de embryonale fase. Deze ontwikkeling begint met een rechte buis die onderdeel is van het bloedvatenstelsel. Daarna kromt het bloedvat zich en ontstaan er boezems en kamers waardoor de contractiliteit toeneemt en de bloedcirculatie steeds efficiënter verloopt. De ontwikkeling van een hart met vier kamers, tussenschotten, kleppen en het geleidingssysteem is een uiterst complex iets; werkelijk top design!



Het is dan ook niet verbazingwekkend dat er kinderen geboren worden met hartafwijkingen. Er bestaan veel verschillende vormen van aangeboren afwijkingen van het hart. Kennis van de ontwikkeling van het hart is essentieel en onmisbaar om het ontstaan van hartafwijkingen te kunnen begrijpen en ze te kunnen behandelen. Binnen de interventiecardiologie is er een groeiend arsenaal aan behandeltechnieken die primair gericht zijn op de optimalisering van de kwaliteit van leven van onze patiënten. Ook patiënten met een aangeboren hartafwijking zien we meer en meer op onze hybride hartcatheterisatiekamer; niet als kind, maar als (jong) volwassene. We zijn dan ook nog lang niet uitgeleerd en uitontwikkeld op dit gebied.

Als zorgprofessional kan ik erg genieten van die continue ontwikkeling. Je staat er soms versteld van wat er tegenwoordig mogelijk is. Als het goed is, houdt dit je enthousiast over je vakgebied en prikkelt het je zodanig dat je er meer over wilt weten. Het zorgt ervoor dat je de ontwikkelingen volgt. Natuurlijk kun je niet van elk deelgebied/specialisme binnen je vakgebied van a tot z op de hoogte zijn, maar uiteindelijk is het wel belangrijk om je vakkennis goed bij te houden om die hoogstaande, kwalitatieve zorgverlening waar jij als professional voor staat ook te kunnen leveren. Binnen onze hartcatheterisatiekamer in het UMC Utrecht werken we dan ook met zogenaamde "dedicated teams". Hierin participeren interventiemedewerkers die van een bepaalde behandeling echt heel veel weten en specifiek opgeleid zijn om bij deze behandelingen te ondersteunen en assisteren.

Als zorgprofessional kan ik erg genieten van die continue ontwikkeling. Je staat er soms versteld van wat er tegenwoordig mogelijk is. Als het goed is, houdt dit je enthousiast over je vakgebied en prikkelt het je zodanig dat je er meer over wilt weten. Het zorgt ervoor dat je de ontwikkelingen volgt. Natuurlijk kun je niet van elk deelgebied/specialisme binnen je vakgebied van a tot z op de hoogte zijn, maar uiteindelijk is het wel belangrijk om je vakkennis goed bij te houden om die hoogstaande, kwalitatieve zorgverlening waar jij als professional voor staat ook te kunnen leveren. Binnen onze hartcatheterisatiekamer in het UMC Utrecht werken we dan ook met zogenaamde "dedicated teams". Hierin participeren interventiemedewerkers die van een bepaalde behandeling echt heel veel weten en specifiek opgeleid zijn om bij deze behandelingen te ondersteunen en assisteren.

Naast mooie, veelbelovende behandeltechnieken en veel succesvolle behandelingen, gebeurt het ook dagelijks dat patiënten het bericht krijgen dat er niets meer voor hen gedaan kan worden. Of dat er ten gevolge van hun ziekte of door bijvoorbeeld een doorgemaakt hartinfarct blijvende schade is, die leidt tot vermindering van de kwaliteit van leven. Hoe gaan patiënten hiermee om en wat is onze rol van zorgverlener hierbij? U kunt dit lezen in het artikel van Janine Doornenbal, die het onderwerp 'verliesverwerking' onder de aandacht brengt. Het onderwerp 'vrouwen met hart- en vaatziekten' blijft actueel; in haar artikel laat Anneke Compagne-de Jong zien dat de gangbare diagnostiek niet toereikend is voor vrouwen met een ACS. In het artikel over LDL-streefwaarden blijkt uit onderzoek in het AMC dat deze in de klinische praktijk matig worden behaald. Onder de kop 'Zand in de kwaliteitsmachine' wordt uiteengezet dat een overvloed aan indicatoren wel tot frustraties, maar niet tot betere zorg leidt.

Extra aandacht in deze Cordiaal voor CarVasZ 2016. In het middendeel vindt u het programmaschema en op de laatste pagina's leest u hoe u een abstract indient en wat u vrijdag 18 november in de Reehorst te Ede kunt verwachten.

P.S. Om de kwaliteit van Cordiaal te handhaven en zo mogelijk te verbeteren, blijft de oproep van kracht voor nieuwe, enthousiaste redactieleden. Lijkt het u wat, meld u dan aan via cordiaalredactie@gmail.com

Marge Brummel-Vermeulen

Vrouwen zijn geen mannen

Gangbare diagnostiek niet toereikend voor vrouwen met een ACS

Vrouwen zijn bang voor borstkanker, mannen voor een hartinfarct. Toch overlijden er per dag in Nederland 9 vrouwen aan borstkanker tegen 57 vrouwen en 50 mannen aan hart- en vaatziekten¹. Vrouwen zijn zich niet bewust van dit risico en herkennen de symptomen van een Acuut Coronair Syndroom (ACS) vaak niet, omdat zij een andere variant stenose kunnen hebben met andere klachten. Ook artsen stellen niet altijd de juiste diagnose omdat 'pijn of druk op de borst' niet altijd (prominent) aanwezig zijn. Gangbare diagnostische onderzoeken zijn vaak ontoereikend om de vrouwelijke variant van angina pectoris aan te tonen.²

Anneke Compagne-de Jong, Verpleegkundig Specialist Vrouwencardiologie, Hormoonspecialist

E-mail: adejongcompagne@xs4all.nl

In bestaand gezondheidsonderzoek wordt in veel gevallen vooral gebruik gemaakt van mannelijke proefdieren en mannelijke proefpersonen. Deze mannen zijn blank, van middelbare leeftijd, met een gewicht van ongeveer 70 kg, zonder andere aandoeningen. In de onderzoeken waar wel vrouwen aan meedoen, wordt er vaak geen duidelijk onderscheid gemaakt in de resultaten naar sekse van de proefpersonen. Toch worden de uitkomsten van dergelijk onderzoek blindelings vertaald naar vrouwen.

In de geneeskunde wordt het mannenlichaam al eeuwenlang gezien als het standaard lichaam voor de mens. Artsen behandelden mannen en vrouwen vrijwel gelijk. Er heerst een 'bikini-visie': alleen de organen die onder de bikini zitten, verschillen. Verder is de anatomie en fysiologie gelijk. Dit blijkt echter een mythe te zijn. Het feit dat het DNA van vrouwen en mannen voor 3,5% verschilt (tussen aap en mens is dit 1%) maakt het voor de hand liggend dat dit verschil doorwerkt in fysiologie en pathologie.³

Men explode, women erode

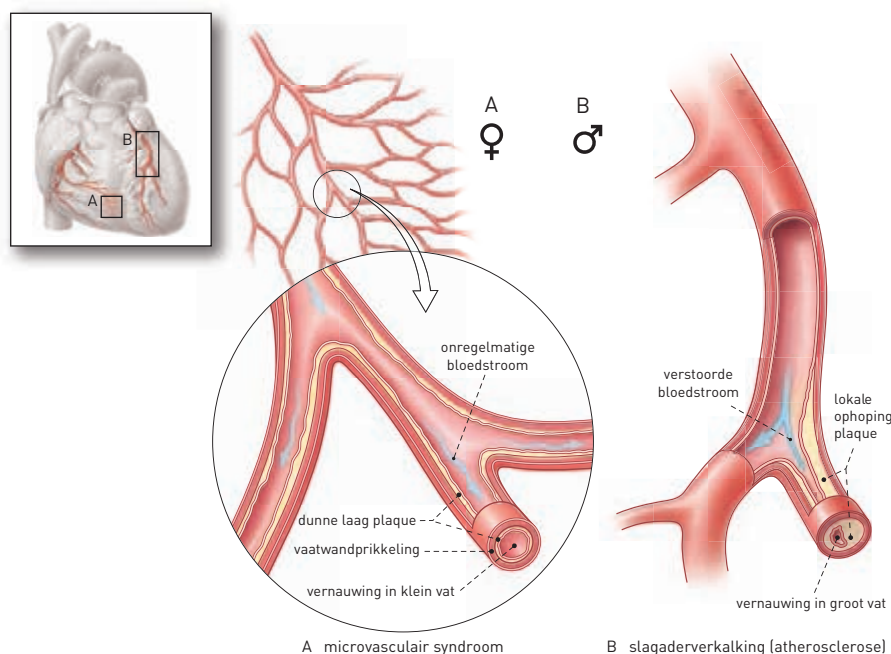
Pijn op de borst wordt meestal gezien als hét symptoom bij uitstek van een (naderend) ACS. Bij vrouwen onder de 60 jaar ligt dat vaak anders: velen voelen geen (hevige) pijn op de borst voor of tijdens een ACS. Dit kan te maken hebben met een ander type stenose. Bij vrouwen zie je vaak geen obstructie

in een van de coronairen, maar eerder een diffuse vernauwing over een deel van het bloedvat⁴ (figuur 1).

Bij obstructief vaatlijden met plaque-rupturen (de mannelijke variant of type 1 infarct) zie je veelal het klassieke patroon van drukkende pijn op de borst, uitstralend naar de linkerarm, die ontstaat bij inspanning en

overgaat in rust of met nitroglycerine (typische angina pectoris).

Bij niet obstructief vaatlijden (de vrouwelijke variant of type 2 infarct) hopen de plaques zich gelijkmatig op over de wanden van de grote arteriën en kleinere vaten (het microvasculaire vaatbed). Bij vrouwen zie je vaak plaque-erosie, waarbij zich een



Figuur 1. (tekening Rogier Trompert).

Schematische weergave van microvasculaire angina pectoris zoals die veel voorkomt bij vrouwen.

(A) : Endotheeldysfunctie in het microvasculaire vaatbed door onder andere inflammatoire factoren, oestrogeendeficiëntie en risicofactoren.

(B) : Toont het klassieke patroon van obstructieve coronairsclerose.

trombus vormt op de ononderbroken laesie. Bij premenopauzale vrouwen ziet men minder rupturen (3%) en meer plaque-erosie (50%), bij postmenopauzale vrouwen komen wel frequent plaquerupturen voor (33%), terwijl bij mannen, onafhankelijk van de leeftijd, 36,3% plaquerupturen wordt gemeten tegenover 15,9% plaque-erosies.⁵ Tevens kunnen er door dysfunctie van het epitheel, dat de vaattonus regelt, gemakkelijk spasmes optreden (figuur 2). Dat klinkt onschuldiger dan een obstructie, maar kan wel degelijk leiden tot een levensbedreigend ACS.

Meestal treden klachten juist niet op bij inspanning, maar in rust. Symptomen die hierbij horen zijn kortademigheid, extreme vermoeidheid, pijn tussen de schouderbladen, in de kaken, keel, nek, armen, de maag en bovenbuik, een bandgevoel op de borst (maar niet prominent) en misselijkheid. Deze ontstaan door een verhoogde wandspanning en structurele veranderingen in de talloze microscopisch kleine vaatjes die overal in de hartspier liggen. Diffuse stenoses geven diffuse klachten. Dit wordt atypische angina pectoris genoemd, want afwijkend van het klassieke, op mannen gebaseerde beeld. Dit man/vrouw verschil zie je in de loop van de tijd verdwijnen. Microvasculair disease komt meestal tot uiting bij vrouwen na de menopauze, wanneer de vaatverwijdende effecten van de endogene oestrogenen verdwijnen. Daarna ontwikkelt zich ook bij vrouwen obstructief vaatlijden. Bij vrouwen die vroeg in de menopauze komen, ontstaat obstructief vaatlijden eerder. Bijna 80 procent van de vrouwen met hartklachten onder de 60 jaar heeft vooral functionele coronaire afwijkingen.⁴

Involoed van oestrogenen

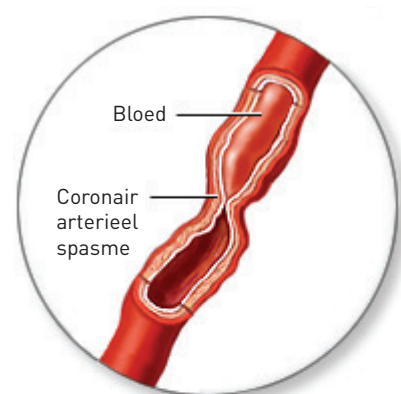
Mannen krijgen een ACS gemiddeld tussen de 45 en 55 jaar, vaak op het hoogtepunt van hun carrière. Bij vrouwen is dat gemiddeld 10-15 jaar later; een jaar of tien na de menopauze. Dit komt waarschijnlijk omdat vrouwen tot aan de menopauze worden beschermd door het gunstige effect van oestrogenen op de vaatwand van de coronairen; ze hebben een vaatverwijdende werking, verhogen het

HDL-cholesterol en reguleren inflammatiemarkers en het stollingssysteem. De menopauze is de laatste menstruatie van de vrouw, die gemiddeld op 51-jarige leeftijd plaatsvindt. De periode van tien jaar daaromheen wordt de overgang (climacterium) genoemd: de transformatieperiode van vruchtbaar naar onvruchtbaar. Na de menopauze daalt de aanmaak van oestrogenen in de ovaria. De oestrogenreceptoren in de vaatwand zijn verouderd en niet meer functioneel. Hierdoor valt de bescherming weg waardoor het risico op hartproblematiek net zo groot wordt als bij mannen. Bij vrouwen die vroeg in de menopauze komen – bijvoorbeeld door ovariaresectie of medicatie die de aanmaak van oestrogenen remmen bij mamacarcinoom en uteruscarcinoom – en bij vrouwen met een natuurlijk verlaagde oestrogenspiegel zijn de beschermende effecten van oestrogenen (zeer) sterk verlaagd en is de kans op hart- en vaatziekten dus groter.¹⁰

Vrouwen herkennen een ACS vaak niet...

Vrouwen zijn zich er niet van bewust dat hart- en vaatziekten voor hen doodsoorzaak nummer één is, terwijl dat voor mannen nummer twee is. Het gevolg is dat zij klachten niet gauw in verband zullen brengen met het hart.

Bloedstroom wordt belemmerd tijdens een arterieel spasme



Figuur 2.
Bron: Boden WE. Angina pectoris and stable ischemic heart disease.
In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman's Cecil Medicine*. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 71.

Omdat de meeste vrouwen pas na de menopauze hart- en vaatziekten ontwikkelen en vaak vage klachten ervaren, worden deze nogal eens verward met overgangsklachten. Aangezien vrouwen over het algemeen weinig kennis hebben van de overgang en de menopauze – er is nog steeds een taboe – herkennen zij de symptomen niet die daar bij kunnen horen. Er is bij vrouwen in deze leeftijdsfase veel verwarring over door hen nooit

Dezelfde symptomen, maar niet dezelfde impact

Vooral niet als deze 'vaag' zijn, zoals bij diffuse stenoses. Vrouwen herkennen in hun klachten niet het klassieke beeld van een ACS. Ze nemen als maatstaf of ze wel of geen pijn op de borst hebben. En omdat dit bij vrouwen vaak ontbreekt of niet prominent aanwezig is, schrijven ze hun klachten toe aan stress, vermoeidheid, het ouder worden, de overgang of aan andere aandoeningen. Daardoor kunnen vrouwen een ACS doormaken zonder dat ze dit zelf weten. Achteraf wordt dat soms bij toeval geconstateerd op grond van een afwijkend ECG. Dit komt bij vrouwen veel vaker voor dan bij mannen: 54% versus 33%.⁶

eerder gevoelde klachten, zoals vergetachtigheid (word ik dement?), concentratieverlies (multitasken kan niet meer), stemmingswisselingen (emotioneel uit balans), somberheid en hartkloppingen. Deze klachten kunnen heel goed passen bij de overgang. Maar wanneer ze dat niet weten, kunnen vrouwen onzeker worden. Daarbij komt dat vrouwen in deze leeftijdsfase het heel druk hebben. Ze behoren tot de zogenaamde sandwichgeneratie die haar aandacht moet verdelen tussen oude hulpafhankelijke ouders enerzijds en volwassen kinderen met hun gezinnen anderzijds. Als ze zelf ook een baan

hebben, worden er heel veel ballen in de lucht gehouden. Oververmoeidheid en stress zijn dan heel logisch en worden niet herkend als voorbodes voor een ACS.

...en artsen soms ook niet

Het blijkt dat het moeilijk is voor artsen om bij vrouwen de juiste diagnose te stellen op grond van hun klachten. Omdat deze vrouwen meestal ouder zijn dan 55-60 jaar, hebben ze niet zelden ook andere aandoeningen die het beeld vertroebelen: osteoporose, diabetes mellitus, mamma-amputatie, reuma en longaandoeningen. Artsen focussen vaak op pijn op de borst, die bij vrouwen in alle leeftijdsfasen meer voorkomt dan bij mannen, maar die bij nader onderzoek vaak niets met het hart te maken hebben. Jonge vrouwen met angina pectoris rapporteren wel allerlei symptomen, maar juist weinig pijn op de borst.⁷ Vrouwen hebben dezelfde symptomen als mannen, maar ze hebben niet dezelfde impact (figuur 3). De gangbare diagnostische middelen lijken bij een grote groep vrouwen niet zo betrouwbaar te zijn als bij mannen.² Het meest voorkomende onderzoek om obstructief vaatlijden te detecteren is de ergometrie. Bij jonge vrouwen is deze nogal eens vals positief, terwijl deze bij oudere vrouwen vaak vals negatief is. Veel vrouwen blijken bij een katheterisatie geen obstructieve vernauwingen te hebben, maar 'wandonregelmatigheden'. Voor het diagnosticeren van microvasculaire angina pectoris schiet dit onderzoek te kort. Een hartkatheterisatie met flowmeting (FFR) en eventueel aanvullende medicamenteuze provocatietesten kan meer informatie geven, maar dit is relatief tijdrovend, niet zonder risico en voorbehouden aan interventiecentra.⁴ Hetzelfde geldt voor geavanceerde PET-scans, die wel meer duidelijkheid geven maar duur zijn en in slechts enkele centra gedaan kunnen worden. Omdat de vasculaire dysfunctie nauwelijks zichtbaar is te maken, worden klachten vaak ten onrechte als 'niet cardiaal' bestempeld. Vrouwen voelen zich onbegrepen. Cardiologen zeggen dat 'vrouwen niet te vertrouwen zijn', omdat ze geen obstructies kunnen vinden.⁸ Er is sprake van een 'genderparadox': vrouwen jonger dan 65 jaar hebben

klacht	♀	♂
drukkend en snoerend gevoel op de borst, knijpend gevoel boven in de borst of de keel, en in de linker of in beide bovenarmen	+	+++
pijn vooral achter in de rug, de linker kaakhoek, oksels, nek, schouders of bovenbuik	+++	+
kortademigheid	+++	+
griep-achtige klachten, misselijkheid, braken, koud zweet	+++	++
transpireren, misselijkheid	++	+++
vermoeidheid, zwakte	+++	+
angst, onbehagen	+++	+
geen eetlust	++	+
onbegrepen vermoeidheid in de weken voorafgaand aan het ACS	+++	+

+ = aanwezig; ++ = sterk aanwezig; +++ = zeer sterk aanwezig.

