

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HART EN VAAT VERPLEEGKUNDIGEN

2
2014

**Anne-Margreet Strijbis over de Hartstichting
Seksualiteit bij hart- en vaatpatiënten
PICC, van idee tot implementatie
Onderzoek onder gedetineerden
Bevallen op de Hartbewaking**

CORDIAAL

JAARGANG 35, JUNI 2014

inhoud

Pagina 39

Klinische blik
Coen Glasbergen

Pagina 40

Interview met Anne-Margreet Strijbis van de Hartstichting
Hildelies van Oel, Maja Haanskorf

Pagina 44

Bevallen op de Hartbewaking
Marijke van der Linde, Gert Jan Sieswerda, Martijn Oudijk, Erik van Ooijen

Pagina 47

Vraag: Een 39-jarige vrouw met acuut pijn op de borst
Cyril Camaro

Pagina 48

Onderzoek onder gedetineerden in Hoogeveen
Suze Bombeld, Tessa Ammeraal, Hilde de Vocht

Pagina 52

CathLab Symposium te Utrecht
Margje Vermeulen

Pagina 53

Programma CarVasZ

Pagina 56

Seksualiteit bij hart- en vaatpatiënten
Tiny Jaarsma

Pagina 61

Antwoord: Een 39-jarige vrouw met acuut pijn op de borst
Cyril Camaro

Pagina 62

PICC, van idee tot implementatie
Gerard Kemperman, Leon Wijt

Pagina 65

Expertgroep verpleegkundig specialisten
Annette Galema-Boers

Pagina 66

Congresverslag: NVVC Voorjaarscongres
Eveliëna Doornbos-van de Kraats

Pagina 68

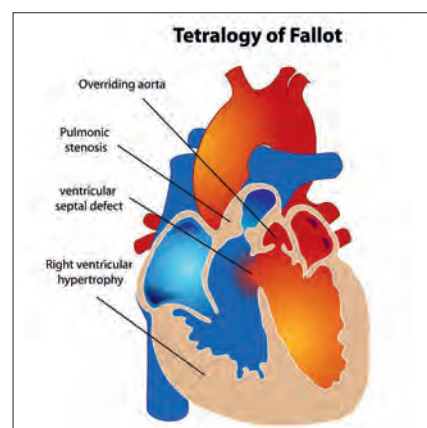
Aangeboren hartafwijkingen: Tetralogie van Fallot
Elsmere Visser-Solognier

Pagina 69

Hartlopend: de East studie, een onderzoek naar vroege behandeling van boezemfibrilleren versus de nu gebruikelijke behandeling
Joke Vooges

Pagina 70

Verenigingsnieuws en Agenda



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

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

Redactie

Hildelies van Oel, Erasmus MC, Rotterdam
(hoofdredacteur)
Anne Geert van Driel,
Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht,
Coen Glasbergen,
Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
Cobi Kroese, Zorgbalans, Haarlem
Aletta van der Veen,
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
Marge Vermeulen, UMC, Utrecht

Eindredactie

Maja Haanskorff, Journalistiek - Redactie - Teksten

Vormgeving

Bert Hoozeveer,
HGVF Fotografie en Grafische Vormgeving

Omslagfoto

Hildelies van Oel

Advertentie-exploitatie

Cross Advertising
Tel: 010-742 10 23

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

Redactieraad

Ron Bakker (VU medisch centrum, Amsterdam)
Marge Vermeulen. (Werkgroep Interventiecardiologie)
Marjan Aertsen (Werkgroep Hartfalen)
Anne-Margreet van Dishoeck
(Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek)
Toon Hermans (Werkgroep Atrium fibrilleren)
Toon Hermans (Werkgroep Communicatie)
Debbie ten Cate (Werkgroep Congressen)
Mieke Bril (Werkgroep Thoraxchirurgie)
Jan Koppes (Werkgroep Hartrevalidatie)
Marjo Zijlstra (Werkgroep Vasculaire Zorg)
Josine Geest (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

VITAL
(a Takeda Medical Systems Group Company)



Bayer HealthCare



Boehringer
Ingelheim

Klinische blik

Sinds oktober vorig jaar heb ik mij bij de enthousiaste redactie van Cordiaal mogen voegen. Op zoek naar meer verdieping in mijn vak van verpleegkundige leek redactiewerk voor Cordiaal mij een spannende manier om dat te bereiken.

Na mijn diplomering ben ik aan het werk gegaan op de verpleegafdeling cardiothoracale chirurgie in het LUMC. Het is een energerende afdeling met een energiek team. Een verpleegafdeling zoals er wellicht vele zijn, maar met één groot verschil: de turnover, de patiëntenstroom, is elke dag groot, qua opnames, ontslagen en overplaatsingen. Er wachten veel patiënten op hartchirurgie van welke aard dan ook. Dit stelt de chirurgen, artsen, paramedici en verpleegkundigen voor dilemma's. Om de wachtlijsten zo kort mogelijk te houden, proberen we met het hele team het aantal ligdagen zo veel mogelijk te beperken. Dat doen we onder andere door patiënten na de chirurgische behandeling voor verdere revalidatie over te plaatsen naar het verwijzende ziekenhuis, waar meestal hun eigen cardioloog zit. De uitdaging is om patiënten niet te vroeg over te plaatsen en complicaties niet over het hoofd te zien.

Ook op het terrein van ICT doen zich zowel uitdagingen als dilemma's voor. De ontwikkelingen gaan zo snel, dat ze nauwelijks zijn bij te houden. Zo is vier jaar geleden onze afdeling volledig overgegaan op het elektronisch patiëntendossier. Dit heeft veel gevergd van alle disciplines vanwege de enorme verandering in werken. Begin dit jaar was er een nieuwsbericht dat verpleegkundigen steeds meer tijd besteden aan verslaglegging. Naar mijn idee heeft dit onder andere te maken met de ontwikkelingen op ICT-gebied. Die maken het makkelijker om veel zaken vast te leggen. Waar vroeger één stapeltje formulieren in een verpleegkundig dossier zat, heeft de elektronische variant een tienvoud aan scorelijsten.



Dit kan zeker bijdragen aan een goede balans tussen het werken aan bed en het verhogen van de kwaliteit van zorg, zo lang we er ons als zorgverleners maar voldoende bewust van zijn waar we mee bezig zijn. Het moet niet zo zijn dat de zorg gaat lijden onder de verslaglegging. Laten we allemaal alert zijn op de mogelijkheden die ICT ons kan bieden in de zorg zonder de klinische blik te verliezen. Het observerend vermogen van een verpleegkundige blijft te allen tijden het belangrijkste; de rapportage-instrumenten moeten dit vermogen zo goed mogelijk ondersteunen.

Als redactielid heb ik afgelopen maand voor het eerst een journalistiek interview afgenomen, wat een geweldige ervaring was. De resultaten hiervan zullen later dit jaar te lezen zijn. Het geeft mij veel energie en inspiratie om nog lang voor Cordiaal aan de slag te gaan. Ik hoop dat deze Cordiaal u ook inspiratie en ondersteuning biedt, om ons prachtige vak met plezier uit te oefenen, ondanks alle veranderingen, dilemma's en uitdagingen die dat soms met zich meebrengt.

Coen Glasbergen

De Hartstichting bestaat dit jaar vijftig jaar. Onverminderd strijdt de organisatie tegen hart- en vaatziekten. De laatste jaren is de stichting beter gaan luisteren naar signalen uit de samenleving om 'samen het verschil te maken'. Anne-Margreet Strijbis vervult hierbij als relatiemanager een belangrijke functie. Cordiaal sprak met een bevlogen vrouw, met een groot hart voor de cardiovasculaire patiënt. "Soms ben ik te enthousiast, dat krijg ik niet onder de knie".

Hildelies van Oel, regieverpleegkundige ICCU, Erasmus MC Rotterdam
Maja Haanskorf, eindredacteur Cordiaal en journalist

E-mail: h.vanoel@erasmusmc.nl

Foto: Hildelies van Oel

"Ik zeg eerder ja dan nee"

Anne-Margreet Strijbis over de Hartstichting en De Hart&Vaatgroep

Anne-Margreet Strijbis wacht ons op in het hoofdkantoor van de Hartstichting en De Hart&Vaatgroep in Den Haag. Ze draagt het speldje van de Red Dress Day, toepasselijk en helemaal in stijl met de kleuren van de organisatie. Dat ze haar werk als relatiemanager en als secretaris Platform Vitale Vaten leuk vindt, is al snel duidelijk. Vol enthousiasme begint ze te vertellen over alle lopende projecten binnen De Hart&Vaatgroep en de Hartstichting. Door haar functie is ze vanuit verschillende invalshoeken bij meerdere projecten betrokken. Het duizelt ons een beetje; zoveel dingen tegelijk. Maar Strijbis voelt zich als een vis in het water: "Ik werk al sinds 1996 bij de Hartstichting en ik ben wel een 'verbinder'. Tussen de diverse projecten zijn ook veel raakvlakken. En het helpt enorm dat ik een cursus projectmatig werken heb gevolgd. Daardoor kan ik assertiever zijn als projectleider en kritischer kijken naar de opdracht. Zo'n cursus is echt een aanrader; je leert doelen, resultaten en tijdspad formuleren. Daarmee voorkom je luchtflitsen."

Haar betrokkenheid bij veel projecten maakt dat ze goed op de hoogte is van wat er speelt binnen de cardiovasculaire zorg. Een van haar speerpunten is om mensen en belangen met elkaar te verenigen, zoals via het Platform Vitale Vaten. Dat is hard nodig, want versnippering ligt op de loer met zoveel belangenbehartigers binnen dit zorggebied. "Het is belangrijk om het denken vanuit de patiënt te bevorderen in plaats van denken vanuit het zorgaanbod",

meent Strijbis. "Dat gebeurt nog niet voldoende. Zo hebben we vorig jaar een project gedaan over de overdracht van de eerste naar de tweede lijn en terug. Als zorg kan plaatsvinden in de eerste lijn dicht in de buurt van de patiënt is dat natuurlijk heel goed. Maar soms is de overheid wat doorgeschoten in de focus op de eerste lijn. Zo heeft het financieringsmodel voor cardiovasculair risicomanagement (sinds 2010: integrale bekostiging) de schotten tussen de eerste en tweede lijn vergroot. Huisartsen zeggen dat de tweede lijn hun kunde onderschat en medisch specialisten zeggen dat patiënten te laat worden doorverwezen. Denken vanuit de patiënt en niet vanuit het aanbod kan de impasse doorbreken. Zo geeft 'gedeelde besluitvorming' de patiënt meer kans op eigen regie en op betere zorg."