Figuur 3. Tabel genderverschillen in klachten bij het acuut coronair syndroom (ACS)^{12,13}
Bron: Maas, Lagro-Janssen, *Handboek Gynaecardiologie 2011*

veel klachten, maar minder coronaire afwijkingen bij het ACS dan mannen, terwijl de 1-jaars mortaliteit bijna tweemaal zo hoog is.

Risicofactoren

Vrouwen en mannen hebben veel risicofactoren gemeenschappelijk, maar een aantal heeft bij vrouwen een

tast de oestrogeenreceptoren aan in de vaatwand, waardoor de beschermende werking van oestrogenen verloren gaat. Zeker in combinatie met familiale belasting en/of het gebruik van de anticonceptiepillen lopen vrouwen een heel groot risico. Vrouwen die roken komen gemiddeld twee jaar eerder in de overgang.

Het mannenlichaam geldt als het standaard lichaam

grotere impact dan bij mannen.^{10,11} Door zwangerschap en problemen met de menstruele cyclus (oestrogeendeficiëntie) kunnen vrouwen extra risicofactoren ontwikkelen. Ondanks dat manifesteren ischemische hartziekten zich later bij vrouwen dan bij mannen.

Leeftijd

Leeftijd: man ≥ 45 jaar; vrouw ≥ 55 jaar. Bij vrouwen is de hormonale status van belang (pre- of postmenopauzaal).

Roken

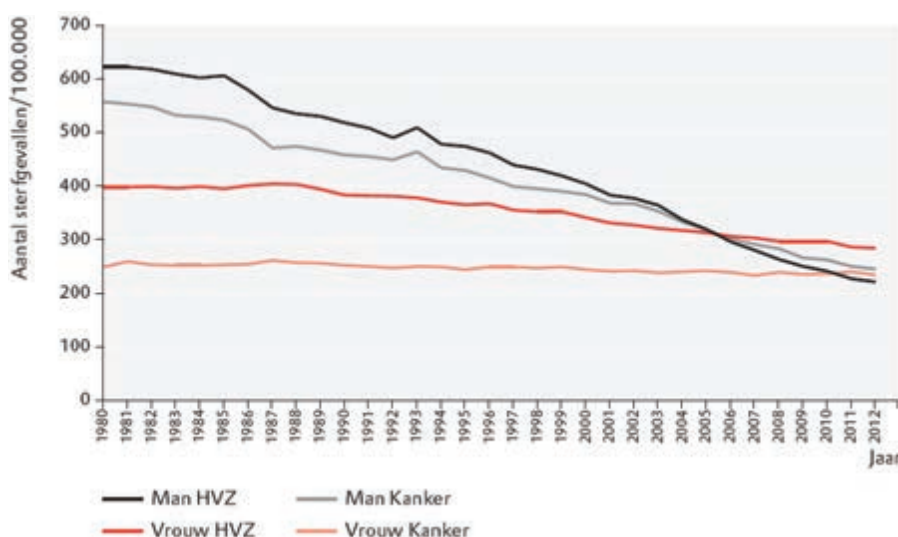
Rokende vrouwen onder de 50 jaar hebben 25% meer kans op hart- en vaatziekten dan rokende mannen. Bij vrouwen van deze leeftijd die met een ACS op de SEH binnenkomen, is roken in 90% de oorzaak. Roken

Dyslipidemie

Na de menopauze stijgt het LDL-cholesterol met gemiddeld 14%. Dyslipidemie vergroot het risico bij vrouwen op een ACS met 37% en bij mannen met slechts 14%.¹⁰

Hypertensie en zwangerschap

Vrouwen krijgen meestal pas na de overgang een te hoge bloeddruk. Oestrogenen verwijden de bloedvaten, waardoor de bloeddruk lang stabiel blijft. Na de menopauze vervalt dit voordeel en gaat de bloeddruk omhoog. Vrouwen met hypertensie hebben vier keer meer kans op ischemische hartziekten dan vrouwen zonder hypertensie, terwijl bij mannen dat risico drie keer zo groot is. Als vrouwen tijdens de zwangerschap hypertensie, pre-eclampsie



Figuur 4. Sterfteafname bij m/v
Bron: CBS 2010

(‘zwangerschapsvergiftiging’) of het HELLP-syndroom doorgemaakt hebben, is de kans twee- tot achtmaal groter om na de menopauze hart- en vaatproblemen te ontwikkelen dan vrouwen die dit niet hebben gehad.

Diabetes mellitus en zwangerschap

Het risico op hart- en vaatziekten is bij vrouwen met diabetes hoger dan bij mannen met diabetes. Bij vrouwen met diabetes is het risico verdriedubbeld en bij mannen verdubbeld.⁹ Vrouwen met zwangerschapsdiabetes hebben zeven- tot twaalfmaal grotere kans om diabetes te ontwikkelen na de menopauze dan vrouwen die dit niet hebben gehad.

PCOS en POF

Poly Cysteus Ovarium Syndroom duidt op afwijkingen in de ovaria die gepaard gaan met hormonale afwijkingen. Prematuur Ovarieel Falen is de vroege menopauze die begint voor het veertigste levensjaar. Beiden hebben tot gevolg dat de bescherming van de bloedvaten verminderd is door oestrogeendeficiëntie.

Men report, women relate

Mannen en vrouwen bespreken hun klachten op verschillende manieren met de arts. Mannen brengen hun klacht heel direct: “Ik heb pijn op de borst, het straalt uit naar mijn linkerarm en het wordt erger als ik me inspan”. Vrouwen doen het anders:

“Ik ben de laatste tijd extreem vermoeid en kortademig als ik de trap op loop. Ik denk zelf dat het komt omdat ik oververmoeid ben. Ik maak me zorgen over mijn dochter die gaat scheiden en het gaat niet goed met mijn moeder in het verpleeghuis”.

Vrouwen praten langer, presenteren meer klachten en zwakken deze af. Ze brengen vaker psychosociale problemen ter sprake. Ze vragen daardoor meer tijd. Mede gezien het feit dat

Diffuse stenoses geven

diffuse klachten

Diagnostiek in de praktijk

Let bij vrouwen op:

- Pijn op de borst is secundair
- Andere symptomen prevaleren
- Klachten ontstaan bij inspanning maar ook in rust
- Bekijk **alle** risicofactoren
- Menopauzale status

Valkuilen:

- Vrouwen geven eigen interpretatie van klachten
- Vrouwen zwakken hun klachten af
- Vrouwen betrekken psychosociale problemen erbij

Onderzoek, opleiding, ontwikkeling

Behalve dat vrouwen eenzelfde levensstijl hebben aangenomen als mannen, is de onbekendheid over het vrouwenhart een reden waardoor de sterfte aan hart- en vaatziekten bij mannen meer afneemt dan bij vrouwen (figuur 4). Er is veel meer onderzoek nodig dat gericht is op genderverschillen bij hart- en vaatziekten¹², maar ook bij andere specialismen zoals psychiatrie, farmacologie en auto-immuunziekten. Minister Schippers heeft in maart 2016 twaalf miljoen euro extra toegezegd voor wetenschappelijk onderzoek naar vrouwspecifieke aspecten van gezondheid. Er zijn al grote onderzoeken gaande, zoals de ‘CREW’¹³ naar de symptomen en risicofactoren bij vrouwen en ‘Queen of Hearts’¹³ naar de vrouwelijke vorm van hartfalen – diastolisch in plaats van systolisch. Zweers promoveerde in 2015 op het feit dat bij vrouwen andere ontstekingscellen in actie komen tegen slagaderverkalking dan bij mannen en dat de preventie en behandeling beter zouden moeten worden afgestemd op dit soort man-vrouwverschillen. De in 2013 aangenomen motie Wolbert¹⁴ die vrouwspecifieke geneeskunde als integraal onderdeel verplicht stelt in de medische opleidingen, draagt bij aan het bieden van maatwerk in de

gezondheidszorg. Onderzoeksresultaten moeten hun weerslag krijgen in de medische richtlijnen, wat tot op heden niet het geval is. Inmiddels zijn er in de Verenigde Staten instrumenten in ontwikkeling waarmee de typisch vrouwelijke afwijkingen wel in beeld zijn te brengen. Het gaat om een combinatie van myocardscans met nieuwe radioactieve tracers en een nieuw type katheter, dat bloedstroomveranderingen in het microvasculaire vaatbed verfijnder en betrouwbaarder kan registreren. Een gouden standaard voor diagnostiek bij vrouwen is er echter nog niet.

We zijn wel op de goede weg, maar er is nog een heel eind te gaan. Vrouwen behoren dezelfde kansen te hebben op gezondheid als mannen, maar wanneer zij op dezelfde manier behandeld worden, schiet men te kort. Vrouwen hebben een vrouwspecifieke benadering nodig. Een studente geneeskunde verklaarde anno 2015 dat ze zich nooit gerealiseerd had dat zij maar over de helft van de mensheid college had gehad gedurende de opleiding, namelijk over mannen. Het wordt hoog tijd voor 'personalized medicine' voor mannen én vrouwen. 

Literatuur

1. Vaartjes I, Koopman C, van Dis I, Visseren FLJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2013 Hart- en vaatziekten in Nederland 2013
2. Johnston N, Schenck-Gustafsson K, Lagerqvist B. Are we using cardiovascular medications and coronary angiography appropriately in men and women with chest pain? *Eur Heart J.* 2011;32:1331-6.
3. Posthuma D; Neuroscienze Campus Amsterdam Het zit in de genen. Terra Lannoo Paagman 2016. Powerpointpresentatie op Dress Red Day in Amsterdam 2015
4. Maas AHEM, Lagro-Jansen ALM; Handboek gynaecardiologie. Bohn Stafleu van Loghum Houten 2011
5. Sluman MA, Hellings WE, Pasterkamp G. Seksespecifieke aspecten van atherosclerose. *Hartbulletin* 2010;41:34-36
6. de Torbal, A., Boersma E, Kors JA, van Herpen G, Deckers JW, van der Kuip DA et al. Incidence of recognized and unrecognized myocardial infarction in men and women aged 55 and older: the Rotterdam Study. *European Heart Journal* 2006; 27:729-736.
7. Khan NA, Daskalopoulou SS, Karp I et al; Sex Differences in Acute Coronary Syndrome Symptom Presentation in Young Patients. *JAMA Intern Med.* 2013 Sep 16.
8. Niccoli G, Scalone G, Crea F. Acute myocardial infarction with no obstructive coronary atherosclerosis: mechanisms and management. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehu469> 475-481 First published online: 18 December 2014
9. Schenck-Gustafsson K., Brincat M., Erel CT, Gambacciani M, Lambrinoudaki I, Moen, et al. Managing the menopause in the context of coronary heart disease. EMAS position statement: *Maturitas* 2011. 68 (1), 94-7. doi: 10.1016/j.maturitas.2010.10.005
10. Tan, Y. Y., Gast, G. C. M., & Schouw, Y. T. van der. Gender differences in risk factors for coronary heart disease. *Maturitas* 2010. 65, 149-160. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.09.023
11. Wellons M, M.D., Ouyang P. Menopause Associated With Increased Risk of Heart Disease, Stroke, Study Suggests. *Sep. 18, 2012*. This research was supported by contracts N01-HC-95159 through N01-HC-96169 from the National Institutes of Health's National Heart, Lung, and Blood Institute.
12. Maas AH, van der Schouw YT, Regitz-Zagrosek V, Swahn E, Appelman YE, Pasterkamp G et al. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women: proceedings of the workshop held in Brussels on gender differences in cardiovascular disease. *Eur Heart J.* 2011 Jun;32(11):1362-8. doi: 10.1093/eurheartj/ehr048. Epub 2011 Mar 15.
13. Hartstichting. <https://www.hartstichting.nl/onderzoek/vrouwen>
14. Motie van het lid Wolbert over vrouwspecifieke geneeskunde die integraal onderdeel zou moeten uitmaken van geneeskundige opleidingen; voorgesteld op 18 december 2013 en unaniem aangenomen. <https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=1f67f1c9-6b>

Interesse in een klinische les over dit onderwerp?

Neem dan contact op met:
adejongcompagne@xs4all.nl

Elk jaar is het op 29 september Wereld Hart Dag. De Hartstichting organiseert op deze dag al jarenlang Dress Red Day. Ze roept iedereen op iets roods te dragen om aandacht te vragen voor hart- en vaatziekten bij vrouwen.



Werkgroep Acute Cardiale Zorg zoekt leden!

De werkgroep Acute Cardiale Zorg van de NVHVV is op allerlei (educatieve) gebieden actief, zoals het organiseren van een eigen minisymposium. Ook levert de werkgroep een bijdrage aan het CarVasZ-symposium en aan Venticare, bieden we input en artikelen voor de Cordiaal, voor richtlijnen en protocollen en houden we toezicht op de CCU-opleiding.

In verband met het afscheid van twee leden zijn wij op zoek naar twee CCU-verpleegkundigen, die een bijdrage willen leveren aan de ontwikkeling van het vakgebied door bovenstaande activiteiten.

We komen graag met jou in contact om je te informeren over de groepssamenstelling, de taken, tijdsbelasting, vergoedingen, wederzijdse verwachtingen en/of andere vragen van jouw kant.

Graag zien we je reactie tegemoet via de voorzitter van de werkgroep (Geert Hengstman), te bereiken op 06 21224291 of g.hengstman@maastrichtuniversity.nl

Trek de stoute schoenen aan en informeer eens even; we maken erg graag gebruik van je expertise!!!

AL 125 JAAR WERKEN WIJ AAN EEN GEZONDERE WERELD



Al 125 jaar werkt MSD mee aan een gezondere wereld. Wij bieden behandelingen voor een betere gezondheid en ondersteunen zorginstellingen en zorgverleners. Onze geneesmiddelen en vaccins kunnen het verschil maken tussen ziek op bed liggen of 'gewoon' mee kunnen doen. En soms zelfs tussen leven en dood.

Onze toegevoegde waarde wordt groter door samen te werken met partners. Samen bevorderen we goed geneesmiddelengebruik en richten wij ons op toekomstbestendige zorg, waarbij innovatie en kwaliteit hand in hand gaan.

Meewerken aan een gezondere wereld betekent ook: maatschappelijk verantwoord ondernemen. Dat doen we bij MSD op diverse manieren. We investeren in onze omgeving en onze medewerkers, we werken milieubewust en we ondersteunen veel goede doelen, lokaal en internationaal.

Meer informatie op msd.nl.

Postbus 581 | 2003 PC Haarlem



125
YEARS
SINCE 1891

Ervaringen uit een academisch medisch centrum

LDL-streefwaarden matig behaald in de klinische praktijk

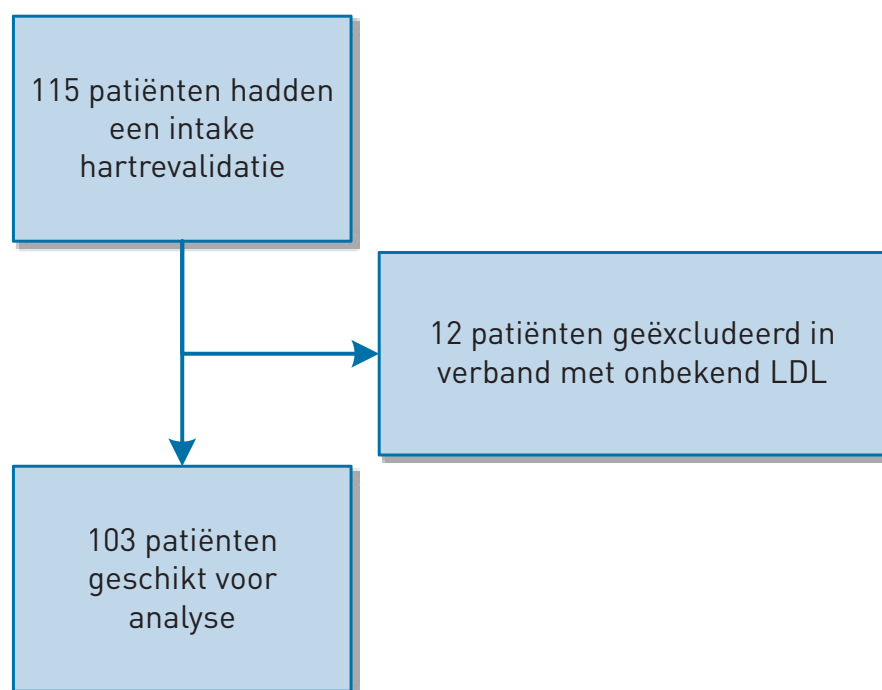
Het verlagen van het low density lipoproteïne (LDL)-cholesterol geeft een reductie in morbiditeit en mortaliteit in primaire en secundaire preventie. Toch blijkt dat de streefwaarden van het LDL-cholesterol volgens de richtlijn van de European Society of Cardiology voor patiënten na een acuut coronair syndroom (ACS) onvoldoende worden behaald. In dit artikel beschrijven de auteurs een onderzoek dat is uitgevoerd bij patiënten met een ACS bij de hartrevalidatie in het AMC te Amsterdam om een indruk te krijgen in hoeverre streefwaarden worden gehaald.

Willianne van der Poel, verpleegkundig specialist hartrevalidatie Polifysiek AMC en docent HBO-V Faculteit Gezondheid Hogeschool van Amsterdam, Madelon Minneboo, arts-onderzoeker, H.T. Jørstad, cardioloog in opleiding, R.J.G. Peters, Hoogleraar klinische cardiologie AMC, Amsterdam

E-mail: w.a.vanderpoel@amc.uva.nl

In 2014 overleden er in Nederland naar schatting 38.000 mensen ten gevolge van hart- en vaatziekten, van wie 8.800 mensen aan ischemische hartziekten. Van deze sterfgevallen waren er 5.300 het gevolg van een hartinfarct.¹ Risicofactoren zoals roken, hypercholesterolemie, hoge bloeddruk, overgewicht, diabetes, erfelijkheid en stress verhogen de kans op het ontstaan van ischemische hartziekten.^{1,2} Van alle Nederlanders tussen de 35 en 70 jaar heeft 25% een verhoogd totaal cholesterol ($\geq 6,5$ mmol/l) en 50% een verhoogde bloeddruk ($> 140/90$ mmHg). Een kwart van de Nederlanders boven de 15 jaar rookt en van de mensen boven de 20 jaar heeft 45% overgewicht.²⁻⁴ Reductie van risicofactoren kan de kans op ischemische hartziekten of de progressie hiervan aanzienlijk verminderen.³⁻⁵ Geschat wordt dat 50% van de waargenomen afname van de mortaliteit door ischemische hartziekten in de afgelopen 30 jaar verband houdt met de verbeteringen van de risicofactoren. Ongeveer 40% houdt verband met de verbeteringen van de behandeling ervan. In de richtlijn van de European Society of Cardiology (ESC) worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot het LDL-cholesterol.⁶

Voor patiënten met een hoog risico (1 of meer aanwezige risicofactoren) wordt een LDL-waarde van $\leq 2,5$ mmol/L aanbevolen en voor patiënten met een zeer hoog risico (al eerder door-gemaakte ischemische hartziekten) is de aanbeveling een waarde van



Figuur 1. Studie flowchart

$\leq 1,8$ mmol/L of een reductie van 50% van het LDL wanneer de doelstelling van 1,8 mmol/L niet kan worden bereikt.^{6,7} Deze laatste toevoeging uit de richtlijn blijkt overigens van weinig praktische betekenis. Gemiddeld geeft iedere mmol/L daling van het LDL ongeveer een reductie van 20% van het relatieve risico op ziekte of sterfte door hart- en vaatziekten. Patiënten die een acuut coronair syndroom (ACS) hebben doorgemaakt, vallen in de categorie zeer hoog risico. Het begrip ACS omvat zowel het acute hartinfarct als instabiele angina pectoris.²

Richtlijn versus praktijk

Helaas blijkt er in de praktijk een belangrijk gat te bestaan tussen de streefwaarden uit de richtlijnen en de behaalde resultaten bij patiënten. Uit het EUROASPIRE IV onderzoek (78 centra in 24 landen) dat in 2015 gepubliceerd werd, kwamen teleurstellende bevindingen naar voren: 58% van de patiënten na een ACS blijkt een LDL-cholesterolwaarde van $\leq 2,5$ mmol/L te hebben en 15% een waarde van $\leq 1,8$ mmol/L. Bij de Nederlandse populatie in deze studie behaalt 60% een LDL-waarde van

$\leq 2,5$ mmol/L en 21% een waarde van $\leq 1,8$ mmol/L.⁸ Bovenop een medicamenteuze behandeling die alle patiënten met een ACS ontvangen, kan er op verschillende manieren behandeld worden: revascularisatie via een dotterbehandeling ofwel een percutane coronaire interventie (PCI) of een coronaire arteriële bypass grafting (CABG). Ongeacht de behandeling komen al deze patiënten in aanmerking voor hartrevalidatie. Hartrevalidatie is de zorg die het vervolg is op een initiële behandeling en bestaat uit samenhangende langetermijnprogramma's. Naast een fysiek trainingsprogramma en psychosociale ondersteuning staat beïnvloeding van cardiale risicofactoren centraal via medicatie, voorlichting en advies op het gebied van leefstijlverandering en risicofactoren.⁹ Cardiovasculair risicomanagement ofwel secundaire preventie behelst de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, inclusief leefstijladvisering en begeleiding.⁵

Uit de literatuur blijkt dat verpleegkundig geleide secundaire preventie vaker leidt tot het bereiken van de LDL-cholesterol streefwaarde bij patiënten na een ACS dan alleen poliklinische standaard zorg door een cardioloog of ander behandelend arts.¹⁰⁻¹⁵ Het betreft hier activiteiten zoals voorlichting en leefstijlbegeleiding, het monitoren van het cholesterolgehalte en het voorschrijven of aanpassen van cholesterolverlagende medicatie door verpleegkundig specialisten.

Onderzoek

Bij de afdeling voor hartrevalidatie van het Academisch Medisch Centrum (AMC) werd recent door de verpleegkundigen geconstateerd dat de LDL-streefwaarden bij patiënten na een ACS niet altijd gehaald worden, waarmee de resultaten uit het EUROASPIRE IV onderzoek worden bevestigd.

Doel

Het doel van dit onderzoek was een indruk te krijgen in hoeverre LDL-streefwaarden gehaald worden en wat de voorgeschreven medicatie is bij patiënten met een ACS bij de hartrevalidatie in het AMC te Amsterdam.

n=103		
Demografische gegevens		
Leeftijd (jaren), mean (SD)	61,0	(10,3)
Vrouwen, n (%)	25	(24%)
Kaukasisch, n (%)	70	(68%)
Hindoestaans/Surinaams, n (%)	23	(22%)
Overig, n (%)	10	(10%)
Cardiale voorgeschiedenis		
ACS, n (%)	23	(22%)
Stabiele angina pectoris, n (%)	20	(19%)
Perifeer vaatlijden, n (%)	4	(4%)
Blanco, n (%)	56	(54%)
Diagnose ACS		
STEMI, n (%)*	37	(36%)
NSTEMI, n (%)**	35	(34%)
Instabiele angina pectoris, n (%)***	31	(30%)
Behandeling / interventie		
PCI, n (%)	75	(73%)
CABG, n (%)	22	(21%)
Medicamenteus (inclusief CAG, n (%))	6	(6%)
Cardiovasculaire risicofactoren		
Positieve familie anamnese, n (%)	66	(65%)
Diabetes mellitus, n (%)	22	(21%)
Hypertensie, n (%)	59	(57%)
Hypercholesterolemie, n (%)	45	(54%)
Roken, n (%)	29	(28%)
< 5 jaar geleden gestopt met roken, n (%)	33	(32%)
Overgewicht (BMI>25), n (%)	54	(52%)
Onvoldoende bewegen (< 30 minuten/dag), n (%)	60	(59%)
Statinegebruik**** voor opname (waarvan 31 meldingen van hypercholesterolemie in VG)		
Totaal, n (%)	50	(49%)

*STEMI=ST-elevatie-myocardinfarct/**NSTEMI=non ST-elevatie-myocardinfarct/***/IAP=instabiele angina pectoris****statine=cholesterolverlagende medicatie

Tabel 1. Patiëntenkenmerken

Methode

Dossiers van alle patiënten met een ACS bij wie een intakegesprek voor hartrevalidatie had plaatsgevonden in de periode van november 2013 tot oktober 2014 werden onderzocht (n=115). Hiervoor werd gebruik gemaakt van het elektronisch patiëntendossier, X-care en het Cardiac Rehabilitation Decision Support System (CARDSS). Patiënten werden geïncludeerd wanneer er tenminste één cholesterolbepaling na opname was verricht. Demografische

gegevens, risicofactoren, medicatie, lichamelijk onderzoek en laboratoriumwaarden werden verzameld. Gegevens uit dossiers werden verzameld tot en met maart 2015, zodat van iedere patiënt over een periode van minimaal 6 maanden data konden worden verkregen. Alle patiënten kregen reguliere zorg, die minimaal bestond uit bezoeken aan de cardioloog of een cardioloog in opleiding (i.o.), een verpleegkundige en deelname aan het hartrevalidatieprogramma (indien

Medicatie vermeld in de VG	n	n	%
Simvastatine	103	30	(29%)
Atorvastatine	103	9	(9%)
Rosuvastatine	103	4	(4%)
Pravastatine	103	6	(6%)
Fluvastatine	103	1	(2%)
Totaal	103	50	(49%)
Medicatie bij ontslag			
Simvastatine	103	62	(59%)
Atorvastatine	103	24	(25%)
Rosuvastatine	103	6	(7%)
Pravastatine	103	7	(6%)
Fluvastatine	103	1	(1%)
Combinatie	103	2	(2%)
Totaal	103	102*	(99%)
Medicatie aanpassingen na opname			
geen	103	66	(64%)
lagere dosering	103	3	(3%)
zelfde dosering, ander middel	103	5	(5%)
hogere dosering	103	37	(36%)
Totaal	103	111**	

*1 patiënt weigerde statine behandeling

**meerdere aanpassingen bij 1 patiënt mogelijk

Tabel 2. Behandeling

LDL-streefwaarde	na ACS	AMC	EUROASPIRE IV		EUROASPIRE IV Nederland
		N=103	(%)	(%)	(%)
LDL $\leq$ 2,5 mmol/L		79/103	(77%)	(58%)	(60%)
LDL $\leq$ 1,8 mmol/L		36/103	(35%)	(15%)	(21%)

Tabel 3. Laatst gemeten LDL-waarde

	Cardioloog n=54	Cardioloog i.o. n=48	Significantie
LDL $\leq$ 2,5 mmol/l	36(67%)	43(90%)	0,01
LDL $\leq$ 1,8 mmol/l	16(30%)	20(42%)	0,22

Tabel 4. Bereikte LDL-waarde per behandelaar

gewenst en geïndiceerd). Na de data-verzameling bleken 103 patiëntendossiers geschikt voor analyse (figuur 1).

Data-analyse

De patiëntenkenmerken zijn met aantallen en percentages weergegeven. De laboratoriumbepalingen en de medicamenteuze behandeling van het

LDL-cholesterol zijn in kaart gebracht en geanalyseerd met SPSS 22. De absolute en percentuele frequenties werden berekend en waar mogelijk werden spreiding en gemiddelde berekend. Ongeacht het aantal bepalingen en wanneer de laatste bepaling heeft plaatsgevonden, is het laatst gemeten LDL beschouwd als uitkomst.

Resultaten

In tabel 1 zijn de kenmerken van de onderzoekspopulatie weergegeven. In totaal werden 115 dossiers geanalyseerd, waarvan 82 patiënten een myocardinfarct (STEMI en NSTEMI) hadden doorgemaakt. Er waren 33 patiënten met instabiele angina pectoris. Van de 115 patiënten hadden 103 patiënten (89%) een LDL-cholesterolbepaling na opname.

Bij ontslag kregen 102 patiënten (99%) een statine voorgeschreven. In tabel 2 wordt de wijze van behandeling gepresenteerd. Onderscheid wordt gemaakt in soorten cholesterolverlagende medicijnen (statines) en welke statines op verschillende momenten waren voorgeschreven. Het laatste deel van de tabel geeft weer hoe vaak er na opname aanpassingen in medicatie zijn gedaan. Het percentage patiënten dat bij opname al een statine gebruikte, bedroeg 49%. Een patiënt bij wie de statine was voorgeschreven weigerde deze behandeling. Bij 64% van de patiënten heeft na opname geen medicatieverandering plaatsgevonden, bij 3% werd de dosis verlaagd en bij 36% werd de dosis verhoogd. Bij 5% werd de statine vervangen door een andere statine, maar bleef de sterkte van de dosis onveranderd. Bij opname was bij 40 patiënten het LDL bepaald. Gemiddeld werd twee keer na ontslag het LDL-cholesterol bepaald. Het eerste LDL na opname werd gemiddeld 6 weken na ontslag bepaald. De gemiddelde LDL-waarde was bij opname 3,5 mmol/l. Ongeacht het aantal bepalingen en wanneer de laatste bepaling heeft plaatsgevonden, wordt het laatst gemeten LDL gepresenteerd in een gemiddelde. Het aantal patiënten dat bij de laatst gemeten bepaling de LDL-cholesterolstreefwaarde volgens de ESC richtlijn van $\leq$ 1,8 mmol/L bereikte, is in dit onderzoek 35%. Een percentage van 77% bereikte een LDL-waarde van $\leq$ 2,5 mmol/l (tabel 3). De streefwaarden leken vaker te worden behaald door assistenten i.o. tot cardioloog dan door cardiologen (tabel 4).

Discussie

Dit onderzoek suggereert dat LDL-cholesterol streefwaarden nog onvoldoende worden behaald in onze academische onderzoekspopulatie van patiënten na een ACS, ondanks het feit dat bij 99% van alle patiënten

een statine gegeven wordt. Het verschil tussen cardiologen i.o. en stafleden is opvallend. In het algemeen worden nieuwe patiënten gezien door cardiologen i.o. Mogelijk zien stafleden patiënten die complexer zijn en bij wie eerdere pogingen om het risicoprofiel te verbeteren niet voldoende zijn geslaagd. Ook is het mogelijk dat jonge specialisten effectiever zijn in het bereiken van de streefwaarden. Gelet op de algehele bevindingen is wellicht de tijd die een specialist heeft per consult te kort om aan alle gezondheidsvragen voldoende aandacht te besteden.

De literatuur die zich richt op verbetering hiervan betreft met name de effecten van verpleegkundig geleide secundaire preventie op het cholesterol. Daarin wordt beschreven dat dit vaker leidt tot het bereiken van de cholesterolstreefwaarde bij patiënten na een ACS in vergelijking met de gebruikelijke zorg.¹⁰⁻¹⁵ Het betreft hier activiteiten zoals voorlichting en leefstijlbegeleiding, het monitoren van het cholesterolgehalte en het voorschrijven of aanpassen van cholesterolverlagende medicatie door verpleegkundig specialisten.

Bij ontslag werd 99% van de patiënten in dit onderzoek behandeld met een statine. Dit is conform de aanbevelingen volgens Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement⁵, de ESC Guidelines for the Management of Dyslipidaemias⁷ en de NHG standaard Cardiovasculair Risicomanagement.³ Bij 64% van de patiënten werd na opname geen medicatie aanpassing gedaan, ondanks dat maar 35% van de patiënten een LDL-waarde van $\leq 1,8$ mmol/L behaalde.

Beperkingen

Het onderzoek kent een aantal beperkingen. Als eerste is het beperkt door de betrekkelijk kleine onderzoekspopulatie. Toch kan geconcludeerd worden dat de populatie te vergelijken is met andere studies. Door de relatief kleine onderzoekspopulatie werd er soms grote spreiding gezien. Uitschieters zoals *no shows* bij consulten of een erg afwijkende LDL-cholesterolwaarde kunnen statistisch grote effecten geven. De inhoud van de consulten is niet onderzocht. Aannemelijk is dat een groot deel van de contacttijd

over andere (cardiale) gezondheidsproblemen ging.

Er zijn geen vaste afnamemomenten van het LDL geweest. Ook moet vermeld dat in deze kleine onderzoekspopulatie de diversiteit van de behandelers hoog is. Niet alle cardiologen en cardiologen i.o. in het AMC hebben patiënten gezien in deze onderzoeksgroep. Het komt ook voor dat een cardioloog (i.o.) maar één of twee patiënten heeft behandeld.

Conclusie en aanbevelingen

Hoewel het percentage ACS-patiënten in het AMC dat de LDL-waarde volgens de ESC-richtlijn bereikt hoger is dan bij eerdere studies en 99% van de patiënten ontslagen wordt met een statine, lijkt er aanzienlijke ruimte te bestaan voor verbetering ten aanzien van het behalen van de LDL-streefwaarde. Het probleem hierbij is niet een gemis aan effectieve geneesmiddelen of de prijs daarvan, maar het in de praktijk brengen van de richtlijnen. Zoals uit de literatuur blijkt zou een praktijkmodel met een verpleegkundig specialist in een cardiovasculair spreekuur voor het monitoren en behandelen van het risicoprofiel - waaronder het LDL-cholesterol - kunnen bijdragen aan het beter behalen van de LDL-streefwaarden. Het inzetten van een verpleegkundig specialist verdient aanbeveling. Het is aannemelijk dat ook de sanering van de andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten hiermee verbeterd kan worden. Dit zou echter in een aanvullend onderzoek moeten worden geanalyseerd. 

Literatuur

1. Bots M, van Dis I, Koopman C, Vaartjes I, Visseren F. Hart- en vaatziekten in Nederland 2014, cijfers over kwaliteit van leven, ziekte en sterfte. Den Haag: Hartstichting; 2014 Dec. 187 p. Report No.: ISBN978-90-75131-76-5.
2. Caljouw-Vos J, Protocol CVRM secundaire preventie & behandeling hartvaatziekten. Cohaesie. <http://www.cohaesie.nl/assets/pdf/Protocol-CVRM-SP-Cohaesie.pdf>
3. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (tweede herziening). Huisarts Wet. 2012;55(1):14-28.
4. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and the-

rapeutic management of coronary patients from 24 European countries. Eur. J. Prev. Cardiol. 2015 Jan; 0(00): 1-13.

5. Bang J, van Dijk J, van Dis I, Giepmans L, Goudswaard A, Grobbee D et al. Multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement (herziening 2011). Utrecht. Bohn, Stafleu van Loghum; 2011.
6. Perk J, de Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M et al. European Society of Cardiology. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice 2012. Eur Heart J. 2012 Jul; 33(13):1635-1701.
7. Reiner Z, Catapano A, De Backer G, Graham I, Taskinen M, Wiklund O et al. European Society of Cardiology. Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2011 Jul;32(14):1769-1818.
8. Kotseva K. Euroaspire IV. European Survey of Cardiovascular Disease Prevention and Diabetes. Principal results: Medical Risk Factors. (published at <http://congress365.escardio.org>). Presentation given at ESC Congress Amsterdam 2013 Aug 31.
9. Brügemann J. Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie 2011. Utrecht: NVVC; 2011.
10. Allan JK, Blumenthal RS, Margolis S, Young DR, Miller ER, Kelly K. Nurse case management of hypercholesterolemia in patients with coronary heart disease: Results of a randomized clinical trial. Am Heart J. 2002 Oct;133(4):678-686.
11. Irmak Z, Fesci H. Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. Appl Nurs Res. 2010 Aug;23(3):147-52.
12. Jorstad HT, von Birgelen C, Alings AW, 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 Jun 28;99(19):1421-30.
13. Van den Wijngaart L, Sieben A, van der Vlugt M, de Leeuw F, Bredie H. A Nurse-led Multidisciplinary Intervention to Improve Cardiovascular Disease Profile of Patients. West J Nurse Res. 2015 Jun;37(6):705-23.
14. Saffi M, Polanczyk C, Rebelo-silva E. Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: a randomized clinical trial. Eur J Cardiovascular Nurs. 2014 Oct;13(5):436-43.
15. Schadevvaldt V, Schultz T. Nurse-led clinics as an effective service for cardiac patients: results from a systematic review. Int J Evid Based Healthc. 2011 Sep;9(3):199-214.



Uit het hart

Dayenne Zwaagman (34), Fontan en ruim twee jaar TCPG-patiënt, is geboren met een univentriculair hart en een verkeerde aansluiting van de grote vaten. In dit blog voor Cordiaal schrijft ze over de mooie en minder mooie ervaringen als hartpatiënt.

Dayenne Zwaagman

E-mail: dayennezwaagman@me.com

Verslaafd aan weer een succesverhaal

Alweer bijna drie jaar leef ik “de droom” met een half hart. Nog iedere dag sta ik versteld van de activiteiten die ik nu mag doen en die ik nooit eerder gedaan heb.