Hoe bereik je die gedeelde besluitvorming?

"Verpleegkundigen kunnen daar een grote rol in spelen. Zij zijn er goed toe uitgerust om het medische en het persoonlijke met elkaar te verbinden. Vooral voor patiënten met chronische aandoeningen is de eigen regie van belang. Je moet ze daarin ondersteunen, want een patiënt zegt niet 'Ik wil zelfmanagement'. Latent willen de meesten dat wel, maar het is echt maatwerk. Vanuit de overheid is het niet alleen iets nobels en ethisch, maar ook een centenkwesie. Er is minder geld, er zijn meer ouderen en minder zorgverleners. Je ziet nu ook dat zorgverzekeraars zeggen 'maak een individueel zorgplan'."

Hartstichting en NVHVV

De Hartstichting steunt de NVHVV zodat de vereniging haar doelen kan realiseren: verdere professionalisering van de hart- en vaatverpleegkundigen en het verbeteren van zorg aan hart- en vaatpatiënten. Door krachten te bundelen kunnen ze samen meer bereiken. Anne-Margreet Strijbis onderhoudt het contact met de NVHVV en is vanuit de Hartstichting het aanspreekpunt. In die hoedanigheid heeft ze jaarlijks overleg met het dagelijks bestuur van de NVHVV waarbij de subsidieaanvraag voor het komende jaar wordt besproken. Ook is ze aanwezig bij de algemene ledenvergadering.

Op de vraag welke wensen ze heeft in de samenwerking met de NVHVV, antwoordt ze lachend: "De samenwerking is prima. Ik denk wel dat de NVHVV nog meer kan samenwerken met patiëntenorganisaties en kennis kan delen met de eerste lijn zoals de praktijkondersteuners. Doordat Quadriceps niet meer bestaat, is een stukje uitwisseling weggevallen. Daarnaast zouden verpleegkundigen zich beter kunnen verenigen in verpleegkundige adviesraden (VAR) om de centrale rol van de verpleegkundige verder uit te dragen."

Vereist dat niet een uitgebreide registratie?

"Het moet niet doorschieten, we moeten geen 'afvinkers' worden. Maar het afleggen van verantwoording is een

goede zaak. Ook voor de patiënt zijn duidelijke afspraken belangrijk. Om de registratie te verbeteren werkt het Platform Vitale Vaten samen met de Nederlandse Diabetesfederatie, Partnership Overgewicht Nederland en de Nierstichting. Want steeds meer mensen hebben meerdere kwalen. Dat project wordt gefinancierd door het Kwaliteitsinstituut. In sommige regio's bestaat al een keten informatiesysteem (KIS), maar het is nog in ontwikkeling. Zo is het een taai proces om ICT-systemen tussen eerste en tweede lijn op elkaar aan te laten sluiten."

Over samenwerking gesproken.

Hoe werken de Hartstichting en De Hart&Vaatgroep samen?

"De organisaties zijn samen één werkorganisatie geworden. Ze richten zich op drie doelgroepen: onderzoekers, professionals en bestuurders; publiek, donateurs en vrijwilligers; patiënten. De Hart&Vaatgroep zie je in de afdeling patiënt. Ook de Infolijn Hart & Vaten valt hieronder. Sinds 2013 zijn beide organisaties in hetzelfde gebouw gehuisvest. Dat maakt samenwerking makkelijker. Omdat ik voor beide organisaties werk, ben ik zowel ingespeeld op de belangen van patiënten als op die van de professionals. Ik probeer die belangen samen te brengen."

Is er contact met patiëntenorganisaties?

"Ja zeker, De Hart&Vaatgroep maakt deel uit van de Patiëntenfederatie NPCF. Dat is een samenwerkingsverband van dertig (koepels van) patiënten- en consumentenorganisaties die zich inzetten voor betere, veilige en betaalbare zorg. Een belangrijke doelstelling is transparantie in de zorg, zodat patiënten in staat worden gesteld om de juiste keuze te maken. Dankzij de leden heeft de NPCF een goed beeld van wat volgens patiënten goed gaat in de zorg en wat er beter kan."

Kunt u een voorbeeld geven van hoe samenwerking in de praktijk tot uiting komt?

"In december 2013 heeft het Platform Vitale Vaten de geactualiseerde versie van de 'Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM)' gepresenteerd. Deze zorgstandaard stelt een landelijke norm van waaruit een ver-



Van wijkverpleegkundige tot relatiemanager

Anne-Margreet Strijbis (52) woont in Aalsmeer en is moeder van twee zonen. Ze heeft een verpleegkundige achtergrond (HBO-V, 1981-1985) en is werkzaam geweest als wijkverpleegkundige. Daarnaast heeft ze organisatiesociologie gestudeerd aan de Universiteit van Amsterdam. Ze werkte tijdelijk bij sociale geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam naar aanleiding van het verschijnen van het rapport *Kiezen en Delen* van de Commissie-Dunning (1991).

Medisch studenten moesten in het onderwijs vertrouwd raken met hoe verantwoord te bezuinigen in de zorg en dus ook later in de spreekkamer. "Die verschuiving van kwaliteit naar ook kijken naar doelmatig werken was toen nog heel nieuw", meent Strijbis

In haar huidige werk komt haar achtergrond goed van pas. Met haar praktische instelling en ervaring is ze goed in staat om zaken concreet te verwoorden: "Ik zie te veel beleidsjargon". De autonomie om dingen te organiseren en het verbinden en bruggen bouwen, vormen de leuke kant van haar werk. "Een goede balans tussen werk en privé is belangrijk, maar ook lastig. Ik ben soms te enthousiast, dat krijg ik niet onder de knie. Ik zeg eerder ja dan nee." Daarom vindt ze het heerlijk om te wandelen en buiten te zijn.

taalslag kan worden gemaakt naar lokale zorgprogramma's en zorgpaden. De zorgstandaard is tot stand gekomen op basis van evidence based richtlijnen, maar ook door het raadplegen van patiënten en zorgverleners. Een patiënt vindt het belangrijk dat een zorgverlener zich in hem verplaatst. Een individueel zorgplan kan daarbij een handig hulpmiddel zijn. Het CBO heeft een zorgmodule zelfmanagement ontwikkeld die binnenkort uitkomt en die zorgverleners daarin kan ondersteunen. De samenwerking tussen de verschillende belangenorganisaties was dan ook van wezenlijk belang." (zie ook *Cordiaal 5*, 2013)

U bent ook betrokken bij een postinfarct project. Wat houdt dat in?

"Het gaat om een pas gestart gezamenlijk project van De Hart&Vaatgroep, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Hartstichting. Doel is om de ondersteuning van zelfmanagement en empowerment ook al kort na de acute fase van het hartinfarct te stimuleren. We willen de patiënt meer betrekken bij het hele nazorgtraject, zodat meer patiënten hartrevalidatie gaan volgen. Ook streven we ernaar de samenwerking met en de overdracht naar de eerste lijn te verbeteren." Het project heeft de naam PIT! en is aangehaakt bij NVVC Connect Acuut Hartinfarct." (www.nvvconnect.nl/)

Ook hier zijn empowerment en zelfmanagement veelgehoorde termen. Hoe denkt u daarover?

“We willen dat de patiënt een actieve rol speelt in zijn eigen zorgproces, zelf verantwoordelijkheid neemt en mee bepaalt wat wel of niet goed voor hem is. Door samen met de patiënt af te stemmen wat de behandeling wordt, is de kans van slagen veel groter. Zelfmanagement is vooral geschikt voor chronisch zieken.”

Wat is daarbij de rol van de verpleegkundige?

“De verpleegkundige vervult een belangrijke rol door de verbinding te zijn tussen patiënt en arts. Als casemanager of centrale zorgverlener kan hij het proces bewaken, zodat de patiënt inderdaad mee kan beslissen over de zorg die hij nodig heeft. Dit moet echter in de praktijk nog meer gestalte krijgen. Ook in het project PIT! krijgt de verpleegkundig specialist of de physician assistant de rol van zorgcoördinator tot de overdracht van het hoofdbehandelaarschap naar de eerste lijn.”

Hoe zou u het imago van de Hartstichting omschrijven?

“De Hartstichting is door cardiologen opgericht en heeft altijd een betrouwbaar en gedegen imago gehad. Maar ook een beetje als ‘afstandelijke wetenschappers’. We proberen die afstandelijkheid nu te verminderen en onze zichtbaarheid te vergroten. Zo vragen we met de onderzoeksagenda aan verschillende betrokkenen wat zij belangrijk vinden om onderzoek naar te doen. En we hebben het lesprogramma ‘Lekker fit’ voor basisscholen gemaakt, waarmee we overgewicht bij kinderen willen tegengaan en gezonde voeding stimuleren. Kinderen die gezond eten en genoeg bewegen zijn minder vaak ziek, kunnen zich beter concentreren en zitten lekkerder in hun vel. En nog belangrijker: ze hebben minder kans op een hart- of vaatziekte als ze volwassen zijn.”

Ander speerpunt is de ‘6 minuten zone’ en de campagne ‘Plain Packaging’.

Wat houden die in?

“Binnen de 6-minutenzone is de overlevingskans na een hartstilstand verhoogd tot 25%. Jaarlijks krijgen

15.000 à 16.000 mensen in Nederland een hartstilstand. Als Nederland één grote 6-minutenzone wordt, kan dit 1000 extra levens per jaar redden. Door veel aandacht te besteden aan reanimatieonderwijs hopen we dat steeds meer mensen een hartstilstand snel kunnen herkennen en weten wat ze moeten doen. Met de campagne Plain Packaging willen we door een neutrale verpakking van tabakswaar de aantrekkingskracht van sigaretten verminderen. Rokers kunnen dan eenvoudiger stoppen met roken en we hopen dat jonge mensen minder snel zullen beginnen met roken. Een neutrale verpakking heeft geen merksymbolen, kleuren of logo's. Wel moeten er verplichte gezondheidswaarschuwingen met een tekst en foto te zien zijn. In de nieuwe Europese Tabaksrichtlijn, die onlangs door het Europees Parlement is aangenomen, wordt de invoering van Plain Packaging niet verplicht gesteld, maar aan de lidstaten zelf overgelaten. Daarom hebben wij een statement opgesteld dat (para)medische professionals oproept de invoering van plain packaging te steunen.”

Participeert de Hartstichting in internationale verbanden?

“De Hartstichting werkt nauw samen binnen het European Heart Network (EHN) in de lobby op Europees niveau en we wisselen kennis en ervaring uit. Dat vind ik een goede ontwikkeling. Een collega heeft veel contact met ‘Brussel’.”