Een paar absolute hoogtepunten: een half jaar na de ingreep reed ik tijdens een eerste rit op de racefiets bijna 40 kilometer weg. Mijn reusachtige E-bike deed mij dagelijks terugdenken aan de periode dat ik in kleine stapjes afscheid van het leven aan het nemen was, waardoor ik een jaar later besloot dat ding te verkopen. Van de opbrengst kocht ik een racefiets waar ik vandaag de dag goed voor zorg. Na iedere rit fonkelt het stalen ros weer als nieuw in mijn gang. Begin dit jaar bedwong ik al schaatsend op bijna één kilometer hoogte de Weissensee in Oostenrijk. Maar ook tijdens gewone, dagelijkse bezigheden verleg ik nog steeds mijn grenzen.

In eerdere columns beschreef ik de korte momenten van euforie die ik meemaakte voorafgaand aan, tijdens en na de revalidatieperiode. Ik raakte verslaafd aan het afleveren van een succesverhaal. Hoe klein dan ook. In mijn idee moest het positief zijn! Want daarvoor word je door jezelf en de buitenwereld beloond. Wat anderen wel zagen maar wat ik destijds niet goed doorhad, was dat ik mijzelf op een gegeven moment eigenlijk stukje bij beetje aan het kapotmaken was. Sporten omdat ik vond dat de motor van mijn lijf draaiende moest blijven als zich een volgend obstakel zou voordoen. Te vaak feesten met teveel alcohol en weinig slaap. Zolang ik er niet bij neer viel, bleef ik doorgaan.

Wilde ik kunnen voldoen aan de standaard van ‘de gezonde persoon’? Hoopte ik eindelijk eens niet anders dan de rest te zijn? Ik vond dat ik het verdiende om te mogen leven. Nu het zo goed ging, wilde ik alles uit het leven halen wat er uit te halen viel. En snel een beetje.

Gemiddeld neemt het drie jaar in beslag om na een ‘Life Changing Event’ weer in een zorgelozer leventje te kunnen stappen. Of je mij nu wel of niet persoonlijk kent: ik

oog een gezond en gelukkig mens. Voor 70 procent van de tijd klopt dit ook; dan voel ik mij in balans bij alles wat ik doe. De overige 30 procent doet mij nog geregeld beseffen dat ik een ongeneeslijke ziekte met mij meedraag. Eentje waar ik hoogstwaarschijnlijk - zekerheid krijgen we nooit - eerder dan de gemiddelde mens aan zal doodgaan. Dat ik daarom moeite heb om een activiteit voor volgende week te plannen, probeer ik voor lief te nemen. Dat het een uitdaging is om zonder oordeel naar mezelf te kijken, daar hoeft ik ook niet over te liegen. Dat de buitenwereld mij soms egocentrisch vindt, het zei zo. Ik moet op mijn eigen manier dit proces doorlopen, met de snelheid die ik mijzelf daarvoor toesta. Nog dagelijks slik ik pillen die mij kwalitatief een zo goed mogelijk en liefst ook zo lang mogelijk leven kunnen geven. Iedere keer als ik in overleg met mijn cardioloog besluit dat het met een microgrammetje minder kan, slaat nog altijd de onzekerheid van mijn bestaan toe.

Dat ik niet meer in de overlevingsstand hoeft te leven, wil niet zeggen dat mijn hart niet voor een seconde bevroor, toen het op de stoel van de psycholoog tot me doordrong dat ik nog moeite heb met het gewone alledaagse leven. Ik moet leren om mezelf te accepteren, inclusief het feit dat ik iets zeer heftigs heb overleefd. Maar ik praat erover alsof ik een boodschap bij de buurtsuper haal. Fysiek gezien heb ik mijn top bereikt. Daar heb ik zelf een inspanning voor geleverd en daar mag ik trots op zijn. Ook mag ik er trots op zijn dat ik geestelijk gezien al vele hordes genomen heb; te leren om mijn angsten en onzekerheden te omhelzen met liefde. Nu nog leren dat ik geen doorlopende successtory hoeft te zijn; mijn blinde vlek tot nu toe.

Vanaf nu wil ik tot op het bot genieten van alle magische momenten die ik nog mag meemaken in dit leven. Blij dat ik deze blinde vlek heb gevonden, die ik nu al schrijvend langzaam – en ja, hopelijk succesvol – wil laten verdwijnen. 

Wat ziet u op het elektrogram?

Een 78-jarige man met aanvallen van duizeligheid en hartjagen

Hieronder leest u de casus van een 78-jarige man die met aanvallen van duizeligheid en hartjagen is opgenomen op de Eerste Hart Hulp. 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 105 van deze Cordiaal.

Casus

U werkt als verpleegkundig specialist op de pacemaker en ICD polikliniek. U bent op weg naar de Eerste Hart Hulp waar u meneer H. zult controleren. Hij is daar opgenomen wegens aanvallen van duizeligheid en hartjagen. Er zijn geen klachten van pijn op de borst of kortademigheid. Een half jaar eerder heeft hij een inwendige defibrillator gekregen met resynchronisatie therapiefunctie (CRT-ICD). Zijn cardiale voorgeschiedenis bestaat uit een non-ST-elevatie myocardinfarct, CABG, PCI van de LAD en diabetes mellitus type 2. Zijn laatste bekende linkerventrikel-ejectiefractie bedraagt 25%. Een coronairangiogram een half jaar geleden, vlak voor de CRT-ICD-implantatie, liet een goede graftfunctie zien. De medicatielijst is als volgt:

acenocoumarol, bumetanide 1 mg, metoprolol 25 mg, lisinopril 20 mg, simvastatine 40 mg, metformine, insuline. Meneer H. maakt nu geen zieke indruk en heeft een bloeddruk van 124/78 mmHg bij een pols van 65 /min regulair. Lengte 175 cm bij een gewicht van 110 kg. Het elektrogram (EGM) ziet u in *figuur 1a* en in *figuur 2* staan de instellingen van de ICD. Het elektrocardiogram (ECG) kunt u op de website bekijken. Bij nadere analyse ontdekt u wat er met patiënt aan de hand is. U belt de cardioloog en stelt verandering van zijn medicatie voor.

Vragen

1. Wat ziet u op het elektrogram (EGM) in *figuur 1a*?
2. Hoe komt het dat de ICD géén shock heeft gegeven?

Cyril Camaro, cardioloog Radboudumc, Nijmegen, afdeling cardiologie

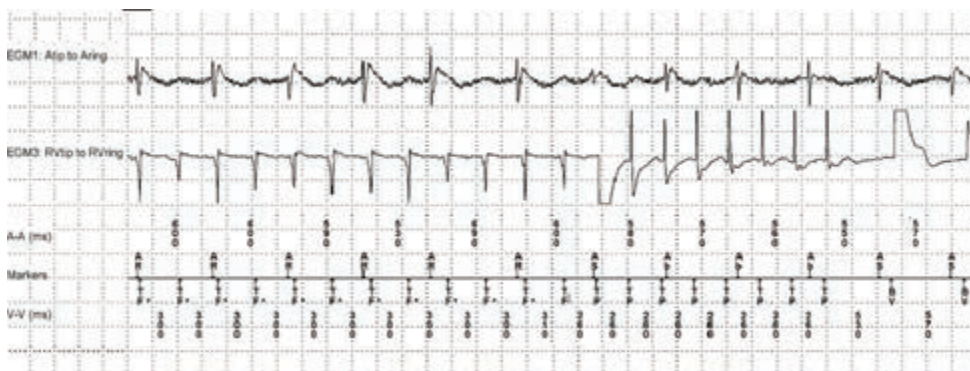
E-mail: Cyril.Camaro@radboudumc.nl

Bezoek ook de website



Deze rubriek is multimediaal! Ga naar: <http://www.nvhvv.nl/cordiaal-mm-20163>

3. Wat kan de oorzaak zijn van de ritmestoornis zoals weergegeven op het EGM?
4. Wat denkt u dat er gaat veranderen aan zijn medicatie? Is dit voldoende?
5. Wat is uw conclusie aan de hand van het verhaal en het elektrocardiogram?



Figuur 1a. Elektrogram

Parameter Summary					
Mode	DDD	Lower Rate	50 bpm	Paced AV	130 ms
Mode Switch	171 bpm	Upper Track	130 bpm	Sensed AV	100 ms
V Pacing	LV->RV	Upper Sensor	120 bpm		
Detection					
AT/AF	Monitor	Rates	>171 bpm	Therapies	All Rx Off
VF	On		>188 bpm		ATP During Charging, 35J x 6
FVT	via VF		188-240 bpm		Burst(2), Ramp(2), 35J x 4
VT	OFF				All Rx Off
Enhancements On: VT Monitor, AF/AF, Sinus Tach, Wavelet, Onset(Monitor), TWave, Noise(Timeout)					

Figuur 2. Instellingen van de ICD

Jaarabonnement Medisch Contact

- 46 edities
- 5 themanummers
- 4 lifestylemagazines
- volledige toegang tot medischcontact.nl
- gratis online nascholingen

verpleegkundigen,
praktijkondersteuners,
physician assistants,
verpleegkundig
specialisten:

€ 107,-

standaardabonnement:
€ 282,-



BEKIJK DE VERSCHILLENDE ABONNEMENTEN EN PRIJZEN OP

www.aboland.nl/medischcontact



CarVasZ 2016: Het web van de cardiovasculaire zorg

Vrijdag 18 november in de ReeHorst te Ede

'Het web van de cardiovasculaire zorg' is het thema van de dertiende editie van CarVasZ op 18 november 2016 in Congrescentrum De ReeHorst in Ede. Rond dit thema is een verrassend programma opgebouwd, waarin de verbindingen tussen alle vakgebieden van de cardiovasculaire zorg centraal staan.

Gerlinde Mulder, voorzitter werkgroep Congressen

E-mail: g.m.mulder@lumc.nl

Cardiovasculaire zorg kent veel onderdelen, maar die kunnen niet zonder elkaar. De samenwerking en verbinding tussen vakgebieden vormen samen het web om de patiënt goed te begeleiden. Er ontstaan dagelijks verbindingen tussen patiënt en hulpverlener en hulpverleners op de werkvloer; daarnaast zijn er de onderlinge digitale verbindingen. Kortom, verbindingen zijn er overal in de cardiovasculaire zorg en ze kunnen van vele kanten belicht worden. Dit wordt zichtbaar in het programma van CarVasZ 2016. Dit jaar richten we ons vooral op de verbindingen tussen alle vakgebieden. Binnen dit thema is er aandacht voor de laatste inzichten, behandelingen en (verpleeg)technische ontwikkelingen die deze connecties optimaal maken.

Er is een verrassend en vernieuwend programma rond het thema 'Het web van de cardiovasculaire zorg' opgebouwd. Dit jaar is de samenwerking tussen de werkgroepen geïntensiveerd, waarbij onderwerpen passend bij het thema zijn uitgewerkt in 2 doorlopende sessies in de middag. Onder de centrale vraag 'Wie voert de regie?' vertellen sessie 13 en 21 meer over 'Keten-zorg /CVRM', evenals de sessies 14 en 22. U kunt zowel een losse presentatie volgen als ook alle presentaties binnen één onderwerp bijwonen. Tijdens het congres kunt u in de expositieruimte in gesprek gaan met diverse fabrikanten en stichtingen. Natuurlijk is dit ook een uitgelezen moment om met eigen collega's te spreken en nieuwe collega's te ontmoeten.

In de plenaire sessie zal Dr. Harriette Verwey met haar presentatie 'Het web van de cardiovasculaire zorg' een boeiende lezing geven. Zij gaat onder meer in op digitale verbindingen,

maar het intermenselijk contact blijft bovenaan staan. Ook besteedt ze aandacht aan scholing en het niveau waarop betrokken zorgverleners hun werk uitoefenen.

Sessies en workshops

Na de plenaire lezing kunt u kiezen uit 24 sessies. Ook staan er dit jaar weer meerdere workshops op het programma, waaronder ECG lezen, snij-sessies en klinisch redeneren. Nieuw dit jaar zijn 3 parallelsessies over interessante onderwerpen: automatische hartmassage, gedeelde besluitvorming tussen behandelaar en patiënt en de implementatie van nieuwe richtlijnen ten aanzien van hartfalen.

U kunt het volledige programma van CarVasZ 2016 vinden op de middenpagina's van deze Cordiaal en de toelichting op de sessies in de bijgevoegde brochure. Deze informatie kunt u ook nalezen op onze sites: www.carvasz.nl of www.nvhvv.nl.

Abstracts

Verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundig onderzoekers die betrokken zijn bij projecten op het gebied van innovatie en wetenschappelijk onderzoek worden van harte uitgenodigd een abstract in te sturen voor een presentatie. Breng uw collega's op de hoogte van uw wetenschappelijk onderzoek of uw praktijkproject!

Auteurs van de vijf beste abstracts zullen worden uitgenodigd voor een presentatie. Stuur digitaal een abstract naar info@congresscompany.com. De volledige informatie en voorwaarden staan ook vermeld op www.carvasz.nl, www.nvhvv.nl of www.congresscompany.com. Indien een abstract geaccepteerd wordt dan levert dit u gratis toegang op voor het congres voor de eerste auteur

(zie kader op pagina 110). Daarnaast zullen op volgorde van binnenkomst 5 andere auteurs 50% reductie krijgen op het entreetarief.

Accreditatie

Dit jaar wordt er accreditatie aangevraagd bij de NVHV (Nederlandse Vereniging voor Hart- en Vaat Verpleegkundigen), V&V (Verpleegkundigen en Verzorgenden) Kwaliteitsregister, SBHFL (Stichting Beroepsopleiding Hartfunctie Laboranten), RSV (Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde), NAPA (Nederlandse Associatie Physician Assistants) en KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie). De NVHV vindt het op peil houden en registreren van de kwaliteit van zorg belangrijk.

Wij zien u graag op vrijdag 18 november 2016 in de ReeHorst te Ede en wensen u een inspirerende en interessante dag toe.

Tot ziens op CarVasZ 2016! 





Vrijdag
18 november
2016

De ReeHorst,
Ede



09.15 - 10.15 PLENAIRE OPENINGSSESSIE:				
Sessievoorzitter: Vice-voorzitter NVHVV				
Welkom en opening		L. Joziassse		
Het web van de cardiovasculaire zorg		H.F. Verwey		
10.15 - 10.45 KOFFIEPAUZE				
10.45 - 12.15 SESSIES 1 t/m 9				
Sessie 1 Sessievoorzitter: I. Schiks	Sessie 2 Sessievoorzitter: A. Lagendijk	Sessie 3	Sessie 4 Sessievoorzitter: M. Aertsen	Sessie 5 Sessievoorzitter: A. Hendriks
WO	AZ	WS	HF	VZ
Presentatie van de 5 beste abstracts	OHCA in de pre-hospitale setting G. Hengstman Van ambulance naar ziekenhuis R. Endeman Ritmestoornissen bij infarcten T. Wildbergh Wat zijn mijn kansen? Verloop op de intensive care R. Endeman	ECG lezen: we nemen je mee van snel naar snelst G. Nijkerk J. Peringa	Wie is nú de juiste zorgverlener? J. Boyne De rol van de huisarts in de hartfalenzorg F. Rutten Hartfalen medicatie: nieuwe ontwikkelingen P. van der Meer	Thema: Bloeddruk meten door zorgverlener. Zó 2015.. Wat je allemaal wilt weten over (goed) bloeddruk meten C. Flint Zorgcontinuüm hypertensie: innovatieve eHealth toepassingen N. Tiemessen EHealth ervaren door de patiënt J. van As
VERDIEPEND	VERDIEPEND			
12.15 - 13.15 LUNCHPAUZE				
12.30 - 13.00 NVHVV LUNCHSYMPOSIUM: Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van lipidenbehandeling Voorzitter: S. Aling				
13.15 - 14.45 SESSIES 10 t/m 17				
Sessie 10 Sessievoorzitter: W. van Os de Man	Sessie 11	Sessie 12	Sessie 13/A1 Sessievoorzitter: C. de Jong	Sessie 14/B1 Sessievoorzitter: M. Beenders
WS	WS	WS	EXP VS / VZ	WO/HR / EXP VS / HF
Klinisch redeneren voor de cardiovasculaire verpleegkundige I.J.D. Jüngen	Snijssessie J.J. van Weezel P. van de Woestijne	Bij twijfel aan een P, maak een Lewis ECG G. Nijkerk J. Peringa	Thema: KETENZORG/CVRM – Goed verbonden of buiten bereik? Sociale Media in Zorg en Welzijn H. Versteegh SMILE: gezonde lifestyle voor het hart L. Hofstra	Thema: Wie voert de regie? EU-CaRE studie naar hartrevalidatie bij 65+ A. Nieuwveld Risicoverlaging door verpleegkundig-gecoördineerde nazorg M. Snaterse Resultaten van de e-Vita hartfalen studie F. Rutten
Max. 75 deelnemers	Max. 30 deelnemers			
14.45 - 15.15 THEEPAUZE			DOORLOPEND	DOORLOPEND
15.15 - 16.15 SESSIES 18 t/m 24				
Sessie 18 Sessievoorzitter: D. Pruijssers	Sessie 19	Sessie 20 Sessievoorzitter: K. Szabo-te Fruchte	Sessie 21/A2 Sessievoorzitter: S. Oostveen	Sessie 22/B2 Sessievoorzitter: A. Venema-Vos
WS	WS	EXP VS / HR	EXP VS	WS / WO / HR
Klinisch redeneren voor de ervaren cardiovasculaire verpleegkundige en verpleegkundig specialist I.J.D. Jüngen	Snijssessie J.J. van Weezel P. van de Woestijne	NVVC Connect en ACS K. Arkenbout Succesvolle PCI en dan? Hartrevalidatie en leefstijl na interventie K. Arkenbout	Thema: KETENZORG/CVRM – Goed verbonden of buiten bereik? Casusbespreking in de tweede lijn en verwijzing naar de eerste lijn N. Colman C. de Jong A. Helmigh J. Symkokowiak	Thema: Wie voert de regie? Motiverende gespreksvoering ter bevordering van een gezonde leefstijl Jos Dobber
VERDIEPEND Max. 75 deelnemers	Max. 30 deelnemers			Max. 28 deelnemers

CarVasZ 2016

Sessie 6 Sessievoorzitter: J.C. Dronkert	Sessie 7 Sessievoorzitter: M. de Ronde	Sessie 8 Sessievoorzitter: R. Verheijen	Sessie 9 Sessievoorzitter: A. Kolkman	Parallelsessie Sessievoorzitter: R. van der Jagt
CC	IC/TC	ICD	AF	
Van 2D tot 3D: het hart in je hand. Hartcatheterisatie in 3D bij kinderen G. Krings	Moet het vat open of gaan we opereren? CTO vs CABG B. Schölzel S. Bemelmans Cardiogene shock: impella of ECMO? A. Engstrom K. Sjaauw VERDIEPEND	Thema: ICD – Bang voor beestjes? Infecties bij ICD plaatsing en wissels M. Hemels Preventie van postoperatieve staphylococcus aureus M. van Rijen Infectiepreventie in de interventie cardiologie. VMS bundelstrategie G. Moen	(duur)sport en atriumfibrilleren S. de Vries PVI behandeling voor AF: speciale aandacht voor veiligheidsaspecten M.F. Scholten AF CONNECT I. Baas	Automatische hartmassage op de cathkamer D. Mulder Deze sessie wordt mogelijk gemaakt door ZOLL Max. 25 deelnemers

Dit lunchsymposium wordt mede mogelijk gemaakt door: **AMGEN**

Sessie 15 Sessievoorzitter: R. Veldhoen	Sessie 16 Sessievoorzitter: M. Brummel-Vermeulen	Sessie 17 Sessievoorzitter: E. Postelmans	Parallelsessie Sessievoorzitter: A. Kolkman	
TC	IC	ICD / HR		
Alle ins en outs van de hartlong- machine H. de Graaf Effectieve postoperatieve pijnbestrijding en de rol van de anesthesist N. Oliveira Ban Bedcentricity: fysieke mobiliteit postoperatief stimuleren L. Smulders	BPA: percutane behandeling van chronische thrombo-embolische pulmonale hypertensie M. van Leeuwen EKOS: lokale trombolysie bij longembolie A. Kraaijeveld IVUS en OCT op het cathlab R. Kraak VERDIEPEND	Thema: De patient in het web van de cardiovasculaire zorg "Banger hart": kwaliteit van leven na een ablatie M.B. van Gelderen-Karreman Leven met hart en vaatziekten K. Klompien	Nieuwe richtlijnen NOAC's L. Gerhards Gedeelde besluitvorming: komt een patient bij de verpleegkundig specialist... Spreker n.t.b. Deze sessie wordt mogelijk gemaakt door  Boehringer Ingelheim Max. 25 deelnemers	

Sessie 23 Sessievoorzitter: C. van Lent	Sessie 24 Sessievoorzitter: Y. Henstra	Parallelsessie Sessievoorzitter: M. Niesing-Lut	Legenda afkortingen AF Atriumfibrilleren Alg Algemeen AZ Acute Zorg CC Congenitale cardiologie EXP VS Expertgroep Verpleegkundig Specialisten HF Hartfalen HR Hartrevalidatie IC Interventiecardiologie ICD ICD/EFO werkgroep TC Thoraxchirurgie VZ Vasculaire Zorg WO Wetenschappelijk Onderzoek WS Workshop
CC	AF / VZ		
Family Centered Care; alleen in het Kinder Hartcentrum? <i>S. Otto</i> Ervaringen van verpleegkundigen: interactief <i>S. Otto</i>	<u>Thema: thuis door/voor de patiënt</u> Boezemfibrilleren: de app <i>J. de Jong</i> Meer zorg met minder zorgen; Ondersteuning gebruik antistolling thuis <i>S. Pinedo</i>	Implementatie van de nieuwe ESC richtlijn hartfalen 2016 in de praktijk <i>Mw. J. Susi-Faouzi</i> <i>Deze sessie wordt mogelijk gemaakt door  NOVARTIS</i> Max. 25 deelnemers	

‘Wees blij dat je nog leeft’

Verliesverwerking, een ondergeschoven kind binnen de hartrevalidatie

Bij hartrevalidatie gaat het te vaak om herstel en blijft verliesverwerking op de achtergrond. De auteur van dit artikel pleit voor een zorgmodel bij de hartrevalidatie waarin zowel verliesgerichte als herstelgerichte coping is opgenomen.

Janine Doornenbal, verpleegkundig consultant
Hartrevalidatie AMC, rouw- en verliesbegeleider in opleiding

E-mail: j.j.doornenbal@amc.nl

Vorige zomer ontmoette ik een patiënt met wie de eerste gesprekken verliepen per telefoon. De patiënt was door recidiverende hartritme-stoornissen – na zijn operatie aan een falende hartklep – niet in staat om naar het intakegesprek van de hartrevalidatie te komen. Deze hartritme-stoornissen maakten de patiënt onzeker en zorgden ervoor dat het fysiek revalideren later van start ging. Deze falende hartklep- en ritmestoornissen zijn het gevolg van bestralingen uit het verleden. De behandeling die jaren geleden zijn leven redde, zorgt nu voor vermindering van kwaliteit van leven en mogelijk vroegtijdig overlijden. Het hart is blijvend beschadigd. Tijdens het revalidatieproces van nu worstelt de patiënt met veel niet verwerkte emoties uit het verleden. Hij ontkende toen zijn ziek zijn; hij dacht alleen aan herstel en niet aan wat hij verloren had. Wat niet meehielp was dat ook zijn omgeving zijn ziek zijn volledig ontkende. Pas nu komen al die emoties van toen naar boven. Er zijn in de afgelopen jaren zeker momenten geweest dat de patiënt aangaf moeite te hebben met de bijverschijnselen van de bestralingen. Mensen reageerden dan dat hij niet mocht klagen, maar blij moest zijn dat hij nog leefde.

Met dit voorbeeld wil ik betogen dat het onderschatten van verliesgevoel na een acuut hartinfarct bij de patiënt de effectiviteit van de hartrevalidatie negatief beïnvloedt. Sterker nog, door de patiënt direct op herstel aan te spreken, ontnemt de professional de patiënt de gelegenheid om zijn gezondheidsverlies te verwerken.

In dit artikel bespreek ik eerst de rol van de hartrevalidatie in de huidige praktijk om vervolgens aan te geven waarom onderschatting van het verliesgevoel bij de patiënt leidt tot een lagere effectiviteit van die hartrevalidatie. Tot slot draag ik een aantal manieren aan om de aandacht voor de verliesgerichte coping te integreren in de praktijk.

Chronische patiënt

De populatie waar we over spreken is groot. In 2012 vonden er bijna 375.000 ziekenhuisopnamen plaats wegens hart- en vaatziekten. De Nederlandse Hartstichting (NHS)¹ geeft aan dat er ook een groot aantal jonge patiënten

de Inspectie voor de Gezondheidszorg² gekregen. Zo is de deelname aan de hartrevalidatie na een acuut hartinfarct toegevoegd als kwaliteitsindicator voor alle ziekenhuizen. Die deelname is nog niet hoog. De NHS³ onderzocht de deelname aan de hartrevalidatie in een steekproef onder Achmea-verzekerden, van wie 85.994 patiënten in de ‘acute groep’. In deze groep nam de deelname aan de hartrevalidatie toe van 27% in 2007 tot 36% in 2011.

De Revalidatiecommissie van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologen (NVVC) en de NHS stellen in de inleiding van de Richtlijn Hartrevalidatie⁴ dat herstel op fysiek, psychisch

Het besef van een chronische ziekte gaat altijd gepaard met de ervaring van verlies

opgenomen is met een acuut hartinfarct. Het aantal ziekenhuisopnamen vanwege acuut hartinfarct neemt sinds 2000 weer toe, terwijl de duur van de ziekenhuisopname afneemt. Het sterftecijfer van patiënten met hart- en vaatziekten is de afgelopen decennia aanzienlijk gedaald. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe en daarmee het belang om te streven naar verbetering van de zorg voor de chronische patiënt.²

De kwaliteit van de hartrevalidatie en het verhogen van de deelname aan de hartrevalidatie heeft de afgelopen jaren de nadrukkelijke aandacht van

en sociaal gebied nauw met elkaar samenhangen. Op basis van literatuuronderzoek is onderbouwd dat bij veel patiënten de volgende effecten bereikt kunnen worden: minder overlijden door hartziekten, toename van inspanningstolerantie, toename van zuurstofopname door de hartspeer, verbetering van cholesterolwaarden, toename van zelfvertrouwen en vermindering van depressieve symptomen en angstsymptomen.

Twee zijden van de medaille

De Richtlijn Hartrevalidatie⁴ is herstelgericht wat betreft de fysieke, psychische en sociale doelen. Fysieke

doelen zijn gericht op herstel van het lichamelijk functioneren, de psychische doelen richten zich op het herwinnen van emotioneel evenwicht, het op een functionele manier leren omgaan met de hartziekte en het overwinnen van angst voor inspanning. Diezelfde Richtlijn Hartrevalidatie besteedt geen aandacht aan de normale emotionele verschijnselen na een opname in verband met hart- en vaatziekten. In het hoofdstuk psychische doelen wordt de klacht van een patiënt die bijvoorbeeld vermoeid is of concentratieproblemen heeft bij het intakegesprek (binnen 2 weken na ontslag uit het ziekenhuis) van de hartrevalidatie, meteen geïnterpreteerd als uiting van een verstoord emotioneel evenwicht.

Een acuut hartinfarct leidt tot het wegvallen van vertrouwen in het lichaam. Dit is een normale emotie van de rouw die bij het verlies van gezondheid hoort. Het besef van een chronische ziekte gaat altijd gepaard met

de ervaring van verlies; een verlies dat zich telkens opnieuw aandient in het leven en dat alle domeinen van het leven in meer of mindere mate binnendringt.⁵ De Hart & Vaatgroep⁶ stelt op haar website dat de psychosociale gevolgen vaak zwaarder zijn dan de lichamelijke beperkingen. Ze bevelen aan de balans te herstellen door patiënten minder gewicht aan de draaglast en meer gewicht aan de draagkracht te laten besteden.

Bij het overlijden van een dierbare markeren rituelen het einde van een fase en de noodzaak van een nieuw begin. Een chronische ziekte wordt wel gemarkeerd door een begin, maar niet door een einde. Het is blijvend aanwezig, een niet eindigend rouwproces, waarin de patiënt steeds opnieuw wordt geconfronteerd met de consequenties van de chronische ziekte. Iemand met een chronische ziekte maakt periodes mee waarin rouw nu eens op de voorgrond staat en dan weer minder actueel is.⁵

Duale procesmodel

Het duale procesmodel⁷ beschouwt rouw en herstel als twee samenhangende aspecten van verliesverwerking. Er is veel onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid van dit model bij het verlies van een dierbare door overlijden. Het is een model met twee typen stressoren: verliesgerichte en herstelgerichte.⁸ Verliesgerichte coping omvat het omgaan met stressoren die ontstaan door het verlies zelf; het gaat om de verliesverwerking. Herstelgerichte coping omvat het omgaan met de secundaire stressoren die het resultaat zijn van het verlies en die een antwoord vragen. Hoe passen we ons aan de veranderingen aan die ontstaan in onszelf en ons leven na het verlies? We worden uitgedaagd om nieuwe dingen uit te proberen en nieuwe vaardigheden aan te leren. De secundaire stressoren die voortkomen uit de verlieservaring kunnen leiden tot herdefiniëring van het eigen eigen zelf- en wereldbeeld.



Figuur 1. Het duale procesmodel van Stroebe en Schut (1999) veronderstelt dat rouw een heen en weer gaan tussen verlies en herstel is.⁷

Een gezond rouwproces omvat een flexibel heen en weer bewegen tussen de twee copingstrategieën. Daarbij hebben vrouwen een voorkeur om verliesgericht te zijn en mannen zijn eerder herstelgericht.⁸ Wanneer het flexibel heen en weer bewegen niet lukt of het gevoel van veiligheid niet herstelt, kan het eenzijdig leunen op een van de beide strategieën effectieve coping en het doorlopen van het rouwproces in de weg staan.¹⁰ Ook weten we uit onderzoek dat extreem vermijdende personen waarschijnlijk niet in therapie gaan of niet komen opdagen, omdat hun strategie er juist uit bestaat te ontkennen of te verdrücken dat er een probleem is.¹¹

Model

Leefstijlveranderingen zijn notoir lastig te realiseren, wat voor een deel de therapieontrouw van de patiënt kan verklaren.¹² Of een patiënt zijn

Het ontbreekt aan een model voor patiënten die behoefte hebben aan ondersteuning bij zelfzorg. Van Erp & Donders¹³ geven aan dat er een grote middengroep van patiënten is die problemen heeft met het toepassen van de nieuwe leefstijl in het dagelijkse leven. Deze middengroep bevat patiënten met een falend zelfmanagement. Het zijn patiënten die wel weten dat ze gedrag aan moeten passen, maar er thuis niet in slagen om dat ook daadwerkelijk te doen of die (blijven) ontkennen dat zij ziek zijn.

Het zou goed zijn om zowel verliesgerichte als herstelgerichte coping in zo'n zorgmodel op te nemen. Appelo¹⁴ laat zien dat als er te vroeg gestart wordt met interventies die gericht zijn op verandering van leefstijl dit tot onvoldoende verwerking van het verlies leidt, wat weer het herstel bemoeilijkt. Accepteren van een chronische aandoening is een van de moeilijkste

en beperkte mogelijkheden is de eerste stap op weg naar beter functioneren.

Zelfmanagement

Een dergelijk zorgmodel wordt des te belangrijker omdat de huidige gezondheidszorg naar zelfmanagement van zorg streeft. Zelfmanagement¹⁵ gaat uit van het principe dat patiënten zoveel mogelijk de 'kracht' in plaats van de 'klacht' als uitgangspunt kiezen. Onderzoek wijst uit dat het ondersteunen van zelfmanagement voordelen kan opleveren voor mensen met een chronische aandoening. Voor zelfmanagement kan hetzelfde gelden als voor verandering van leefstijl: het is lastig consequent vorm te geven door de patiënt. Mogelijk kan ook hier aandacht voor verliesverwerking tot een beter resultaat leiden. Zelfmanagement is in ontwikkeling, het is onbekend welk type zelfmanagement-ondersteuning bij welke doelgroep wel of niet werkt. Het meeste onderzoek is gericht op klinische uitkomstmaten en zorggebruik, en niet op wat zelfmanagement voor het dagelijks leven van mensen met een chronische ziekte oplevert.

Het toekomstperspectief van hartpatiënten verandert drastisch

gedrag wil veranderen is afhankelijk van het belang dat hij hecht aan verandering, of verandering wel mogelijk is en of hij er klaar voor is. Er wordt aangenomen dat het afdwingen van gedragsverandering juist de verdedigingsmechanismen van de persoon zal aanwakkeren.¹¹

opgaven in het leven van mensen. De ziekte een plaats geven betekent niet alleen het gevecht opgeven, maar ook stoppen met zoeken naar genezing. Het toekomstperspectief van hartpatiënten verandert drastisch. Het rouwen over een beperkte daadkracht, de kwetsbaarheid, de blijvende klachten

Verliesverwerking binnen hartrevalidatie

Hoe kan verliesverwerking een structurele rol krijgen binnen de hartrevalidatie? Er bestaat een Verlieszorgstandaard Ziekenhuis en Revalidatie¹⁶ die geïmplementeerd kan worden in een verpleegkundige anamnese binnen de hartrevalidatie. Dan krijgt de patiënt, ongeacht waar hij hartrevalidatie volgt, een intakegesprek gericht op verliesverwerking. Het is van belang dat professionals zich realiseren dat er zeker geen sprake kan zijn van 'one size fits all'. Het is nodig om in kaart brengen wanneer de patiënt behoefte heeft aan welke informatie en ook de wijze waarop deze informatie gegeven wordt.¹⁷ De psychologen van het Mariaziekenhuis in Noord-Limburg¹⁸ hebben een informatiebrochure voor patiënten samengesteld onder de titel: 'Omgaan met emotionele gevolgen van hart- en vaatziekten'. Het zou wenselijk zijn als zorgverleners landelijk een soortgelijke folder kunnen aanbieden.

Door de Richtlijn Hartrevalidatie aan te vullen met een verliesgerichte

Twée patiënten vertellen

Twée deelnemers aan hartrevalidatie, een man en een vrouw, waren bereid om te praten over hun beleving van verlies van gezondheid. De man was in het verleden alleen gericht op herstel in een omgeving waar zijn ziek zijn volledig ontkend werd. Nu heeft hij gezondheidsverlies door de medische behandelingen van toen en is zijn copingstijl verliesgericht te noemen. Zelf zegt hij dat hij nu pas beseft welke verliezen hij in het verleden geleden heeft. De vrouw is lange tijd op de Intensive Care opgenomen geweest. Het was een periode waarin zij niet wist dat ze zo ziek was, maar achteraf kan ze wel drie situaties beschrijven waarin zij werd "opgehaald door iemand om haar naar 'de andere kant' te brengen". De vrouw vertelt dat zij in de periode na het plotselinge overlijden van haar dochter vooral herstelgericht was; ze richtte haar zorg op haar kleindochters en schoonzoon. Toen zij recent een ooginfarct doormaakte, was zij verliesgericht; ze ervaart dit recente verlies van gezondheid als een doffe ellende waardoor er forse beperkingen zijn in haar dagelijkse activiteiten. Ze stelt zich regelmatig de vraag "Waarom?". Deze voorbeelden laten zien dat het inzetten van een copingstrategie per situatie kan verschillen.

component wordt de verwerking van verlies verankerd binnen de hartrevalidatie. Ik zie twee onderdelen: ten eerste de introductie van een verliesaamnese zoals hierboven voorgesteld en ten tweede specifieke aandacht voor verliesverwerking bij de start van dat hartrevalidatie. Momenteel vindt er door het Zorginstituut Nederland¹⁹ een herstructurering plaats van het zorgpad rondom pijn op de borst. Het is aan te bevelen verliesverwerking te betrekken bij deze herstructurering.

Meer onderzoek naar de plaats van rouwverwerking in de praktijk is nodig

Ook zou ik willen pleiten voor onderzoek naar het duale procesmodel binnen deze specifieke patiëntenpopulatie. De onderzoeksvraag zou moeten zijn of therapeutische aandacht voor de verliesgerichte copingstrategie patiënten beter in staat stelt om de leefstijl blijvend aan te passen. Ik wil benadrukken hoe belangrijk het is dat de professionals op de hoogte zijn van welke patiënt zij behandelen; aan welke copingstrategie geeft de patiënt de voorkeur, wanneer heeft hij behoefte aan welke informatie en op welke wijze wil hij die krijgen. Alleen dan is het mogelijk dat een patiënt op effectieve wijze deel kan nemen aan de hartrevalidatie en in staat is om zijn gedrag te veranderen. Kortom, er moet onderzoek worden gedaan om de plaats van rouwverwerking in de praktijk te kunnen bepalen.

Terug naar mijn praktijk. Vaak zie ik een onzekere patiënt mijn spreekkamer binnenkomen bij het eerste bezoek. Na het gesprek met uitleg over de hartrevalidatie, de mogelijkheid tot het stellen van vragen en het vertellen welke emoties normaal zijn, zie ik een opgeluchte patiënt met rechte rug de spreekkamer verlaten. Terwijl na het invullen van de vragenlijsten deze patiënt het etiket 'emotioneel instabiel' kreeg vanwege slecht slapen, onzeker en geprikkeld zijn. 