Hoe is de financiering van de Hartstichting geregeld en hoe verloopt de controle?

“We ontvangen geen geld van de overheid. We zijn aangewezen op fondsenwerving en voor projecten ontvangen we soms subsidies van bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Daarnaast maken we steeds meer gebruik van werving online en sponsoring via (sport)activiteiten, zoals marathons. De vertrouwde collectebus is nog niet verdwenen, maar het is moeilijk om vrijwilligers te binden. De Hartstichting voldoet aan de strenge eisen van het Centraal Bureau Fondsenwerving (CBF). Er bestaat een verdeelsleutel waarmee het percentage wordt bepaald dat aan de doelstelling van de organisatie moet

worden besteed en dit is vastgelegd in het jaarverslag.”

Hoe lang is de Hartstichting nog nodig?

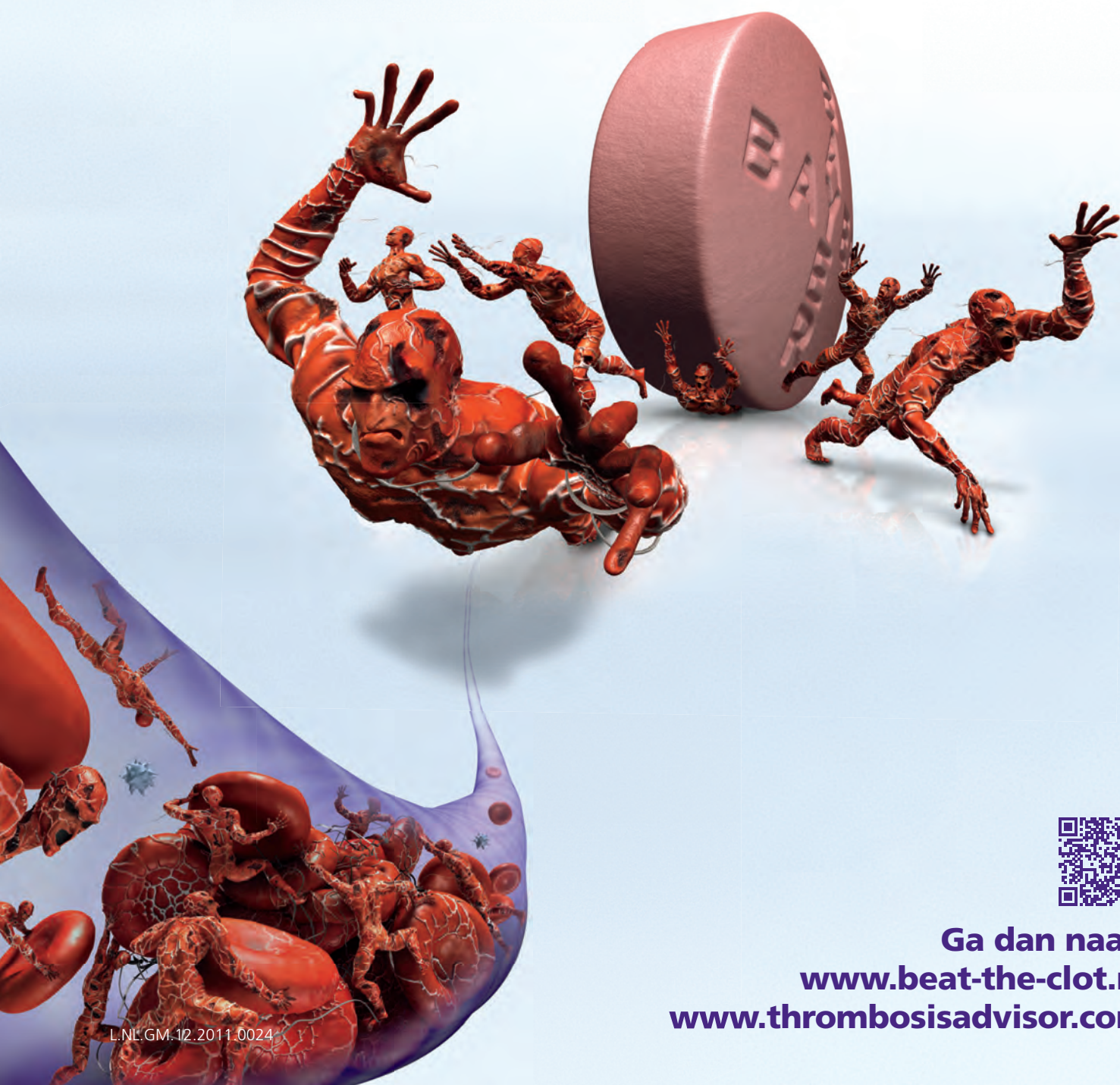
“Toen ik hier begon, dacht ik dat de stichting niet lang meer zou bestaan. Maar nu weet ik dat er nog zo veel te doen is. Er is een nieuwe populatie met veel chronische ziekten, er worden meer risicofactoren ontdekt en ook op het gebied van genetisch onderzoek verwacht ik veel ontwikkelingen. Al deze ontwikkelingen moeten naar de praktijk worden vertaald en daar ligt onze kracht. Het doel van de Hartstichting is ‘25 voor 2025’. Daarmee willen we de cardiovasculaire gezondheid van alle Nederlanders met 25% verbeteren, het aantal sterfgevallen door hart- en vaatziekten met 25% reduceren en de ervaren gezondheid van hart- en vaatpatiënten met 25% laten toenemen. Met cardiovasculaire gezondheid richten we ons op een ideaal cholesterolniveau, ideale bloeddruk, ideale bloedsuikerspiegel en gezonde levensstijl, zoals niet roken, gezond gewicht, voldoende lichamelijke activiteit en gezonde voeding.”

Wat zijn volgens u de afgelopen jaren de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van hart- en vaatziekten geweest en hoe ziet u de toekomst?

“Er zijn minder enkelvoudige hart- en vaatziekten, maar steeds meer hart- en vaatziekten in combinatie met andere chronische ziekten. Van de mensen met een hart- of vaatziekte heeft 63% ook een of meer andere chronische ziekten. Hierdoor wordt de zorg steeds complexer en is naast een specialistische inbreng ook een generalistische invalshoek van belang. Het is voor patiënten bijvoorbeeld prettig dat ze niet op meerdere spreekuren moeten komen. Een verpleegkundige kan dat bewaken en ervoor zorgen dat zelfmanagement wordt gestimuleerd. Verder blijft in de toekomst kijken lastig.” 



Gaat u samen met Bayer het gevecht aan tegen trombose?



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

Op de hartbewaking van het UMC Utrecht vindt enkele malen per jaar een bevalling plaats. In dit artikel gaan de auteurs in op de hemodynamische veranderingen tijdens een 'normale' zwangerschap en bevalling. Aan de hand van een casus bespreken ze vervolgens welke risico's er kleven aan een zwangerschap en bevalling voor vrouwen met hartfalen. Daarbij beschrijven ze hoe de multidisciplinaire aanpak in het UMC Utrecht is georganiseerd.

Marijke van der Linde, verplegingswetenschapper HCK UMC Utrecht; Gert Jan Sieswerda, cardioloog UMC Utrecht; Martijn Oudijk, gynaecoloog UMC Utrecht; Erik van Ooijen, sr. verpleegkundige hartbewaking UMC Utrecht.

E-mail: m.vanderlinde@umcutrecht.nl

De multidisciplinaire aanpak van het UMC Utrecht

Risico's van zwangerschap en bevalling voor vrouwen met hartfalen

Inleiding

In westerse landen wordt 0,2 tot 4% van de zwangerschappen gecompliceerd door cardiovasculaire aandoeningen bij de moeder.¹ Zwangerschapshypertensie is de meest voorkomende cardiovasculaire aandoening tijdens zwangerschap. Van de structurele hartafwijkingen die aanleiding geven tot problemen tijdens de zwangerschap is de etiologie voornamelijk congenitaal (70-80%).² Door de toenemende behandelmogelijkheden van congenitale hartafwijkingen wordt deze patiëntencategorie steeds ouder. Vrouwen bereiken daardoor steeds vaker de leeftijd waarop een kinderwens gaat spelen. Naast congenitale aandoeningen kunnen verworven aandoeningen als hartklepafwijkingen, ischemische hartziekte, pulmonale hypertensie en verschillende vormen van cardiomyopathie de zwangerschap ernstig compliceren.^{3,4} Door wijzigingen in leefstijl (obesitas, roken, diabetes mellitus) en de hogere leeftijd waarop vrouwen zwanger worden, nemen de aantallen de afgelopen decennia toe.⁵ Hoewel de mortaliteit van de moeder tijdens de zwangerschap en bevalling absoluut gezien laag is, vormen in westerse landen cardiovasculaire aandoeningen de grootste oorzaak voor het overlijden van de moeder tijdens de zwangerschap (15%).^{3,4,5,6,7}

Wijzigingen in hemodynamiek

Bij een 'normale' zwangerschap en bevalling beginnen de veranderingen in het cardiovasculaire systeem om te kunnen voldoen aan de metabole behoefte van de moeder en het ongeboren kind vroeg in de zwangerschap

Casus

Een 32-jarige vrouw, bekend met dilaterende cardiomyopathie, komt op poliklinisch consult bij de cardioloog. Ze heeft hartfalen NYHA-klasse II met een linkerventriekelfractie van 28%. Haar klachten zijn vermoeidheid, dyspnoe en pijn op de borst. Ze geeft aan 6 weken zwanger te zijn. Uit lichamelijk onderzoek komt het volgende naar voren: De RR meet 90/60 bij een hartfrequentie van 120 per minuut; de ademhalingsfrequentie en de CVD zijn verhoogd; op het ECG is een sinustachycardie te zien. Er volgt uitgebreide diagnostiek (ECG, Lab, Echo's, X-thorax) om de cardiale status in beeld te brengen. De medicatie wordt aangepast om de cardiale conditie van de patiënt te verbeteren en ook om de toxische effecten van bepaalde medicamenten op de foetus te reduceren. Vanwege het duidelijk verhoogde risico op complicaties wordt de vrouw nauwkeurig begeleid door zowel de gynaecoloog als de cardioloog. Aan het eind van de zwangerschap wordt besloten de vrouw op te nemen op de hartbewaking om daar onder begeleiding van een multidisciplinair team de bevalling in te leiden.