Literatuur

1. Vaartjes, I., Koopman, C., Dis, I. van., Visseren, FLJ., & Bots, ML. (2013). Hoofdstuk 1, Hart- en vaatziekten in Nederland. In: Vaartjes, I., Koopman, C., Dis, I. van., Visseren, FLJ., & Bots, ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2013, cijfers over leefstijl, risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Hartstichting.
2. Inspectie voor de Volksgezondheid. (2015) Het resultaat telt ziekenhuizen 2013. Utrecht: Inspectie voor de Volksgezondheid.
3. Vries, H. de., Kemps, HMC., Kraaijenhagen, RA., Dis, I. van., Broek, I. van den., & Peek, N. (2014). Hoofdstuk 3, Deelname aan hartrevalidatieprogramma's in Nederland 2007-2011 In: Koopman, C., Dis, I. van., Vaartjes, I., Visseren, FLJ., & Bots, ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2014, cijfers over kwaliteit van leven, ziekte en sterfte. Den Haag: Hartstichting.
4. Revalidatiecommissie van de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie en de Nederlandse Hartstichting; projectgroep PAAHR. (2011) De Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011. Utrecht: Drukkerij Pascal.
5. Lynen, M. (2015). Hoofdstuk 3.18, Chronische Rouw, Leven met een handicap. In: Maes, J. & Modderman, H. Handboek Rouw rouwbegeleiding Rouwtherapie tussen presentie en interventie (2e druk). Witsand Uitgevers.
6. De Hart & Vaatgroep. (2015). Dagelijks leven, psychosociale aspecten. Geraadpleegd op 4 december 2015, van <http://www.hartenvaatgroep.nl/dagelijks-leven/psychosociale-aspecten.html>
7. Stroebe MS. en Schut H. (1999) The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies* 23: 197-224.
8. Maes, J. & Jansen, E. (2015). Ze zeggen dat het overgaat (5e druk). Witsand Uitgevers.
9. Onderwaater, A. (2015). De onverbreekelijke band (9e druk). Amsterdam: Pearson.
10. Deknudt, H. (2015). Hoofdstuk 1.3, Rouw en Hechting, over vastnemen en loslaten. In: Maes, J. & Modderman, H. Handboek Rouw rouwbegeleiding Rouwtherapie tussen presentie en interventie (2e druk). Witsand Uitgevers.
11. Zech, E. (2015). Hoofdstuk 2.1, Rouw vanuit persoons- en experiëntieel gericht perspectief. In: Maes, J. & Modderman, H. Handboek Rouw rouwbegeleiding Rouwtherapie tussen presentie en interventie (2e druk). Witsand Uitgevers.
12. Grundmeijer, H. (2012). De patiënt slikt niet alles. Therapietrouw, een zware pil. In: Legemate, DA. & Ubbink, DT. Het bespreken van medische kansen en risico's: Dilemma's in de spreekkamer. Houten: Bohn Stafleu Van Lochem.
13. Erp, J. van., & Donders, P. (red.) (2004) Leven met verandering. Den Haag: Hartstichting.
14. Appelo, MT. (1999) Van draaglast naar draagkracht. Houten: Bohn Stafleu Van Lochem.
15. Centraal Begeleidingsorgaan (2014). Zorgmodule Zelfmanagement 1.0 Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten. Centraal Begeleidingsorgaan. http://www.hartenvaatgroep.nl/uploads/media/2014_03_Zorgmodule_Zelfmanagement.pdf
16. Mönnink, H. de. (2015). Verlieskunde. (6e druk). Amsterdam: Reed Business Education.
17. Vosbergen, S. (2014). One patient is different from the next: Coronary heart disease patients' needs and preferences for web-based self-management support. PhD thesis. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
18. Mariaziekenhuis Noord-Limburg. (2012). Infobrochure Omgaan met de emotionele gevolgen van hart- en vaatziekten. Overpelt: Mariaziekenhuis.
19. Zorginstituut Nederland. (2015). Hart- en vaatstelsel – Pijn op de borst. Geraadpleegd op 14 december 2015, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/lopende+dossiers/programma+zinnige+zorg>

Overvloed aan indicatoren leidt tot frustraties, niet tot betere zorg

Zand in de kwaliteitsmachinerie

Kwaliteitsverbetering in Nederlandse ziekenhuizen betekent vooral audits, certificaten halen en bureaucratie. De inspanning is groot, maar de resultaten zijn – ook in een Europese vergelijking – niet navenant. Een andere aanpak is dringend gewenst.

Anne Marie Weggelaar, universitair docent en onderzoeker bij het iBMG; Hester van de Bovenkamp, universitair docent en onderzoeker bij het iBMG; Roland Bal, hoogleraar bestuur en beleid van de gezondheidszorg bij het iBMG

Het verbeteren van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg is ontaard in een voortdurend toenemende hoeveelheid eisen waaraan zorginstellingen en professionals moeten voldoen. Medewerkers van ziekenhuizen zijn meer bezig met het binnenhalen van het zoveelste certificaat en het registreren van indicatoren, dan met het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Wij vinden het tijd voor een andere aanpak.

Zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen en de inspectie bedenken de ene na de andere indicator waaraan ziekenhuizen moeten voldoen. In de afgelopen zeven jaar groeide het aantal indicatoren van 340 naar meer dan 3400. Dat veroorzaakt een enorme administratieve last. Uit de Europese Quaser-studie (zie kader) blijkt dat deze aanpak maar weinig bijdraagt aan betere kwaliteit van de zorg.

Nog meer indicatoren

Voor de Quaser-studie bekeken wij hoe kwaliteit op macro-, meso- en micro-niveau in de gezondheidszorg vorm krijgt. Hiertoe liepen we onder andere ruim een jaar mee in tien Europese ziekenhuizen, waaronder twee Nederlandse ziekenhuizen. Door Nederlandse data te vergelijken met die van andere landen konden we een patroon blootleggen in de wijze waarop in ons land met kwaliteit wordt omgegaan.

Opvallend is de enorme hoeveelheid indicatoren en externe audits waarmee Nederlandse ziekenhuizen te maken hebben. Onderzoekers in andere Europese landen verbaasden zich over de divergentie en de overlap van indicatoren. Een goed voorbeeld zijn de indicatoren voor longkanker (zie kader) waarbij Stichting Oncologische Samenwerking (Soncos), inspectie en

De Quaser-studie

De Quaser-studie werd gefinancierd door de Europese Unie. Het doel van de studie was het verkennen van de relatie tussen structurele en culturele karakteristieken van ziekenhuizen en het effect hiervan op klinische effectiviteit, patiëntveiligheid en patiëntervaringen. Daarvoor werden tien casestudies gedaan in Portugal, Noorwegen, Zweden, Engeland en Nederland. Deze landen werden gekozen omdat zij verschillende gezondheidszorgsystemen hebben. Engeland en Portugal hebben een centraal aangestuurd systeem vanuit de nationale overheid; Zweden en Noorwegen een gedecentraliseerd systeem met veel consensusoverleg; en Nederland een marktgedreven zorgsysteem.

De onderzoekers onderzochten de situatie in ieder land op macroniveau (hoe beïnvloedt het gezondheidszorgsysteem het werken aan kwaliteit?), op mesoniveau (hoe lopen de verbeterprocessen op ziekenhuisniveau?) en op microniveau (hoe werken zorgverleners aan kwaliteitsverbetering?). Er werd vooral gekeken naar hoe de verschillende niveaus elkaar beïnvloeden en op welke manier een bijdrage geleverd kan worden aan het verbeteren van het kwaliteits- en veiligheidswerk.

zorgverzekeraars andere ‘tellers’ en ‘noemers’ gebruiken. Deze, vooral door externe partijen, opgestelde indicatoren staan aan de basis van een zichzelf versterkend patroon. Het patroon start ermee dat externe partijen vinden dat zij dé experts zijn om de kwaliteit van de zorg te onderzoeken. Wie echter kritisch de kwaliteit van zorg van een ziekenhuis onderzoekt, vindt altijd fouten. De reactie daarop is vaak meer indicatoren en meer audits. Het gevolg is dat er nog meer onderzoeken plaatsvinden en nog meer fouten worden gevonden – een patroon dat zichzelf versterkt.

Ziekenhuizen voelen zich verplicht om te proberen aan deze eisen te voldoen, mede omdat ze daarmee verantwoording kunnen afleggen over de geleverde kwaliteit. Terwijl ze bij veel indicatoren en certificaten twijfelen over het nut en de noodzaak ervan. Maar zonder certificaat verliest een ziekenhuis de slag met andere zorgaanbieders omdat patiënten en zorgaanbieders dit mogelijk zien als ‘niet

leveren van kwaliteit’. Ook de media en de publieke opinie spelen hierbij een rol. Incidenten worden uitvergroot en beïnvloeden de publieke opinie en de politiek, met als gevolg een roep om meer controle. Gevolg is dat ziekenhuizen zich onder druk gezet voelen om snel maatregelen te treffen. Dat bevestigt het beeld dat externe druk nodig is om zaken te veranderen. En daardoor neemt de druk van buitenaf verder toe.

Demotivatie

Wat je zou verwachten is: er worden fouten gevonden, daar doen we iets aan en daarmee krijgen we een betere zorgkwaliteit. De praktijk is echter anders. Door de enorme hoeveelheid eisen raakt het middenmanagement overbelast en gaat het overzicht verloren, omdat de samenhang niet meer duidelijk is. Een bron van frustratie voor managers en zorgverleners is de overlap of zelfs tegenstrijdigheid van de diverse eisen. Bijvoorbeeld een

indicator die beoogt de doorlooptijd te verkorten, terwijl tegelijkertijd concentratie van behandelingen plaatsvindt vanwege de volumenor-men. Door het laatste neemt het aantal behandelingen toe terwijl de capaciteit daar niet op is berekend. Het gevolg is dat de doorlooptijd wordt verlengd.

Het gevolg hiervan is driedelig. Ten eerste zagen we dat het middenmanagement nauwelijks tijd heeft om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Middenmanagers zijn vooral druk met het wegwerken van administratie, het binnenhalen van het zoveelste certificaat en het maken van nieuwe plannen van aanpak. Tijd om zaken goed te onderzoeken, verbeteringen in gang te zetten, zaken rustig af te maken en

niet bijdragen aan het daadwerkelijk verbeteren van de zorg. Op de een of andere manier is datgene wat hoort bij de kern van het vak, de kwaliteit die de zorgprofessional levert, verworden tot iets dat je doet voor de inspectie of de verzekeraar. Daarmee is kwaliteit van zorg vooral een zaak geworden van stafmedewerkers en kwaliteitsafdelingen, die de benodigde certificaten moeten binnenhalen en ervoor zorgen dat de 'cijferlijstjes' op orde zijn.

Patroon doorbreken

Door onze data te spiegelen aan die van de onderzoekers uit andere landen, hebben we meer zicht gekregen op mogelijkheden om dit patroon te doorbreken. We zien daarvoor vier richtingen.

Veel van de indicatoren

gaan over details

te borgen ontbreekt. Ten tweede vinden medewerkers dat veel van de indicatoren gaan over details en niet over de kern van het zorgproces. Het gevolg is dat medewerkers en met name artsen gefrustreerd raken van alle lijstjes die ze moeten invullen en niet gemotiveerd zijn om te werken aan kwaliteitsverbeteringen. Ten derde zien we dat kwaliteitsafdelingen in ziekenhuizen groeien, en van functie veranderen. In plaats van te ondersteunen bij kwaliteitsverbetering, verzamelen ze vooral informatie en controleren ze de ingevulde lijstjes en rapportages. Zeker in ziekenhuizen waar de ICT nog niet erg volwassen is, moet de kwaliteitsafdeling veel werk verzetten om alle gegevens bij elkaar te sprokkelen.

Het effect is dat zorgverleners zich steeds minder verantwoordelijk voelen voor de kwaliteit van zorg. Zo zagen we bij een ziekenhuis dat daalde in de AD top 100, dat artsen de oorzaak zochten bij het niet goed functioneren van de kwaliteitsafdeling. Zij bedachten vooral oplossingen in de zin van meer of minder includeren van bepaalde patiëntengroepen, zodat de scores op de indicator beter zijn. Dat zijn perverse prikkels die

Allereerst suggereerden de resultaten uit andere landen dat de verschillende organisaties die indicatoren en auditcriteria maken, meer met elkaar én met de ziekenhuizen zouden moeten overleggen. De Noren, Zweden en Portugezen hebben daarvoor verschillende overlegstructuren ingesteld. Recentelijk pleitte Rouvoet namens Zorgverzekeraars Nederland ook voor meer dialoog, dus dit is mogelijk snel op te pakken. Misschien kan het Kwaliteitsinstituut het initiatief nemen om dit debat te faciliteren.

Ten tweede zien we dat Nederlandse ziekenhuizen de afgelopen jaren druk zijn geweest met het inrichten van systemen, het implementeren van instrumenten en het verzamelen van data. Over de systematische manier waarop dit is aangepakt, kunnen andere landen iets van ons leren. Maar Nederland kan ook iets van de andere landen leren. Zo zijn we in Nederland minder gericht op verandering van gedrag, houding en cultuur van zorgverleners. In Zweden is bijvoorbeeld meer aandacht voor het leeraspect. Daar vindt men het maken van een lokale richtlijn belangrijker dan het hebben van een landelijke richtlijn. Kennis internaliseren, de dialoog

met elkaar aangaan, cijfers met elkaar bekijken en daar iets van vinden tijdens het maken van een richtlijn zijn aspecten die verandering teweegbrengen. Implementeren van een landelijke richtlijn doet dat maar zeer ten dele.

Ten derde ligt er ook een verantwoordelijkheid bij de ziekenhuizen zelf. Zij moeten beter prioriteiten stellen en slimmere keuzes maken. Bestuurders moeten vaker durven zeggen: 'Dank u wel voor deze mooie indicator of dit nieuwe certificaat, maar we hebben er onvoldoende aan of stellen andere prioriteiten. Daarom doen we er niets mee'.

Zelf verantwoordelijkheid nemen

Tot slot is er een taak voor zorgverleners. Ga in overleg met het management. Bepaal met elkaar: wat doen we wel, wat doen we niet? Zorgverleners, geef en neem de ruimte om zaken met elkaar te bespreken! Neem als arts zelf de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg weer terug en leg deze niet bij de kwaliteitsafdeling. Vraag cijfers en data niet één keer per jaar op, maar minimaal ieder kwartaal. Bekijk ze, begrijp ze en bespreek ze. Vraag of er een seintje gegeven kan worden als ze niet goed zijn, zodat meteen actie kan worden ondernomen. Zorg er met elkaar voor dat niet het registreren, maar het belang van kwaliteitsverbetering voorop blijft staan.

Door een combinatie van deze lessen toe te passen kunnen we de zichzelf versterkende trend van alsmaar toenemende externe eisen wellicht keren en kwaliteitszorg weer laten gaan over waarvoor het bedoeld is: het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de patiënt. 

Dit artikel is met toestemming overgenomen uit Medisch Contact, 21 april 2016

Hypoplastisch linkerhartsyndroom

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

Het hypoplastisch linkerhartsyndroom (HLHS) is een ernstige aangeboren hartafwijking waarbij de linkerventrikel hypoplastisch (onderontwikkeld) is en onvoldoende in staat is om de lichaams-circulatie te onderhouden. Bij een hypoplastische linkerventrikel zijn de aortaklep en de mitralisklep in bijna alle gevallen atretisch (een normale opening ontbreekt) of sterk onderontwikkeld. De aorta ascendens en de aortaboog zijn meestal hypoplastisch. Zonder behandeling overlijdt 95% van de patiënten in de eerste levensmaand. Jaarlijks wordt de diagnose HLHS gesteld bij ongeveer 50 kinderen, vaak al vroeg voor de geboorte. Ongeveer de helft van de ouders besluit na de diagnose tot afbreken van de zwangerschap.

In verband met te verwachten postnatale spoedinterventie vindt intra-uteriene verwijzing plaats naar een centrum waar deze kinderen chirurgisch behandeld kunnen worden.

Voor de geboorte

Voor de geboorte heeft de foetus omdat hij niet zelf ademt twee 'kortsluitingen' tussen de longcirculatie en de lichaams-circulatie:

- via het foramen ovale: een opening tussen de twee atria
- via de ductus arteriosus (Botalli): een verbinding tussen de arteria pulmonalis en de aorta.

Na de geboorte

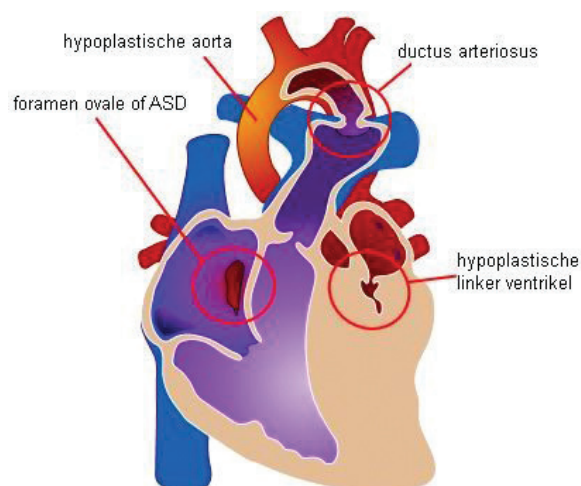
De ductus arteriosus zal binnen enkele dagen of weken dichtgroeien, het foramen ovale wordt kleiner en groeit vaak helemaal dicht. De pasgeborene met een HLHS kan alleen overleven als de ductus arteriosus en het foramen ovale open blijven. Door deze verbindingen komt er voldoende zuurstofrijk bloed uit de longcirculatie in de lichaams-circulatie om het kind na de geboorte in leven te houden. De pasgeborene met HLHS heeft na de geboorte opvallend weinig verschijnselen. Als de ductus Botalli na een paar dagen begint te sluiten, neemt de lichaams-circulatie af met als gevolg toenemende bleekheid of cyanose, moeheid, slechter drinken en algemeen niet lekker zijn. Als de diagnose HLHS antenataal niet is vastgesteld, presenteert de pasgeborene zich vaak in cardiogene shock.

Behandeling tot aan operatieve correctie

De behandeling van de pasgeborene is gericht op het open houden van de ductus Botalli en het foramen ovale. Na de geboorte wordt meteen begonnen met het intraveneus toedienen van prostaglandines (Prostin). Dit gebeurt op een Neonatale Intensive Care met frequent uitgevoerde echocardiogrammen.



Figuur 1. Normale hart



Figuur 2. HLHS

Als het foramen ovale niet voldoende open is, zal er via hartkatheterisatie een Rashkind procedure (ballon atrioseptostomie) worden uitgevoerd.

De operatieve behandeling

Omdat de linkerventrikel onderontwikkeld is, zal een biven-triculaire correctie niet mogelijk zijn. Het uiteindelijke doel van de chirurgische behandeling zal een Fontancirculatie zijn (ook TCPC = totale cavo pulmonale connectie geheten): een gescheiden circulatie met de rechterkamer als systeemkamer, de twee atria met elkaar verbonden door een open atrium septum en de andere helft van de circulatie (de oorspronkelijke 'rechter harthelft') passief aangesloten op de longen buiten het hart om.

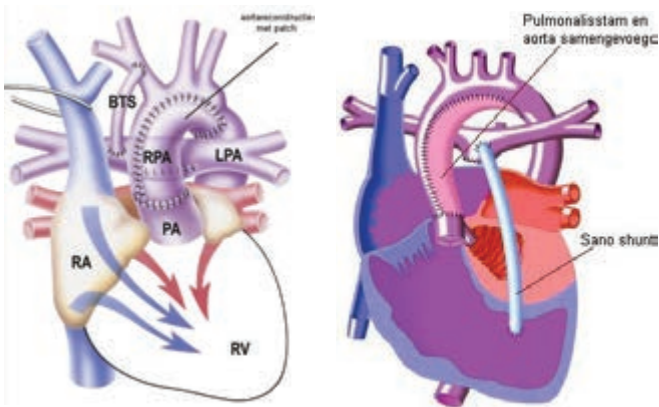
Deze correctie wordt in principe in 3 stappen uitgevoerd. De eerste stappen kunnen bij de chirurgische behandeling van HLHS per kinderhartcentrum verschillend zijn, zoals:

1. Norwood procedure + Sano-shunt of Blälock-Taussig-shunt (BT-shunt)
 2. Glenn-shunt (Partiële Cavo Pulmonale Connectie - PCPC)
 3. Completeren van de Fontancirculatie
- Of:
1. Hybride procedure
 2. Norwood procedure + Glenn-shunt
 3. Completeren van de Fontancirculatie

Norwood-1 procedure

De 1^e operatie heeft als doel ervoor te zorgen dat de lichaamsslagader groot genoeg is om de bloedsomloop te verzorgen zonder dat die afhankelijk is van het open blijven van de ductus Botalli. Verder wordt ervoor gezorgd dat het foramen ovale voldoende groot is en de juiste hoeveelheid bloed naar de longen gaat. Dit gebeurt via een shunt van de systemische circulatie naar de arteria pulmonalis, met een Sano- of BT-shunt.

Deze gehele operatie is de Norwood procedure (Norwood I): de hoofdstam van de pulmonalis en de hypoplastische aorta worden met elkaar verbonden; de arteria pulmonalis wordt los geprepareerd bij de vertakking; de arteria pulmonalisklep wordt aortaklep en het atriumseptum wordt gereceerd.



Figuur 3. Norwood met gemodificeerde BT-shunt

Figuur 4. Norwood 1 met Sano-shunt

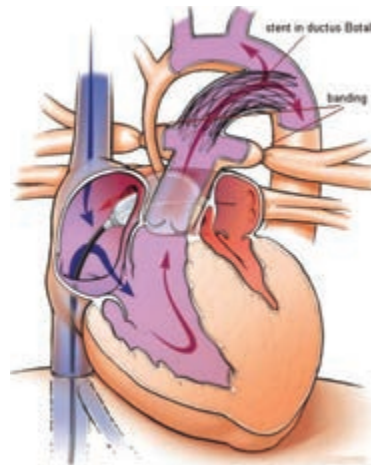
De Sano-shunt is een shunt vanuit de RV naar de arteria pulmonalis. Voordelen van deze RV-AP-shunt zijn:

- Geen diastolisch 'steal'-effect, minder schommelingen in bloeddruk.
- Hogere diastolische druk.
- Betere coronaire perfusie.
- Mogelijk verminderde volumebelasting van het RV, waardoor lekkage van de tricuspidalis en decompensatie worden voorkomen.

Nadeel: Er moet een incisie in het rechterkamermyocard gemaakt worden en het pericard moet geopend worden, waardoor verklevingen ontstaan die een latere ingreep bemoeilijken.

Hybride Norwood

Doel is het beperken van de longflow door het aanleggen van bandjes om de oorsprong van de rechter en linker longslagader en het garanderen van lichaamsdoorbloeding door het openhouden van de ductus Botalli door een stent. Bij onvoldoende communicatie op atriumseptumniveau kan ook nog een Rashkind ballon-atrionoestomie of het stenten van het atriumseptum nodig zijn, om longvenneuze stuwung te voorkomen en de zuurstofsaturatie te verbeteren.



Figuur 5. Hybride Norwood

Vroeger werd de 2^e operatie na ongeveer 6 tot 8 maanden uitgevoerd, tegenwoordig wordt niet zo lang gewacht, omdat na zoveel maanden banding de groei van de longslagaders achterblijft waardoor de Glenn en de Fontancirculatie niet goed kunnen functioneren. Bij de 2^e operatie wordt de 'echte' Norwood-operatie gecombineerd met de Glenn-shunt. Voordeel van deze 'hybride' benadering is het vermijden van de zwaarste stap in de meest gevoelige periode kort na de geboorte en het vermijden van de Blälock- en/of Sano-shunt. Naar verwachting zal hiermee de kans op neurologische schade lager zijn. Voorheen werden kinderen na een BT-shunt met een maand of 5-6 geopereerd voor de Glenn-shunt. Met de Sano-shunt moeten de kinderen geopereerd worden op een leeftijd van 3-4 maanden voor de 2^e operatie: de Glenn-shunt of de Norwood II. -De arteriële oxygenatie wordt op deze leeftijd bij de 'Sano-shunt kinderen' slechter.

PCPC (Glenn-shunt)

De tweede stap van de operatieve behandeling van aangeboren hartafwijkingen met functionele monoventrikel vindt over het

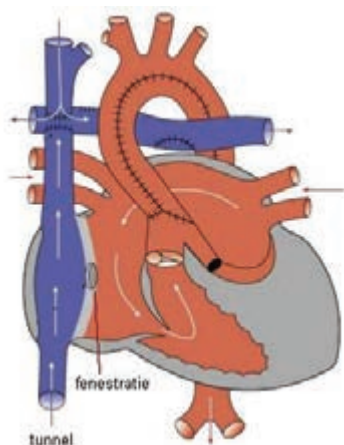
algemeen plaats op een leeftijd tussen 4 en 6 maanden. Tijdens de Glenn-operatie (Bidirectionele Glenn of Hemi-Fontan) wordt een rechtstreekse verbinding gemaakt tussen de vena cava superior en de rechter arteria pulmonalistak. Zo wordt zuurstof-arm bloed vanuit de bovenste lichaamshelft rechtstreeks naar de longen geleid zonder het hart te passeren, waardoor het univentriculaire hart gedeeltelijk wordt ontlast. Verder wordt de BT-shunt of Sano-shunt gesloten die bij de 1^e operatie was aangelegd.

Op de leeftijd van ongeveer 2 tot 4 jaar vindt de Fontanoperatie plaats: het aanleggen van een totale cavo-pulmonale shunt. Hierbij wordt een verbinding gemaakt tussen de vena cava inferior en de arteria pulmonalis. Na deze operatie zijn de pulmonale en de systemische circulatie volledig gescheiden.

TCPC (Fontanprocedure)

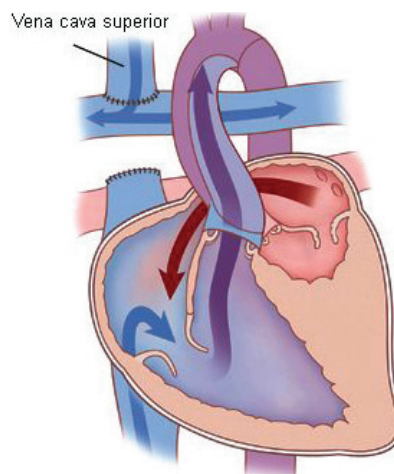
TCPC wordt toegepast bij kinderen met een functionele mono-ventrikel: tricuspidalis- of pulmonalisatresie met een onderontwikkelde rechterventrikel, mitralis- en/of aorta-atresie met onderontwikkelde linkerventrikel en bij een aantal vormen van double outlet rechterventrikel (DORV). Bij deze aangeboren hartafwijkingen is leven alleen mogelijk als er sprake is van shunting tussen de pulmonaal- en systeemcirculatie. Bij deze afwijkingen is er een complete menging van systemische en pulmonaal veneuze retour (meestal op atriaal of ventriculair niveau, ASD of VSD). Er is sprake van volledig gemengde circulaties: chirurgische correctie bestaat uit het scheiden van de systemische en pulmonale circulaties, met als gevolg een bijna normale zuurstofsaturatie. Met behulp van cavo-pulmonale connecties wordt het systeemveneuze bloed direct naar het longvaatbed geleid. Alle verbindingen tussen beide circulaties worden gesloten en beide venae cavae worden verbonden met de longcirculatie (= totale cavo-pulmonale connectie: TCPC).

Bij de derde stap in de operatieve behandeling van HLHS, het zogenaamde 'completeren Fontancirculatie', wordt een verbinding gemaakt tussen de VCI en de arteria pulmonalis met behulp van een kunststof buis (TCPC).



Figuur 7. Fontan bij HLFS

Aangezien er een passieve flow is vanuit de veneuze systeem-circulatie naar de arteria pulmonalis moeten de druk en de pulmonale vaatweerstand laag zijn om een goede pulmonale circulatie te krijgen.



Figuur 6. Glenn bij HLHS

Bij de meeste kinderen wordt bij de TCPC een fenestratie aangelegd, een luikje tussen het veneuze conduit en het functionele atrium. Als de druk in de arteria pulmonalis te hoog is, ontstaat er stuwung in het veneuze systeem. De fenestratie is een 'overloop' op atriaal niveau. Ook wordt op deze wijze gewaarborgd dat bij verhoogde longvaatweerstand postoperatief er toch voldoende bloed naar de ventrikel gaat en zo de cardiac output op peil blijft.

De prognose

Het HLHS is een ernstige aangeboren hartafwijking waarvoor vóór 1980 geen behandeling mogelijk was. Het eerste decennium was het operatierisico van de eerste operatie erg hoog. Inmiddels overleven 8 van de 10 kinderen de eerste operatie en de intensive care periode. De tweede en derde operatie hebben een veel kleiner risico. Ongeveer 65% van alle kinderen overleven alle drie de operaties (Norwood, Glenn-shunt en Fontanoperatie).

Als alle drie operaties goed verlopen, kunnen de kinderen er redelijk goed mee leven. Ze gaan gewoon naar school, maar zijn wel kwetsbaar en eerder moe. Gemiddeld gesproken geldt voor alle één kamer hartafwijkingen, zoals een links hypoplastisch hart, dat er een maximale inspanningsvermindering is van 70%. Maar er zijn ook ernstiger complicaties zoals PLE: protein losing enteropathy. Dat is een complicatie met voortdurend eiwitverlies in de darm met als gevolg oedeem en ascites, soms met fatale afloop. Het is niet duidelijk waardoor het komt en er is geen goede behandeling voor. 

Literatuur

1. Hypoplastisch Linkerhartsyndroom. Jump - Nederlandse Hartstichting. Uitgave juni 2010 (versie 2.0)
2. Hazekamp MG, Rijlaarsdam MEB, Schoof PH, Wald AAM, Blom NA en Ottenkamp J. Gunstige resultaten van chirurgische behandeling van 43 kinderen met het hypoplastisch linkerhartsyndroom of een equivalente afwijking, 1999/05. NTVG2006 2 september; 1930-1935.
3. Rijlaarsdam MEB. Ventriculo izquierdo hipoplásico. Hoofdstuk in boek: Attie, Calderón, Zabal, Buendía: Cardiología Pediátrica. Editorial Médica Panamericana, México, 2012

Zie ook het artikel 'Hypoplastisch rechterhartsyndroom' in Cordiaal 2, mei 2016

Dit vertelde het elektrogram!

Een 78-jarige man met aanvallen van duizeligheid en hartjagen

Op pagina 91 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. In figuur 1b ziet u een elektrogram (EGM). De bovenste regel geeft het atriale kanaal weer en de tweede regel het ventriculaire kanaal. Bij bestudering van het ventriculaire kanaal zien we regelmatige intervallen met een cyclustijd van 300 ms = 200/min. Er is dus sprake van een ventrikeltachycardie (VT). De ICD detecteert deze in de FVT-zone (Fast VT-zone, zie rode cirkel op het figuur) door middel van de marker TF. Na 11 intervallen "grijpt" de ICD in. Er wordt therapie gegeven door middel van antitachycardie pacing (ATP) via een burst waarbij de cyclustijd van de pacepulsen 260 ms bedraagt (230/min). ATP wordt aangegeven met de marker TP. Na 8x een puls wordt de ventrikeltachycardie beëindigd. Het ritme is weer hersteld naar atriale sensing (AS) en biventriculaire
2. De cyclustijd c.q. frequentie van de ventrikeltachycardie bedraagt 300 ms (= 200/min). Deze frequentie valt binnen de FVT. In figuur 2 (pagina XX) ziet u dat de instellingen van de FVT tussen 188 – 240/min zijn geprogrammeerd. Een VT met een frequentie die binnen deze zone valt, krijgt achtereenvolgens de volgende geprogrammeerde therapieën: burst (2x), ramp (2x), shock met 35 Joule (4x). Burst en ramp zijn overpacing algoritmen (bij een burst wordt constant een 10-20% snellere pacefrequentie afgeleverd en bij een ramp wordt elke pacefrequentie anders in interval (dus in frequentie).
3. De voorgeschiedenis van een non-ST-elevatie hartinfarct samen met een slechte linkerventrikelfunctie zijn belangrijke risicofactoren

pacing (BV). Zie ook figuur 3 op de website.



Deze rubriek is multimediaal! Ga naar: <http://www.nvhvv.nl/cordiaal-mm-20163>

voor het ontwikkelen van een ventrikeltachycardie.

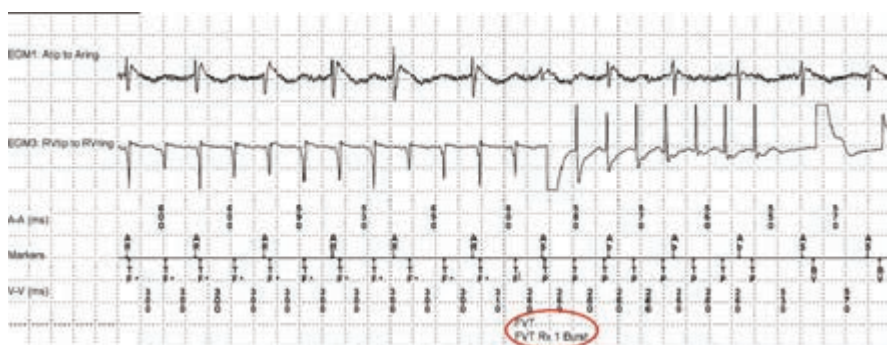
4. De cardioloog zal de bètablokker in de dosering verhogen. Een andere mogelijkheid is het toevoegen van amiodaron. Daarnaast moet altijd gekeken worden of er sprake is van recidief ischemie of tekenen van hartfalen (bij lichamelijk onderzoek, BNP) die een trigger kunnen zijn voor het ontwikkelen van de ventrikeltachycardie.

Conclusie

Ventrikeltachycardie waarvoor succesvolle ICD-therapie (anti tachycardie pacing).

Aanvullende literatuur

1. Van Erven L, Schalij M. Troubleshooting implantable cardioverter-defibrillator related problems. *Heart* 2008 ;94:649- 660.



Figuur 1b. Elektrogram

Florence, 21 - 24 mei

Congres Heart Failure

Heart Failure 2016 van de European Society of Cardiology (ESC) vond dit jaar van 21 tot 24 mei plaats in Florence, Italië. Er was veel aandacht voor de nieuwe richtlijnen die tijdens dit congres werden gepresenteerd. In dit verslag leest u ook over enkele Nederlandse posterpresentaties op het gebied van verpleegkundig onderzoek.

Ron Bakker, verpleegkundig specialist hartfalen, VU medisch centrum, Amsterdam.

E-mail: r.bakker@vumc.nl

Het thema van het congres dit jaar was "Heart Failure: State of the Art". Centraal stond de presentatie van de nieuwe richtlijnen voor de diagnose en behandeling van acuut en chronisch hartfalen, '2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure'. Naast een nieuwe definitie van hartfalen (HF) is er ook een nieuwe classificatie. HFrEF en HFpEF zijn al bekend (hartfalen met 'reduced' ejectiefractie en hartfalen met 'preserved' ejectiefractie). Nu is er ook HFmrEF: hartfalen met 'mid-range' ejectiefractie. Het betreft een populatie van ongeveer 10 – 20% van de patiënten met HF die zich eigenlijk in een grijs gebied tussen HFrEF en HFpEF bevindt met een ejectiefractie van 40 – 49%. Deze groep zou extra aandacht nodig hebben vanwege een uniek, klinisch, echocardiografisch, hemodynamisch en biomarker profiel met een slechte prognose. Ook is niet helemaal duidelijk hoe deze groep behandeld moet worden.

De TOPCAT- studie bijvoorbeeld vergeleek de effecten van de behandeling met spironolacton versus placebo bij patiënten met een EF $\geq$ 45%. Hoewel in het algemeen de uitkomst neutraal was, bleek er bij de groep HFmrEF een groter effect van de behandeling met spironolacton te zijn. De hoop is dat met deze nieuwe classificatie er in deze specifieke groep patiënten met HF meer onderzoek gedaan kan worden, zodat er meer duidelijkheid komt over de behandeling.