Voorafgaand aan de opname worden de zorg en de daarbij voorgenomen interventies in een multidisciplinair team besproken. In dit team participeren een cardioloog, gynaecoloog, cardio-anesthesioloog en verpleegkundigen obstetrie en hartbewaking. Op de hartbewaking worden twee aangrenzende kamers gereserveerd. In één kamer zal de vrouw worden opgenomen en bevallen van haar kind. De aangrenzende kamer wordt omgebouwd tot behandelkamer en gereed gemaakt voor de eerste opvang van het kind (couveuse en opvangtafel). De gynaecoloog heeft tijdens de bevalling de regie in handen. Er is een uitgebreid protocol aanwezig, waarin per complicatie interventies zijn beschreven die kunnen worden toegepast.

De bevalling

Een dag voor de bevalling wordt een Swan Ganz katheter ingebracht om naast de vitale functies ook de hemodynamische parameters te kunnen monitoren. Op de dag van de bevalling plaatst de anesthesioloog een epiduraal katheter. Er is voor epidurale anesthesie gekozen, omdat het risico op cardiovasculaire instabiliteit bij spinale anesthesie veel groter is.² Epidurale anesthesie wordt gegeven voor:^{2,8,9}

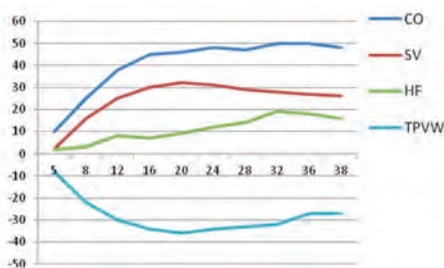
- Tegengaan van sympathische stimulatie
- Afname van de systeem vaatweerstand
- Minimaliseren van het zuurstofverbruik van het myocard
- Verminderen van de hemodynamische belasting als gevolg van pijn en angst

Tijdens de bevalling is er continue monitoring van de cardiale parameters door de CCU-verpleegkundige en de arts-assistent cardiologie. De bevalling wordt geleid door de gynaecoloog samen met de obstetrie-verpleegkundige.

De bevalling verloopt voorspoedig. Monitoring wordt na de bevalling gecontinueerd om te kunnen anticiperen op complicaties als gevolg van de fluid shift.

Na de bevalling wordt het kind onderzocht en mag het enige tijd bij de moeder blijven, waarna het naar de afdeling neonatologie wordt gebracht. Contact tussen moeder en kind blijft, hoewel gebrekkig, mogelijk via een telecommunicatiesysteem. Na de bevalling komt het kind dagelijks bij de moeder om haar zoveel mogelijk te laten participeren in de zorg voor haar kind.

en pieken in het derde trimester (week 28 t/m 40). Door normale hormonale veranderingen (met name toename van aldosteron) vindt er een sterke stijging van het bloedvolume plaats. Deze stijging varieert per stadium van de zwangerschap. Zowel het slagvolume als de hartfrequentie neemt hierbij toe, waardoor ook de cardiac output stijgt. De einddiastolische druk van de linkerventrikel zal door toename van het bloedvolume iets stijgen. Gedurende het derde trimester kan echter verlaging van de preload optreden door compressie van de vena cava inferior door de zwangere uterus (VCI-syndroom). Daarnaast zorgt vasodilatatie (door oestrogeen en prostaglandine) in combinatie met de lage weerstand van de placenta voor een daling van de systemische vaatweerstand. Hierdoor zal er een milde bloeddrukverlaging (10 mmHg) optreden, ondanks de verhoogde cardiac output⁵ (zie figuur 1).



Figuur 1. Hemodynamische veranderingen tijdens de zwangerschap⁴
CO: cardiac output; SV: slagvolume; HF: hartfrequentie; TPVW: totale perifere vaat weerstand.

Tijdens de bevalling neemt het al verhoogde bloedvolume (en daarmee een verhoogde veneuze return) door autotransfusie van de placenta belangrijk verder toe. Deze autotransfusie wordt veroorzaakt door sympathische stimulatie en contractie van de baarmoeder.¹⁰ Het slagvolume zal bij de bevalling flink stijgen evenals de hartfrequentie door catecholaminen die vrijkomen als gevolg van pijn en/of angst. Ook de bevalling van de placenta geeft een stijging van de preload, waardoor veneuze return van het placentaire bloed naar de circulatie van de moeder ontstaat.¹⁰ Al met al zal de cardiac output rondom de bevalling behoorlijk toenemen, met een maximum toename van ongeveer 50% ten tijde van de uitdrijvingsfase (zie tabel 1).

Trimester				
Parameter	1e	2e	3e	Tijdens bevalling
Bloedvolume	Stijgt	Stijgt	Maximaal (40-50%)	Snelle autotransfusie a.g.v. sympathische stimulatie en baarmoeder contracties
Systemische vaatweerstand	Geleidelijke daling	Op z'n laagst 30%	Geleidelijke stijging naar normaalwaarde	Varieert afhankelijk van de fase in de bevalling en sympathische stimulatie
Hartfrequentie	Stijgt	Stijgt tot 20%	20% gestegen	Toename in stijging
Cardiac Output	Stijgt	Stijgt	Maximaal (30-50%)	Toename stijging tot 50% in de uitdrijvingsfase. Binnen 1 uur na de bevalling op niveau van het derde trimester.

Tabel 1. Hemodynamische veranderingen gedurende een normale zwangerschap en bevalling¹⁰

Binnen een uur na de bevalling gaat de cardiac output weer terug naar de waarden van het derde trimester.¹⁰ In de eerste dagen na de bevalling vinden grote hemodynamische veranderingen plaats. Deze zijn toe te schrijven aan het wegvallen van de verlaagde systeemweerstand, wat komt doordat de placenta is verdwenen en oedeem en interstitieel vocht in de circulatie zijn teruggekeerd. Hierdoor zal de preload van de linkerkamer weer fors gaan stijgen, met risico op cardiale decompensatie als gevolg. Goede monitoring op tekenen van hartfalen is essentieel om waar nodig snel in te kunnen grijpen.⁴ Het duurt tot 6 maanden na de bevalling voordat het hele vasculaire systeem weer net zo is als voor de zwangerschap.¹⁰

Risico's bij hartfalen

Het risico op overlijden tijdens de zwangerschap of de bevalling is afhankelijk van de onderliggende cardiovasculaire aandoening (zie kader 1). Over het algemeen geldt dat asymptomatische vrouwen een laag risico hebben. Welke complicaties tijdens de zwangerschap optreden, is afhankelijk van de cardiovasculaire aandoening. De meest voorkomende zijn hartfalen en ritmestoornissen.⁴ Vrouwen met een voor de zwangerschap al gedilateerd linkerventrikel en ernstig hartfalen hebben een groot risico op overlijden tijdens de zwangerschap, de bevalling en in de periode na de bevalling.⁸ Een bijzondere vorm van hartfalen is peripartum cardiomyopathie (PPCM). Dit is een vorm van cardiomyopathie

die zich manifesteert aan het eind van de zwangerschap of in de eerste maanden na de bevalling.⁹ De oorzaak van het falen van de linkerhartkamer is bij deze vorm van hartfalen onbekend, maar kan desastreuze gevolgen hebben. In het artikel van Van den Bosch en Ruys in de Cordiaal van juli 2013 is uitgebreid aandacht besteed aan deze vorm van cardiomyopathie.

De diagnose hartfalen is vaak lastig te stellen omdat normale zwangerschapssymptomen - gestuwde halsvenen, kortademigheid, vocht vasthouden in de extremiteiten en een verhoogde hartfrequentie - het hartfalen kunnen maskeren.^{8,10}

Multidisciplinaire aanpak

Zwangerschap bij vrouwen met pre-existerende cardiovasculaire aandoeningen heeft wereldwijd een stijgende incidentie en vraagt om een multidisciplinaire aanpak. Kennis omtrent hemodynamische veranderingen voor, tijdens en na de bevalling is belangrijk, maar net zo belangrijk is counse-

- NYHA klasse > II
 - Cyanose ($\text{SaO}_2 < 90\%$)
 - Cardiovasculair voorval in het verleden
 - LV ejectiefraction < 40%
 - Obstructie in het LV
- Berekend risico is 5%, 27% respectievelijk 75% met 0, 1 of > 1 van deze voorspellers.

Kader 1: Voorspellers van complicaties bij de moeder⁵:

ling van de ouders voorafgaande aan de zwangerschap. Alle risico's voor zowel moeder als kind dienen hierbij de revue te passeren. Alle alternatieven voor moederschap/gezinsvorming, zoals adoptie, moeten ter overdenking met de aanstaande ouders besproken worden.

Consult

Het verdient aanbeveling om het onderwerp 'zwangerschap' bij vrouwen in de relevante leeftijdscategorie tijdens een poliklinisch consult ter sprake te brengen. Als er een kinderwens blijkt te zijn, moet er met de volgende elementen rekening worden gehouden:^{5,9}

- Het type cardiovasculaire aandoening
- De ernst van de cardiovasculaire aandoening (NYHA-classificatie)
- Effecten van een zwangerschap op de aandoening
- Effecten van een zwangerschap op het kind
- Medicatiemanagement tijdens de zwangerschap
- Mogelijkheden van ingrijpen bij complicaties (curatief, maar ook palliatief)
- Implantatie van een ICD
- Levensverwachting in relatie met de zorg voor een kind
- Risico op doorgeven van de cardiovasculaire aandoening aan het kind (erfelijkheid)

Er zijn aandoeningen die een dermate hoog risico voor de moeder vormen dat een zwangerschap afgeraden moet worden. Hiertoe behoren: pulmonaal arteriële hypertensie, syndroom van Marfan of bicuspidale aortaklep met een gedilateerde aortawortel (>45mm resp >50mm), ernstig linkszijdig stenotisch kleplijden, eerder doorgemaakte PPCM zonder volledige normalisatie van de LV-functie en ernstige dysfunctie van de ventrikel (EF <30%, NYHA III-IV).⁵

De World Health Organization (WHO) heeft op basis van de cardiale pathologie en comorbiditeit een classificatie opgesteld, die inzicht biedt in de risico's van zwangerschap en bevalling bij patiënten met cardiovasculaire aandoeningen.⁴

Begeleiding

Wanneer een vrouw met hoog risico op complicaties toch zwanger raakt of als zich tijdens de zwangerschap hartfalen ontwikkelt, dan wordt ze in de loop van de zwangerschap begeleid door een multidisciplinair team van specialisten (cardiologen, gynaecologen, anesthesisten en verpleegkundigen). Omdat de indicatie tot bevallen op een hartbewaking zich niet vaak voordoet, is uit kwaliteitsoverwegingen centralisatie in een tertiair centrum aangewezen.⁴

Een eerste stap is diagnostiek. Er vinden een aantal onderzoeken plaats, zoals een stresstest en een echocardiogram, om de cardiale status van de vrouw in beeld te brengen. Daarnaast wordt het medicatiebeleid waar nodig aangepast, omdat een aantal medicijnen bij hartfalen toxisch kunnen zijn voor het ongeboren kind. Dit geldt voornamelijk voor coumarinederivaten, ACE-remmers en AT-blokkers.

Hemodynamiek bij hartfalen

De sterke hemodynamische veranderingen kunnen bij gezonde zwangere vrouwen al een grote invloed hebben. Bij vrouwen met cardiovasculaire aandoeningen bestaat een verhoogd risico op complicaties. De mate van het risico is afhankelijk van de ernst van de cardiovasculaire aandoening en het aanpassend vermogen van het zieke systeem. De meeste problemen komen voor bij de volgende vier cardiovasculaire ziektebeelden:¹⁰

- Hartfalen met een linkerventriekelfractie < 35%
- Pulmonale hypertensie
- Eisenmenger syndroom
- Het syndroom van Marfan met een verwijde aortawortel

Volumebelasting is de kern van het probleem. Dit kan bij een patiënt met een cardiovasculaire aandoening resulteren in acuut hartfalen; pulmonaal oedeem, dyspnoe, bloeddrukdalende en ritmestoornissen.^{5,8} Het risico hierop is het grootst tijdens de bevalling en de eerste dagen na de bevalling, omdat dan de grootste 'fluid shift' plaatsvindt. Het is de vraag in hoeverre het hart dit kan compenseren.

In deze casus verliepen de zwangerschap en bevalling zonder grote com-

plicaties. De realiteit is echter dat de moeder de bevalling niet altijd overleeft. Het hartfalen is dan zodanig gevorderd dat het hart niet in staat is de wijzigingen in de hemodynamische toestand op te vangen. 

Literatuur

1. Regitz-Zagrosek. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *European Heart Journal* 2011; 32: 3147-3197.
2. Van Mook, W. N., Peeters, L. Severe cardiac disease in pregnancy, part II: Impact of congenital and acquired cardiac diseases during pregnancy. *Current Opinion in Critical Care* 2005; 11, 435-448.
3. Roos-Hesselink, J. W., Ruys, T. P., Stein, J. I., Thilen, U., Webb, G. D., Niwa, K., et al. Outcome of pregnancy in patients with structural or ischaemic heart disease: Results of a registry of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 2012.
4. Ruys, T. P., Cornette, J., Roos-Hesselink, J. W. Pregnancy and delivery in cardiac disease. *Journal of Cardiology* 2013; 61: 107-112.
5. Bowater, S. E., Thorne, S. A. Management of pregnancy in women with acquired and congenital heart disease. *Postgraduate Medical Journal* 2010; 86: 100-105.
6. Liu, H., Huang, T. T., Lin, J. H. Risk factors and risk index of cardiac events in pregnant women with heart disease. *Chinese Medical Journal* 2012; 125: 3410-3415.
7. Stangl, V., Schlad, J., Gossing, G., Borges, A., Baumann, G., Stangl, K. Maternal heart disease and pregnancy outcome: A single-centre experience. *European Journal of Heart Failure* 2008; 10: 855-860.
8. Stergiopoulos, K., Shiang, E., Bench, T. Pregnancy in patients with pre-existing cardiomyopathies. *Journal of the American College of Cardiology* 2011; 58: 337-350.
9. Krul, S. P., van der Smagt, J. J., van den Berg, M. P., Sollie, K. M., Pieper, P. G. et al. Systematic review of pregnancy in women with inherited cardiomyopathies. *European Journal of Heart Failure* 2011; 13: 584-594.
10. Howlett, J. G., McKelvie, R. S., Costigan, J., Ducharme, A., Estrella-Holder, E., Ezekowitz, J. A., et al. The 2010 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and management of heart failure update: Heart failure in ethnic minority populations, heart failure and pregnancy, disease management, and quality improvement/assurance programs. *The Canadian Journal of Cardiology* 2010; 26: 185-20

Hieronder vindt u de casus van een 39-jarige vrouw die door de ambulancedienst met spoed wordt verwezen wegens acuut pijn op de borst. De voorgeschiedenis is blanco. De auteur stelt u over deze casus enkele vragen die u kunt beantwoorden met behulp van onderstaande gegevens en elektrocardiogram en beelden op de website. De antwoorden vindt u op pagina 61 van deze Cordiaal.

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/20142>
Daar ziet u de Figuren 2 t/m 4 en
Video 1 – 6 (angio filmpjes)

Vragen:

1. Wat ziet u op het elektrocardiogram (figuur 1)? Zou u bij dit verhaal nog aanvullende ECG-diagnostiek willen zien?
2. Wat voor soort ritmestoornis ziet u in figuur 2?
3. Is het terecht dat patiënte direct werd aangeboden voor een primaire coronaire interventie? Er ontbreken immers ST-segment elevaties op het elektrocardiogram van de ambulancedienst.
4. Wat betekent AIVR en is dit een gunstig of ongunstig teken?
5. Wat is uw conclusie aan de hand van het verhaal en het elektrocardiogram?

Wat vertelt deze casus?

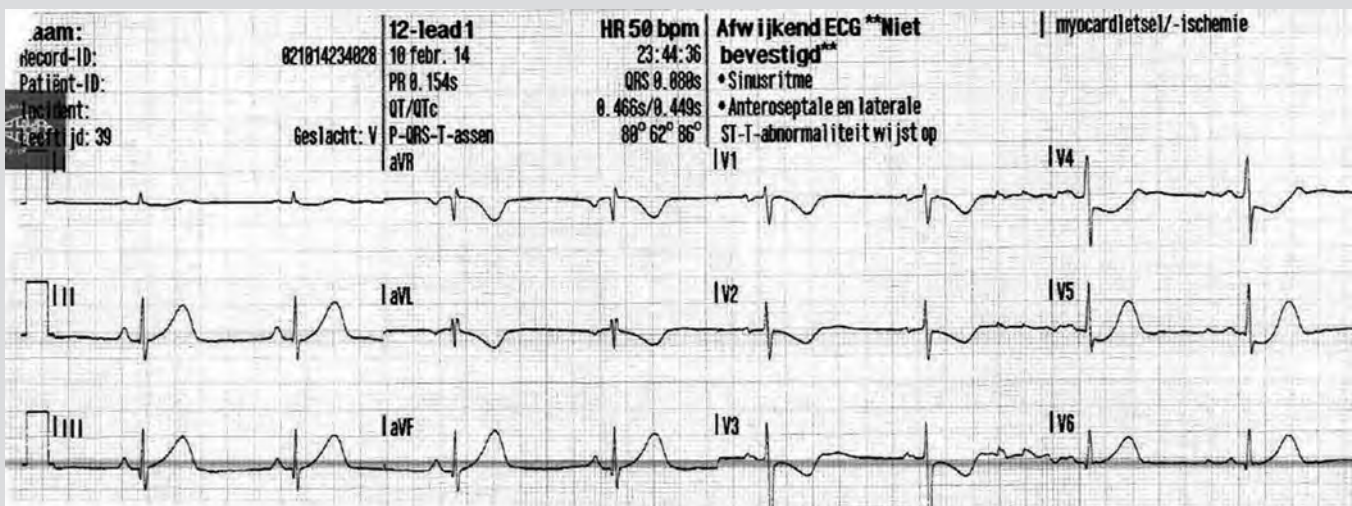
Een 39-jarige vrouw met acuut pijn op de borst

Casus:

Een 39-jarige vrouw wordt door de ambulancedienst met spoed verwezen wegens acuut pijn op de borst. 's Avonds rond 22.00 uur kreeg zij plotseling een drukkende pijn op de borst met uitstraling naar de linkerarm. Ook had ze last van een benauwd gevoel en van misselijkheid zonder over te geven. De voorgeschiedenis is blanco. Ze heeft als cardiovasculair risicoprofiel roken en een belaste familieanamnese. De ambulancedienst treft een grauwe en zieke patiënte aan met een bloeddruk van 80/40 mmHg, die na het toedienen van NaCl intraveneus direct stijgt naar 140/70 mmHg. De pols is 50 tot 60 per minuut. Een 12-kanaals ECG wordt ter plekke gemaakt en verzonden naar de dienstdoende arts cardiologie. Het elektrocardiogram ziet u in figuur 1 en de bijbehorende ritmestroom in figuur 2. De

ambulancedienst zet het protocol "STEMI" in gang en start met de medicamenteuze behandeling: ticagrelor 180 mg per os, aspegic 250 mg en heparine 5000 eenheden intraveneus worden toegediend.

Patiënte arriveert direct op de hartkatheterisatiekamer in hemodynamisch stabiele toestand. De cardioloog verricht een spoedangiografie en een primaire coronaire interventie (PCI) met plaatsing van een drug eluting stent. De beelden vindt u op de website van Cordiaal. Tijdens de PCI wordt een AIVR op de monitor waargenomen. Na de PCI met stentplaatsing is het opnamebeloop voorspoedig. Het maximale CK is 885 u/l. Er worden geen ritmestoornissen meer waargenomen. Ontslag volgt op dag vijf in goede conditie. Poliklinisch zal patiënte opgeroepen worden voor hartrevalidatie. 



Figuur 1: ECG

In Nederland zijn geen gegevens bekend over de prevalentie van risicofactoren voor hart- en vaatziekten onder gedetineerden. Daarom is er in 2012 binnen de Master ANP-opleiding van Saxion Hogescholen een onderzoek uitgevoerd onder mannelijke gedetineerden in de penitentiaire inrichting te Hoogeveen. Opmerkelijk resultaat is het hoog cardiovasculair risico (CVR) dat is vastgesteld onder een groot aantal, relatief jonge, gedetineerden. Tijdige screening is dus geboden.

Suze Bombeld, verpleegkundige en gezondheidswetenschapper, hoofddocent/onderzoeker Master ANP, Saxion Hogescholen; Tessa Ammeraal, Verpleegkundig Specialist, Medische Dienst Penitentiaire Inrichting Hoogeveen; Hilde de Vocht, Lector Ouderenzorg en Palliatieve Zorg, Academie Gezondheidszorg, Saxion Hogescholen.