Als patiënten met HFrEF (EF $\leq$ 35%) optimaal worden behandeld - met een ACE-remmer (ACEi) of ARB, bètablokker en MRA - en desondanks symptomatisch blijven, wordt in de nieuwe richtlijn aanbevolen de ACEi



Ron Bakker

Verklarende woordenlijst

HFrEF	Hartfalen met reduced (verminderde) ejectiefractie (< 40%), vroeger 'systolisch hartfalen'
HFpEF	Hartfalen met preserved (behouden) ejectiefractie (> 50%), vroeger 'diastolisch hartfalen'
HFmrEF	Hartfalen met mid-range ejectiefractie (40-49%), nieuwe classificatie voor een middengebied tussen HFrEF en HFpEF
ACEi	Angiotensine Converting Enzymremmer (inhibitor)
ARB	Angiotensine II Receptor Blokker
ARNI	Angiotensine Receptor Neprilysineremmer (inhibitor)
MRA	Mineraalconticoïd Receptor Antagonist (voorheen aldosteron-antagonist)
Klasse I aanbeveling	Wetenschappelijk bewijs en/of algemene overeenstemming dat een behandeling nuttig en effectief is.
Niveau B van wetenschappelijk bewijs	Data verkregen van één gerandomiseerde klinische studie of van grote niet-gerandomiseerde studies.

te staken en te vervangen door ARNI (sacubitril/valsartan, Entresto®). Dit is een combinatiepreparaat van een ARB en een neprilysine-remmer en wordt gezien als een klasse I aanbeveling met een niveau B van wetenschappelijk bewijs. Verder wordt in de richtlijn het gebruik van de natriuretische peptiden zoals (NT-pro)BNP alleen nog gebruikt om HF uit te sluiten, niet meer om aan te tonen. De nieuwe richtlijn is te vinden op: <http://www.escardio.org>.

verpleegkundigen – presenteerden een abstract van een studie die ze uitgevoerd hadden. De onderwerpen waren divers, zoals: de omvang van de bovenarm is een betere voorspeller van mortaliteit dan de omvang van de kuit bij patiënten met afname van spiermassa en –functie; telemonitoring bij implanteerbare devices; gestructureerde telefoonsupport versus face-to-face contact bij patiënten met HF; vergelijking van de 6 minuten looptest versus lopen op een loopband.

excessieve vochtinname te vermijden, toch krijgen nog veel patiënten standaard een vochtbeperking. Van der Wal adviseert niet standaard een vochtbeperking voor te schrijven maar te inventariseren naar dorstgevoel en naar methoden te kijken die een dorstgevoel kunnen verminderen. R. Bakker (VUmc, Amsterdam) onderzocht de relatie tussen natrium (Na) inname en hospitalisatie voor HF (N=30). Hoewel in deze studie 3 van de 4 patiënten die opgenomen waren voor HF een lage Na uitscheiding (en dus inname) hadden, had > 50% van de patiënten die niet opgenomen waren voor HF eveneens een lage Na uitscheiding. Ook in de richtlijnen van 2016 wordt niet standaard een zoutbeperking geadviseerd, wel om een excessieve zoutinname te vermijden. Meer onderzoek is nodig om de relatie tussen een lage Na inname en hospitalisatie voor HF te duiden.

De presentatie van de nieuwe richtlijnen maakte het congres dit jaar extra interessant. Daarnaast was er ook voldoende keuze in verschillende onderwerpen die betrekking hadden op het gebied van HF, zoals comorbiditeit, devices, mitralis- en tricuspidalisklep interventies en sessies over controverses rond verschillende onderwerpen. Jammer was dat de inbreng van verpleegkundigen dit jaar relatief gering was. ♥

Naast een nieuwe definitie van hartfalen is er ook een nieuwe classificatie

Nieuwe therapievormen

Hyperkaliëmie komt veel voor bij de medicamenteuze behandeling bij HF met bijvoorbeeld ACEi en MRA's (spironolacton en eplerenone). Het is niet alleen een onderschat probleem, het kalium wordt in de praktijk ook slecht gemonitord na bijvoorbeeld het starten van een MRA. Meer dan 55% van de patiënten die ermee starten, wordt niet volgens de richtlijnen gemonitord. Verder wordt bij het ontstaan van een hyperkaliëmie de dosering ACEi of MRA aangepast of zelfs helemaal gestaakt, waardoor de patiënt niet optimaal behandeld wordt wat kan leiden tot een hogere mortaliteit. Het is moeilijk om een hyperkaliëmie met een dieet te behandelen. Misschien daarom zijn de medicijnen patiomer en ZS-9 (zirconium silicate) veel belovend. Beiden binden het kalium in het darmstelsel, waardoor het niet opgenomen wordt. Dit leidt tot een daling van het serum kaliumgehalte en hierdoor kunnen hogere doses ACEi en/of MRA's gegeven worden, waardoor patiënten beter medicamenteus worden behandeld voor HF. Beide middelen zijn (nog) niet in de Europese Unie verkrijgbaar.

Inbreng van verpleegkundigen

Dit jaar was er maar één mondelinge sessie voor verpleegkundigen, de "Nursing Investigator Award". Zes mensen – niet allemaal

De studie die de relatie onderzocht tussen vertrouwen in zelfzorg en verminderde cognitieve functie, won de Nursing Investigator Award. De conclusie was dat vertrouwen in zelfzorg een verminderde cognitieve functie kan compenseren. Praktisch zou dit betekenen dat interventies gericht op zelfvertrouwen de zelfzorg kunnen verbeteren.

Nederlandse presentaties

Van de ruim 2100 posters waren er ongeveer 30 van verpleegkundigen. Ook Nederland was vertegenwoordigd. K.Wagenaar (UMC Utrecht in samenwerking met Linköping Universiteit, Zweden) onderzocht de interpretatie van de European Heart Failure Self-care Behaviour scale (EHFScBs) bij verschillende groepen patiënten (met/zonder partner; met/zonder voldoende kennis over HF). Gestandaardiseerde score EHFScBsL 0 – 100, hogere score = betere zelfzorg. Voor alle groepen geldt dat een score van 70 het verschil maakt tussen adequate en inadequate zelfzorg.

M. van der Wal (UMC Groningen in samenwerking met Linköping Universiteit, Zweden) onderzocht het dorstgevoel bij patiënten met HF in het dagelijks leven; 20% van de patiënten gaf aan dorst te hebben. Hogere doseringen lis diuretica gaven een hogere score van dorst. De richtlijnen van de ESC (2016) adviseren een



Heart Failure 2017 wordt gehouden in Parijs, Frankrijk, van 29 april t/m 2 mei 2017.

Berichten van het NVHVV-bestuur

Linda Joziasse, voorzitter NVHVV

E-mail: l.joziasse@earsmusmc.nl



Vicevoorzitter

Binnen de ALV van de NVHVV is Patricia Ninaber per juni 2016 benoemd tot vicevoorzitter. Patricia heeft al sinds december 2015 deelgenomen aan het (dagelijks) bestuur als beoogd vicevoorzitter en is al redelijk ingewerkt voor deze taak. Ze is een actief

NVHVV-lid en heeft al eerder deel uitgemaakt van het NVHVV-bestuur als expertgroeplid van de Verpleegkundig Specialisten. Patricia stelt zich in dit verenigingsnieuws aan u voor, zodat u als lid uw beoogde voorzitter leert kennen.

NVVC

Jaarlijks voeren het dagelijks bestuur van de NVHVV en het bestuur van de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) een evaluerend gesprek over de onderlinge samenwerking en de kansen die er zijn om die te verbeteren. Zoals u waarschijnlijk weet heeft de NVHVV een intentieverklaring met de NVVC. In deze verklaring zijn een aantal speerpunten vastgelegd (sinds 2013) zoals lidmaatschapsvoordelen bij de NVVC, scholing en bijscholing, ontwikkeling van richtlijnen, contacten met partnerorganisaties en het delen van persberichten en publicaties over

het eigen vakgebied. De volledige verklaring vindt u op www.nvhvv.nl/samenwerkingspartners. Tijdens het gesprek kwamen we tot de conclusie dat beide verenigingen deze intentieverklaring graag willen herzien en dat we er allebei voor willen zorgen dat de verklaring voldoende wordt uitgedragen – ook nu beide verenigingen een nieuw bestuur hebben. We zullen elkaar in de toekomst meer opzoeken; bijvoorbeeld bij verschuivingen binnen de acute zorg en initiatieven ter verbetering van de kwaliteit van zorg op het gebied van hart- en vaatziekten.

CCNAP Core Curriculum voor Interventieverpleegkundigen

In april 2014 is door de Council of Cardiovasculair Nurses and Allied Professionals (CCNAP) en de European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) een werkgroep op het terrein

-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 € 6,65 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

€ 6,65
per maand

www.nu91.nl/leden

nu'91 werkt voor
DE ZORG

van interventiecardiologie opgezet met verpleegkundigen en technici uit heel Europa. Het belangrijke doel is - naast netwerken en het delen van informatie en ontwikkelingen – het opzetten van een scholings- en/of opleidingsstandaard voor verpleegkundigen en technici binnen de interventiecardiologie. De technieken die gebruikt worden binnen de interventiecardiologie zijn zeer divers en verschillen sterk per centrum. De diverse ontwikkelingen gaan snel en vragen om veel expertise en competenties die behaald moeten worden. Dit 'Core Curriculum' biedt houvast en geeft helder weer over welke competenties

men dient te beschikken. De Werkgroep Interventiecardiologie wil aanvangen met het herschrijven van het beroepscompetentieprofiel van de interventieverpleegkundige aan de hand van dit Core Curriculum. Zo kunnen we up to date blijven in het bepalen van de standaard voor scholing op het gebied van interventiecardiologie. Meer informatie over het Core Curriculum kunt u vinden op www.esccardio.org

CNE's

In het najaar staan nog twee CNE's gepland, allebei op 20 september 2016. Deze CNE's worden georganiseerd

door de Werkgroepen Atriumfibrilleren en Vasculaire Zorg; in de middag verzorgen ze een gezamenlijk programma. Het onderwerp van de werkgroep Atriumfibrilleren luidt 'Atriumfibrilleren en hypertensie', waarbij er niet alleen aandacht wordt besteed aan de pathofysiologische kant van atriumfibrilleren, maar ook aan hoe om te gaan met atriumfibrilleren met behulp van klinisch redeneren. Het onderwerp van de werkgroep Vasculaire Zorg luidt 'Vasculitis en reuma', waarbij de aandacht dan ook op beide ziektebeelden ligt. Alle vragen hierover zullen worden beantwoord. Schrijf u in via www.nvhvv.nl/scholing

Voorstellen

"Mijn naam is Patricia Ninaber, vier dagen per week werk ik als verpleegkundig specialist op de hartfalenpolikliniek van het Rijnstate Ziekenhuis te Arnhem. In mijn vrije tijd ren ik eenmaal per week op het hockeyveld en sla ik wekelijks ook een balletje op de tennis- en golfbaan. Verder houd ik van tuinieren en ben ik leergierig. Ik ben moeder van 3 kinderen.

Van 1983-1988 heb ik de 'in-service opleiding A verpleegkundige' in het Rodekruis Ziekenhuis in Den Haag gevolgd. Vervolgens ben ik de opleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg aan de Haagse Hogeschool gaan volgen. Tijdens deze opleiding heb ik de basis gelegd voor mijn verpleegkundig denken. Dan heb ik het over de verpleegkundige theorieën die ten grondslag liggen aan de zorg voor patiënten en het bevorderen van hun gezondheid. Ook over het belang van zelfmanagement, educatie en instructie. Eind jaren tachtig veranderden de inzichten over de inrichting van

de gezondheidszorg; zo werden onder andere wijkverpleegkundigen vervangen door verzorgenden.

Ik besloot om weer in het ziekenhuis te gaan werken en kwam terecht in het Rijnstate Ziekenhuis. Eerst op de afdeling orthopedie, daarna op de afdeling cardiologie. Begin jaren negentig werden hartfalenpoliklinieken opgericht om de zorg en de behandeling voor patiënten met hartfalen te optimaliseren. Dit was voor mij en een aantal collega's de kans om als hartfalenverpleegkundige te gaan werken en om een hartfalenpolikliniek op te zetten. Ik sloot mij aan bij Werkgroep Hartfalen van de NVHVV. Nadat Josiane Janssen stopte met haar rol als voorzitter van de werkgroep heb ik het voorzitterschap van haar overgenomen.

Na een aantal jaren werken als hartfalenverpleegkundige wilde ik mij verder specialiseren op het gebied van hartfalen en care en cure meer gaan combineren. Ik kreeg de kans om de MANP opleiding aan de HAN te Nijmegen te gaan volgen.

In mijn rol als vicevoorzitter van de NVHVV wil ik mij inzetten om uit te dragen dat goede verpleegkundige zorg naast de medische zorg voor patiënten belangrijk is. Het een kan niet zonder het ander. Hierbij is ook oog nodig voor ethische dilemma's. Daarnaast vind ik het belangrijk dat verpleegkundig onderzoek, Evidence Based of Best Practice, en innovatieve zorg de rode draden zijn binnen de vereniging.

Verder hoop ik dat ik meer leden kan enthousiasmeren om een actieve rol binnen de verenging te vervullen. Het geeft diepgang aan uw verpleegkundig beroep om naast de dagelijkse werkzaamheden als verpleegkundige u in te zetten binnen de beroepsvereniging. Het is leerzaam, u bouwt een netwerk op, het geeft energie en u kunt competenties ontwikkelen.

Kortom, ik hoop dat de NVHVV meer haar stem kan laten horen en het gezicht is voor de cardiovasculaire verpleegkundige. Daaraan wil ik met mijn inzet als vicevoorzitter een steentje bijdragen."



Richtlijnen abstract en presentatie CarVasZ

Richtlijnen voor abstract

- Maximaal 400 woorden
- Geen literatuurverwijzingen
- Tabellen en figuren zijn toegestaan
- Hanteer de volgende indeling: doel/achtergrond, methodiek, resultaten en conclusie.
- Auteurs: vermeld namen en initialen, instelling(en) en correspondentie-adres.

Beoordeling

- Alle ingezonden abstracts zullen beoordeeld worden door de commissie

Wetenschappelijk Onderzoek van de NVHV.

- Beoordelingscriteria zijn: innovatief karakter, relevantie voor de praktijk, gehanteerde methodiek, wetenschappelijke onderbouwing en wijze van presentatie.
- Alle gepresenteerde abstracts worden gepubliceerd in het congresboek.

Presentatie

De auteurs van de vijf beste abstracts worden uitgenodigd voor een presentatie van maximaal 10 minuten: 8 minuten presentatie en 2 minuten voor vragen van de toehoorders. Vertel tijdens uw

presentatie wat u onderzocht heeft of om welk kwaliteitsverbeteringsproject het gaat en geef een korte toelichting op de procedure en de resultaten en de implicaties voor de praktijk. U wordt geadviseerd hier maximaal 10 dia's voor te gebruiken.

Inzending

Abstracts kunnen tot uiterlijk 23 september 2016 ingestuurd worden naar: info@congresscompany.com. Auteurs zullen rond 14 oktober 2016 horen of hun abstract geaccepteerd is en of zij uitgenodigd worden om een presentatie te geven.

2016

23 augustus, 11 oktober, 29 november *

Slender PCI Workshop

OLVG, afdeling Cardiologie
www.olvg.nl

27 – 31 augustus

ESC Annual Congress

Londen, United Kingdom
www.escardio.org

15 september, 3 november, 7 november *

Bijeenkomst "Monoloog vs dialoog"

AstraZeneca BV
www.astrazeneca.nl

16 september, 11 november *

Basic Workshop Optical Coherence Tomography

St Jude Medical Nederland, Veenendaal
www.sjm.com

20 september *

CNE Vasculaire Zorg en CNE Atriumfibrilleren

NVHV
www.nvhv.nl/scholing

29 september *

Workshop Fractionele Flow Reserve

St Jude Medical Nederland, Veenendaal
www.sjm.com

30 september *

SUPPORT dag: Motivational Interviewing

AstraZeneca BV
www.astrazeneca.nl

30 september 2016

Nationale Hartfalendag 2016

Medcon International
www.medconinternational.com

7 oktober *

The TAVI Course for cathlab employees

St Jude Medical Nederland, Veenendaal
www.sjm.com

11 oktober, 29 november *

Advanced Workshop Optical Coherence Tomography

St Jude Medical Nederland, Veenendaal
www.sjm.com

28 oktober 2016

Vaattoegang Symposium 2016

UMCG Nefrologie

18 november *

CarVasZ 2016

NVHV

www.carvasz.nl

E-Learning

e-Xpert: Zuur-base evenwicht en bloedgasanalyse *

e-Xpert ECG: Praktische elektrofysiologie *

e-Xpert: Inotropica en vasoactieve medicatie *

e-Xpert ECG: 3D Coronairanatomie*

ExpertCollege
www.expertcollege.com

Online nascholing: Naadloze hartfalenzorg *

Online nascholing: Hartfalen en Mitralis Regurgitatie *

Mednet Web-tv (Abbott Vascular)
www.mednet.nl/hartfalenzorg

Online WMO/GCP training (Good Clinical Practice) *

GCP Central
www.gcpcentral.com

Nascholing Antistolling I:

Diagnostiek en beleid bij DVT *

Nascholing Antistolling II:

Atriumfibrilleren en antistolling *

Nascholing Antistolling III:

De nieuwe orale anticoagulantia in de praktijk *

Quadia Web TV

www.quadia.com

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



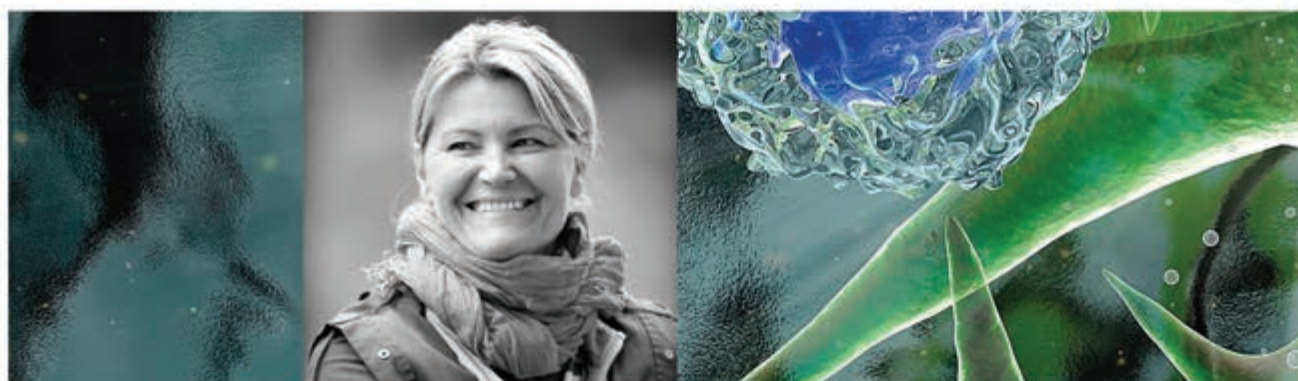
20 september 2016
CNE Vasculaire Zorg
Vasculitis en Reuma



20 september 2016
CNE Atriumfibrilleren
Atriumfibrilleren en hypertensie



De blauwdruk van het leven vertaald



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 weten over Amgen, onze baanbrekende wetenschap en over onze essentiële geneesmiddelen? Bezoek www.amgen.nl



CarVasZ

Hét congres voor de Cardio Vasculaire Zorg

Vrijdag 18 november 2016
De ReeHorst, Ede



Thema:

Het web van de cardiovasculaire zorg

 #carvasznl

www.carvasz.nl