E-mail: s.w.m.bombeld@saxion.nl

“Hoog cardiovasculair risico: tijdige screening en behandeling urgent en noodzakelijk”

Onderzoek onder gedetineerden in Hoogeveen

Inleiding

In 2009 stierven ruim 40.000 Nederlanders aan hart- en vaatziekten (HVZ).¹ Voor vrouwen zijn HVZ de belangrijkste doodsoorzaak en voor mannen de tweede oorzaak van sterfte. Bij veel Nederlanders is sprake van risicofactoren voor het ontstaan van HVZ. In 2011 heeft een herziening van de multidisciplinaire richtlijn/NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement (CVRM) uit 2006 plaatsgevonden. Onder CVRM wordt verstaan: “Het identificeren, diagnostiseren en adviseren omtrent leefstijl, en het - eventueel - medicamenteus behandelen van mensen met een verhoogd risico op HVZ”.² Als eerste stap binnen deze richtlijn wordt bij patiënten met een verhoogd risico op HVZ een risicoprofiel opgesteld met daarin alle risicofactoren voor HVZ. Preventie van hart- en vaatziekten begint bij het opsporen van risicofactoren. Binnen de reguliere gezondheidszorg wordt de richtlijn veelvuldig gehanteerd bij de leeftijdsgroep > 50, omdat bekend is dat het aantal cardiovasculaire risicofactoren stijgt met de leeftijd. De richtlijn is niet ontwikkeld voor actieve en systematische opsporing van risicofactoren in de algemene bevolking. Hiervoor maken huisartsen gebruik van de NHG-Standaard “Het Preventie Consult Cardiometabool Risico”.³ Voor mensen bij wie sprake is van ongunstige leefstijlfactoren biedt deze standaard richtlijnen voor het in kaart brengen van risicofactoren op HVZ, type 2 Diabetes Mellitus (DM) en nierschade. Uit uitgebreid literatuuronderzoek blijkt dat gedetineerden in buitenlandse gevangenissen (Verenigde Staten en

Australië) een sterk verhoogd cardiovasculair risico hebben. Bovendien is sprake van een verhoogde mortaliteit onder voormalig gedetineerden in de Verenigde Staten ten gevolge van onder andere cardiovasculaire aandoeningen en DM.^{4, 5, 6}

Onderzoek

De Nederlandse Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) heeft in haar missie en visie, die leidend is voor de penitentiaire inrichting (PI) Hoogeveen, vastgelegd dat de medische zorg voor gedetineerden gelijkwaardig dient te zijn aan de zorg buiten detentie.⁷ In de

gegevens bekend zijn over de prevalentie van risicofactoren HVZ binnen deze (relatief jonge) doelgroep.

Methode

Het betrof een kwantitatief prospectief cohortonderzoek. Dit betekent dat een groep mensen met een gemeenschappelijk kenmerk (in dit onderzoek ‘gedetineerd zijn’) gedurende een bepaalde periode gevolgd wordt om ziektegevallen te registreren. De centrale vraagstelling luidde: “Wat is de prevalentie van cardiovasculaire risicofactoren bij mannelijke gedetineerden in de PI Hoogeveen?”

In de PI Hoogeveen is geen systematische screening van risicofactoren voor HVZ

PI Hoogeveen ontbreekt een structureel programma voor de systematische screening van risicofactoren die nauw geassocieerd worden met HVZ. Dit gemis en de vaak ongezonde leefstijl van gedetineerden vormden de aanleiding voor een onderzoek, dat in 2012 is uitgevoerd in het kader van de afronding van de Master ANP-opleiding Saxion Hogescholen. Het doel van het onderzoek was het vaststellen van de prevalentie van cardiovasculaire risicofactoren onder de mannelijke gedetineerden. Door inzicht te krijgen in de omvang van dit probleem kan beoordeeld worden of actieve, systematische en structurele screening, begeleiding en behandeling van deze specifieke doelgroep gerechtvaardigd of zelfs noodzakelijk zijn. Vooral omdat in Nederland geen onderzoeks-

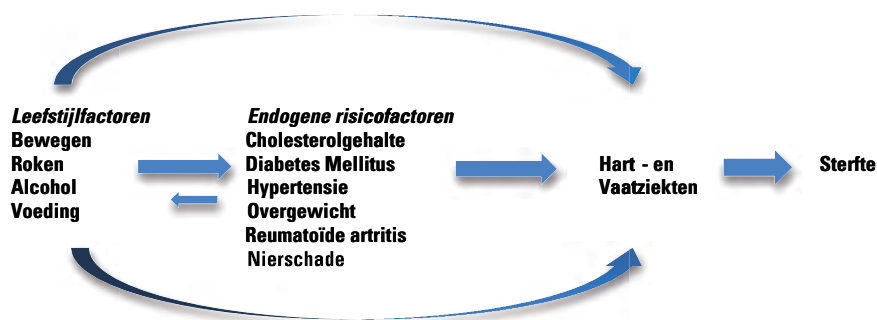
Onderzoekspopulatie

Er was sprake van een aselechte steekproef waarin zijn opgenomen alle mannelijke gedetineerden die binnenkwamen in de PI Hoogeveen in de periode januari 2012 tot en met maart 2012 (n=331). Deze gedetineerden hadden de status van voorlopig gehecht, kortgestraft, langgestraft of veelpleger.

Dataverzameling

De dataverzameling bestond uit het verzamelen van risicofactoren, bestaande uit zowel endogene als leefstijlfactoren (figuur 1), conform de criteria uit de richtlijn CVRM.

Het risico op HVZ is multifactorieel; daarom is het belangrijk risicofactoren in samenhang te beoordelen. De 1e



Figuur 1: Relatie tussen leefstijl- en endogene risicofactoren, ziekte en sterfte aan HVZ⁸

meting werd verricht op het moment van binnenkomst in de PI. Een geïnstrueerde verpleegkundige verzamelde de volgende data: leeftijd, bloeddruk, gewicht, lengte, roken, familiale belasting HVZ, gebruik van antihypertensiva, bekend zijn met DM, reuma-

Het vervolgonderzoek bestond uit het verzamelen van leefstijlfactoren en endogene risicofactoren. Voor het verzamelen van leefstijlfactoren is, in een gestructureerd interview, gebruik gemaakt van de BRAVO Lifestyle

hoogd serumglucose - vond aanvullend laboratoriumonderzoek plaats.

Ethische verantwoording

Het onderzoeksvoorstel is voorgelegd aan het hoofd van DJI Gezondheidszorg Den Haag, de Justitieel Geneeskundige en het hoofd zorg van de PI Hooftveen. Allen hebben toestemming verleend voor dit onderzoek en tevens is melding gedaan bij de afdeling Analyse, Strategie & Kennis van DJI voor publicatie van dit onderzoek. De onderzoeksgegevens zijn geanonimiseerd. Omdat de autonomie door detentie gedeeltelijk wordt ontnomen, is er extra aandacht geschonken aan vrijwillige deelname. Het *informed consent* is opgenomen in het medische dossier.

Inclusiecriteria vervolgonderzoek:

- Gedetineerden die langer dan 14 dagen in de PI verblijven
- Gedetineerden die de Nederlandse en of Engelse taal beheersen
- Gedetineerden die hun "informed consent" geven voor het vervolgonderzoek

Tabel 1: Inclusiecriteria vervolgonderzoek

toïde artritis (RA) en het al bekend zijn met HVZ. Obesitas (BMI boven 25) is toegevoegd in plaats van hypercholesterolemie, omdat het cholesterolgehalte bij intake niet standaard wordt afgenomen. Onder gedetineerden bij wie sprake was van de aanwezigheid van één of meerdere risicofactoren op HVZ (puntprevalentie), werd binnen 1 week vervolgonderzoek verricht. Om deel te kunnen nemen aan dit vervolgonderzoek zijn inclusiecriteria gehanteerd (tabel 1).

30 % van de gedetineerden voldeed bij binnenkomst aan criteria voor verhoogd CVR

Check. Deze check is ontwikkeld door SKB Vragenlijst Services en de vragen zijn gebaseerd op gestandaardiseerde normen.⁹ Door Toegepast Wetenschappelijk Onderzoek (TNO) is in een vergelijkingsonderzoek naar vragenlijsten over leefstijl, gezondheid en vitaliteit de BRAVO als gebruiksvriendelijk, valide en betrouwbaar aangeduid.¹⁰ De afkorting BRAVO staat voor Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning. Ontspanning is in dit onderzoek niet meegenomen, omdat deze categorie gericht is op de energiebalans tijdens en na het werk. Voor de aanvullende endogene factoren - aanwijzingen voor nierschade, hypercholesterolemie, verlaagd HDL cholesterol, verhoogd totaal cholesterol en ver-

Resultaten

De aselecte steekproef bestond uit 331 gedetineerden (n=331) die in de periode januari 2012 tot en met maart 2012 binnenkwamen in de PI. Om de representativiteit van de steekproef te bepalen (tabel 2) is met behulp van de Mann-Whitney toets de leeftijd van de steekproef (n=331) vergeleken met de leeftijd van de op dat moment aanwezige populatie in de PI (n=269). Hierbij is geen significant verschil aangetoond (p=8.899). Hieruit blijkt dat de steekproef qua leeftijd representatief is voor de doelpopulatie.

Op basis van de puntprevalentie bij binnenkomst heeft 30% (n=98) een verhoogd risico op HVZ conform de

	Aanwezige populatie op 9-1-2012 (n=269)	Steekproef (n=331)	Risicogroep (n=98)
Leeftijd (mediaan en range)	33 jaar	33 jaar (18-73)	41,1 jaar (18- 73)
Systolische bloeddruk		122 mmHg (gemiddeld)	130 mmHg (mediaan)
Diastolische bloeddruk		78 mmHg (gemiddeld)	85.3 mmHg (gemiddeld)
BMI (mediaan)		23.7	27.8
Roken (%)		84.6% (n=280)	80.6% (n=79)

Tabel 2: Kenmerken zittende populatie, steekproef en risicogroep

gestelde criteria vanuit CVRM. De leeftijdsopbouw van gedetineerden uit de steekproef en de risicogroep is weergegeven in *tabel 3*.

en $P=0,000$). Een verhoogd risico kwam significant meer voor bij de groep 50 - 59 jaar en bij de groep van 60 jaar en ouder. Een verhoogd cardi-

vervolgonderzoek uitgevoerd. Dit bestond uit het bepalen van aanvullende risicofactoren (*tabel 5*).

Bij 43,9 % ($n=23$) van de risicogroep was sprake van minimaal twee risicofactoren en bij 34,0 % ($n=18$) van de geïncludeerde gedetineerden was er zelfs een indicatie voor het starten of wijzigen van de medicamenteuze behandeling. Indicatie voor medicamenteuze behandeling was in meer dan de helft van de gevallen geïndiceerd bij de groep met DM (77,8%), obesitas (66.7%), familiale belasting (65%), HVZ (62.5%) of hypertensie (55%).

Discussie

Dit onderzoek heeft de prevalentie van risicofactoren op HVZ in de PI Hoozeven vastgesteld. Binnen dit onderzoek was sprake van een grote, representatieve en aselechte steekproef ($n=331$) en daarmee zijn de resultaten generaliseerbaar naar de totale populatie in de PI Hoozeven. Mogelijke onderlinge verschillen maken de onderzoeksresultaten niet zonder meer generaliseerbaar naar individuele gedetineerden van andere PI-en. Het onderzoek heeft valide resultaten opgeleverd, al kan niet worden uitgesloten dat er selectiebias is opgetreden bij de inclusie voor het vervolgonderzoek. Weigering tot deelname aan het vervolgonderzoek hangt mogelijk samen met de aanwezigheid van een hoog risicoprofiel. Daarnaast is binnen dit onderzoek het risicoprofiel bepaald door een select aantal risicofactoren. Belangrijke factoren als sociaaleconomische status (SES), stress, etniciteit en depressie zijn niet meegenomen, omdat deze moeilijk objectiverbaar, sterk persoonsafhankelijk en niet of moeilijk behandelbaar zijn. Ook hierdoor kan de prevalentie van risicofactoren onderschat zijn en is er dus mogelijk sprake van een onderschatting van het werkelijke risico op HVZ.

De dataverzameling is uitgevoerd door een geïnstrueerde verpleegkundige die daarbij geijkte meetinstrumenten heeft gebruikt. Deze verpleegkundige heeft de indruk, gebaseerd op jarenlange ervaring met deze doelgroep, dat gedetineerden geneigd waren sociaal-

Leeftijdscategorie	Steekproef (n=331)		Risicogroep (n=98)	
	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal
18 - 29 jaar	37,5%	124	13,7%	17
30 - 39	30,8%	102	25,0%	25
40 - 49	23,0%	76	40,0%	30
50 - 59	6,3%	21	90,0%	18
60 jaar en ouder	2,4%	8	100%	8

Tabel 3: Leeftijdsopbouw steekproef en risicogroep

	Totale steekproef (n=331)		Risicogroep (n=98)	
	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal
Obesitas	11,9%	39	40,2%	39
Hypertensie	10,8%	35	36,5%	35
Familiaire belasting HVZ	10,3%	34	34,7%	34
Roker>50jaar	6,6%	22	22,4%	22
Bekend met HVZ	4,5%	15	15,3%	15
Diabetes Mellitus	4,2%	14	14,3%	14
Reumatoïde artritis	0,3%	1	1,0%	1

Tabel 4: Aanwezigheid van risicofactoren

	Percentage	Aantal
Hypercholesteremie	17,6%	9
Nierschade	9,4%	5
Verhoogd Serumglucose	17,3%	9
Overmatig alcohol	24,5%	13
Onvoldoende bewegen	47,2%	25
Onvoldoende groente	43,4%	23
Onvoldoende fruit	75,5%	40
Onvoldoende vette vis	71,7%	38
Geen beperking zout	54,7%	29
Snacks/kant en klare maaltijden 1 x per week	66,0%	35

Tabel 5: Aanvullende risicofactoren (n=53)

Uit de T-toets voor onafhankelijke steekproeven bleek dat er een significant verschil in leeftijd was tussen gedetineerden die wel en die niet tot de risicogroep behoren ($p < 0,0001$). Het gemiddelde verschil in jaren was 10,5 jaar. Er was een significant verschil en sterke samenhang tussen het hebben van een verhoogd cardiovasculair risico en de leeftijdscategorie (Cramers $V = 0,474$; $X^2 = 73,427$, $df = 4$

ovascuair risico bestond uit de aanwezigheid van één of meer risicofactoren. De prevalentie van de afzonderlijke risicofactoren bij de steekproef en risicogroep zijn in *tabel 4* weergegeven.

De risicofactoren namen zwak tot matig toe met het stijgen van de leeftijd (Spearman's $\rho = 0.341$). Van de risicogroep ($n=98$) is, op basis van de inclusiecriteria, bij 53 gedetineerden

wenselijke antwoorden te geven op de vragen van de BRAVO Lifestyle Check. Al met al wijzen diverse factoren in de richting van een mogelijk nog hogere prevalentie van risicofactoren dan al is aangetoond binnen dit onderzoek.

Terwijl bekend is dat cardiovasculaire risico's significant stijgen met het toenemen van de leeftijd, is de prevalentie in deze jonge populatie opmerkelijk hoog. Met het stijgen van de leeftijd van gedetineerden kan worden verwacht dat de prevalentie van cardiovasculaire risico's toeneemt. Er vindt echter in de huidige situatie na detentie geen follow-up plaats voor de in gang gezette interventies om de risicofactoren te modificeren. Vanwege het ambtsgeheim en medisch beroepsgeheim mogen de medische gegevens niet naar de huisarts worden gestuurd, tenzij er een uitdrukkelijk verzoek van de gedetineerde is. Er is veelal voor gekozen een afdruk van het medisch dossier mee te geven bij ontslag. Het is dan sterk afhankelijk van de motivatie en het inzicht van de ex-gedetineerde om zorg te dragen voor de continuïteit van de medische zorg.

Conclusie

Deze studie toont aan dat de prevalentie van cardiovasculaire risicofactoren bij gedetineerden die binnenkwamen in de PI Hoogeveen (n=331) erg hoog is. Dertig procent (n=98) van de gedetineerden voldeed bij binnenkomst aan de criteria voor een verhoogd cardiovasculair risico. Dit percentage komt grotendeels overeen met prevalentieonderzoeken in buitenlandse gevangenis. ^{4,6} Terwijl bekend is dat cardiovasculaire risico's vaker voorkomen op hogere leeftijd, is er bij gedetineerden sprake van een opmerkelijk hoog cardiovasculair risico bij een relatief jonge groep (median leeftijd 33). Het cardiovasculaire risico wordt grotendeels verklaard door de risicofactoren obesitas, DM, HVZ en nierschade en de leefstijlfactoren roken en overmatig alcoholgebruik. De prevalentie van een verhoogd cardiovasculair risico, de afzonderlijke endogene risicofactoren en de ongunstige leefstijl rechtvaardigen niet alleen een systematische en structurele screening en begeleiding van gedetineerden binnen de PI, er is zelfs sprake

ke van een zekere noodzaak en urgentie. De hoge prevalentie van gevonden afwijkingen bij aanvullend onderzoek liet zien dat er met name bij DM, HVZ en hypertensie zeer frequent indicatie was voor (wijzigen van) medicamenteuze behandeling.

Aanbevelingen

Gezien het geschetste grote risico op HVZ bij gedetineerden is het belangrijk CVRM hoger op de beleidsagenda van de DJI te krijgen. Met actieve identificatie en tijdige behandeling kan immers veel gezondheidswinst worden geboekt. Het leveren van kwaliteitszorg tijdens detentie kan de lasten voor zowel de DJI als de maatschappij verminderen. Daarbij biedt detentie, door de gesloten setting, een mogelijkheid tot case-finding (opsporingsmethode in het kader van vroeger diagnostiek) onder mensen die in de vrije maatschappij niet of moeilijk worden bereikt vanwege hun problematisch en/of zorgmijndend gedrag. Detentie is een zeer ingrijpende maatregel en mogelijk is het een periode waarin mensen meer open staan voor gezondheidsboodschappen.

Een proactief gestructureerd screeningsprogramma, zoals uitgevoerd in dit onderzoek, bleek goed uitvoerbaar en geschikt om een inschatting te maken van het individuele risico op HVZ. De Verpleegkundig Specialist en Justitieel Geneeskundige kunnen een belangrijke rol spelen bij het opzetten van een screenings- en preventieprogramma in de PI(en). Hoewel er correlatie bestaat tussen leeftijd en een verhoogd cardiovasculair risico, is de prevalentie bij de jongere leeftijdscategorieën zo hoog dat screening en identificatie binnen een PI zich op alle leeftijdscategorieën zou moeten richten. Bovendien zijn leefstijlaanpassingen juist op jonge leeftijd zinvol, omdat ze jarenlange cardiovasculaire belasting verminderen. Bij de leefstijladvisering is het aan te bevelen de focus te leggen op roken, alcohol en voeding.

Beïnvloeding van deze risicofactoren zou bij alle gedetineerden een enorme gezondheidswinst kunnen opleveren. Het grote aantal cases waarbij het starten of wijzigen van de medicamenteuze behandeling was geïndiceerd, ten-

einde complicaties op zowel lange als korte termijn te voorkomen, maakt noodzakelijk dat het medisch beleid zich meer op deze groep zou moeten focussen. Een aanbeveling hierbij is om door follow-up de zorg na detentie te continueren. 

Literatuur

1. RIVM. Coronaire hartziekte; omvang van het probleem. Opgehaald van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/coronaire-hartziekten/omvang/>. 2012, april 29.
2. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Nederlands Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement, herziening 2011. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
3. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard PreventieConsult module Cardiometabool Risico. In J. Dekker, M. Alsema, & P. Janssen, NHG Standaarden. 2011; 138-55.
4. Hanis C. Hypertension among Mexican Americans in Starr County, Texas: Public Health reports. 1996; 15-17.
5. Harzke A., Baillargeon J., Pruitt S., Pulvino, J., Paar D, & Kelley M. Prevalence of Chronic Medical Conditions. Inmates in the Texas Prison System. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. 2010; Vol. 87: 486-503
6. Souza R., Butler T., & Petrovsky N. Assessment of cardiovascular disease risk factors and diabetes mellitus in Australian prisons: is the prisoner population unhealthier than the rest of the Australian population? Australian Public Health. 2005; 318-323.
7. Dienst Justitiële Inrichtingen. Gezondheidszorgvisie DJI. Den Haag: 2006.
8. Leest L. & Verschuren W. Leefstijl-en risicofactoren voor hart en vaatziekten in de nederlandse bevolking. In M. Jager-Geurts, R. Peters, M. Bots & S. v. Dis. Hart en vaatziekten in Nederland Den Haag: Nederlandse hartstichting; 2006.
9. SKB Vragenlijst Services. BRAVO-leefstijlfactoren. Amsterdam: 2002.
10. Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO). Kwaliteit van leven: Vergelijkingsonderzoek vragenlijsten leefstijl, gezondheid en Vergelijkingsonderzoek vragenlijsten leefstijl, gezondheid en vitaliteit. Leiden: 2009.

Margje Vermeulen

E-mail: M.F.H.Vermeulen@umcutrecht.nl

Het tweejaarlijkse Nederlands CathLab Symposium vindt dit jaar plaats op 27 september 2014 in Utrecht. Ditmaal heeft het UMC Utrecht het genoegen dit congres, dat speciaal bedoeld is voor cathlabmedewerkers en betrokkenen, te mogen organiseren.

*Uitnodiging Cathlab Symposium,
Utrecht, 27 september*

'Waar het hart vol van is, loopt de mond van over'

Toen onze nieuwe hartkatheterisatieafdeling met vijf behandelkamers, waaronder een super moderne hybridekamer, in 2012 werd geopend, kon iedereen niets anders uitbrengen dan "prachtig" en "geweldig". De nieuwe hartkatheterisatiekamer heeft onze werkwijze op een positieve manier veranderd en verbeterd. Dit brengen we met trots naar buiten. Kortom "Waar het hart vol van is, loopt de mond van over". Dit laatste geldt ook voor het brede scala aan behandelingen die wij patiënten nu kunnen aanbieden en de continue vooruitgang hierin.

Met de organisatie van dit congres heeft het UMC Utrecht een unieke gelegenheid haar ontwikkeling op het gebied van onderzoek, behandeling en scholing voor het voetlicht te brengen. We hebben een divers programma opgesteld met interessante lezingen en workshops. Tijdens de workshops wordt u uitgenodigd mee te denken en uw kennis te toetsen en te delen. Daarnaast krijgt u natuurlijk de gelegenheid om onze prachtige hartkatheterisatieafdeling te bekijken.

Een congres waar u zich kunt laten inspireren, kennis kunt opdoen en delen en waar ook ruimte is voor ontmoeting. Een congres dat u niet mag missen. Noteert u het in uw agenda? 



Datum:
27 september 2014
Aanvang:
9.00 uur (inloop vanaf 8.00 uur)
Locatie:
UMC Utrecht
Aanmelden:
www.cathlabsymposium2014.nl

NU'91, werkt voor de zorg!

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

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

Samenwerking NVHV en NU'91

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

Combilidmaatschap NVHV en NU'91

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

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

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



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

BEROEPSORGANISATIE VOOR
DE VERPLEGING EN VERZORGING

Het CarVasZ-congres gaat in de hoogste versnelling met het thema 'Snel, sneller, snelst. Complexe zorg in de hoogste versnelling'. Tijdens verschillende sessies komt aan de orde dat de (cardiovasculaire) zorg steeds complexer wordt. Naast onderwerpen binnen dit thema is er ook veel aandacht voor de laatste inzichten, behandelingen en technische ontwikkelingen.

Debbie ten Cate en Linda Joziase,
voorzitters werkgroep Congressen

E-mail: Debbie.tencate@hu.nl

Vrijdag 21 november, de ReeHorst te Ede

CarVasZ 2014: Snel, sneller, snelst. Complexe zorg in de hoogste versnelling

De elfde editie van CarVasZ heeft als thema 'Snel, sneller, snelst. Complexe zorg in de hoogste versnelling'. Processen moeten sneller, ontwikkelingen en nieuwe inzichten in de zorg volgen elkaar sneller op en interventies worden sneller geïmplementeerd. We verwelkomen u graag op vrijdag 21 november 2014 in Hotel en Congrescentrum de ReeHorst in Ede. Het programma is gevarieerd en interessant. Bij de stands kunt u in gesprek gaan met meerdere fabrikanten en stichtingen en natuurlijk is er tijd voor een hapje en drankje met uw eigen collega's of om nieuwe collega's te ontmoeten.

Het thema van dit jaar, dat zowel in de plenaire sessie als in parallelsessies aan bod komt, vormt een weerspiegeling van de huidige maatschappij en gezondheidszorg. De zorg wordt steeds complexer en duurder. Patiënten worden complexer omdat ze langer leven en vaker meerdere chronische ziektes hebben. Behandeling van deze patiënten vereist nieuwe kennis, die snel en efficiënt wordt vertaald naar een betere behandeling. Ook de rol van de patiënt is veranderd. Hij wil niet meer alleen zorg ontvangen, maar samen met de arts, verpleegkundige en verpleegkundig specialist komen tot besluitvorming. Kortom, genoeg uitdaging voor de verpleegkundige en verpleegkundig specialist om scherp te blijven en zich te blijven ontwikkelen om op deze veranderingen te kunnen anticiperen.

Bijzonder blij zijn we met de komst van onze 'buitenlandse' gast, prof. dr. Tiny Jaarsma van de Linköping University uit Zweden. Tijdens haar presentatie 'Haastige spoed is zelden goed: het nut van Evidence Based Practice in de car-

diovasculaire zorg' zal ze ingaan op een aantal belangrijke thema's. Vorig jaar zou Jaarsma ook komen spreken op CarVasZ, maar ze was helaas verhinderd. Met een goede reden: Ze ontving toen in Dallas, de Verenigde Staten, de Katherine A. Lembright Award.

Sessies en workshops

Na de plenaire sessie kunt u kiezen uit 27 parallelsessies. Deze zijn zoveel mogelijk afgestemd op het thema en vallen binnen een aantal specialisaties van de cardiovasculaire zorg: thoraxchirurgie, hartrevalidatie, congenitale cardiologie, wetenschappelijk onderzoek, atriumfibrilleren, acute cardiale zorg, interventiecardiologie, hartfalen, ICD/EFO en vasculaire zorg. Dit jaar zijn de werkgroep Acute Cardiale Zorg en expertgroep Verpleegkundig Specialisten vertegenwoordigd tijdens CarVasZ.

Ook zijn er weer een aantal bekende workshops en interactieve sessies, waaronder klinisch redeneren, snijssessie varkensharten en bespreking ritme stoornissen op kinderleeftijd. Onder

leiding van Tiny Jaarsma vindt een discussiesessie plaats over het thema 'Wat zijn jouw uitdagingen als hartfalenverpleegkundige?' De sessies en workshops zijn bedoeld voor verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundig onderzoekers. Om inzicht te geven in de moeilijkheidsgraad van de sessies en workshops is een aantal hiervan gelabeld met 'verdiepend'. Het volledige programma van CarVasZ 2014 vindt u in de bijgevoegde brochure van deze Cordiaal en op www.carvasz.nl en www.nvhvv.nl. Daar kunt u zich ook aanmelden voor het congres.

Accreditatie

Ook dit jaar is er accreditatie aangevraagd bij de NVHV, V&V Kwaliteitsregister, SBHFL en RSV (verpleegkundig specialisten). De NVHV vindt het op peil houden en registreren van de kwaliteit van zorg belangrijk. Wij zien u graag op vrijdag 21 november 2014 in de ReeHorst te Ede en wensen u een interessante en leerzame dag toe! Tot ziens op CarVasZ 2014! 

Richtlijnen voor abstract

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

Beoordeling

- Alle ingezonden abstracts worden beoordeeld 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 geaccepteerde en gepresenteerde abstracts worden gepubliceerd in het congresboek.

Inzending

Abstracts kunnen tot uiterlijk 8 september 2014 digitaal ingestuurd worden naar: k.willems@congresscompany.com. Auteurs zullen rond 5 oktober 2014 horen of hun abstract geaccepteerd is en of zij een presentatie mogen geven.

Vrijdag
21 november
2014

De ReeHorst,
Ede

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

Snel, sneller, snelst.

Welkom en opening

Haastige speed is zelden goed: het nut van Evidence Based Practice in de cardiovasculaire zorg

10.15 - 10.45 KOFFIEPAUZE

10.45 - 12.15 PARALLELSESSIES 1 t/m 9

Sessie 1 Sessievoorzitter: M. Holierook	Sessie 2 Sessievoorzitter: A.J.A.M. Kolkman	Sessie 3 Sessievoorzitter: C. de Jong	Sessie 4 Sessievoorzitter: I. Hogewerf
WETENSCHAPPELIJK OZ.	ATRIUMFIBRILLEREN/ THORAXCHIRURGIE/ INTERVENTIECARDIOLOGIE	EXPERTGROEP VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN	HARTFALEN WORKSHOP
Thema: Richtlijnen Hoe komen richtlijnen tot stand? <i>M.J. Lenzen</i> Implementatie van richtlijnen: waar staat de verpleegkundige? <i>W.G. Ista</i> Worden richtlijnen nageleefd in de praktijk? <i>M. Snaterse-Zuidam</i>	Thema: Invasieve behandeling bij AF Hybride Mini-Maze <i>W.J.P. van Boven</i> Follow-up PVI VATS (Mini-Maze) <i>F.R. Piersma</i> De Watchman <i>R. Alloway</i>	Fast track poli pijn op de borst <i>M. Bultje-Peters</i> Complexe zorg eenvoudig uitgelegd: Infolijn hart en vaten <i>C.F.J.A. de Jong</i>	Wat zijn jouw uitdagingen als hartfalenverpleegkundige of verpleegkundig specialist hartfalen? Discussiesessie o.l.v. <i>T. Jaarsma</i>
VERDIEPEND			Max. 40 deelnemers

12.15 - 13.15 LUNCHPAUZE

12.30 - 13.00 LUNCHSYMPOSIUM

13.15 - 14.45 PARALLELSESSIES 10 t/m 18

Sessie 10 Sessievoorzitter: M.L. Niesing-Lut	Sessie 11	Sessie 12 Sessievoorzitter: J.J. Doornenbal	Sessie 13 Sessievoorzitter: M.J. Beenders
WORKSHOP	WORKSHOP	HARTREVALIDATIE	HARTFALEN
Klinisch redeneren voor de cardiovasculaire verpleegkundige <i>I.J.D. Jüngen</i>	Snijssessie <i>J. van Weezel</i> <i>P. van de Woestijne</i>	Klinisch pad Hartrevalidatie <i>C.L.A. Reichert</i> De ene patiënt is de andere niet <i>S. Vosbergen</i> Hartrevalidatie: kan het korter? <i>S. de Vries - Spithoven</i>	Uitkomst onderzoek: Zijn de prognose en palliatieve fase van hartfalen moeilijk bespreekbaar? <i>M.H.L. van der Wal</i> Hartfalen bij ouderen <i>K.M.T. Dermout</i>
Max. 75 deelnemers	Max. 30 deelnemers		

14.45 - 15.15 THEEPAUZE

15.15 - 16.15 PARALLELSESSIES 19 t/m 27

Sessie 19 Sessievoorzitter: H. van de Wetering	Sessie 20	Sessie 21 Sessievoorzitter: T.J.M. Verheijen	Sessie 22 Sessievoorzitter: P.H. Pruijsers-Lamers
WORKSHOP	WORKSHOP	ICD WORKSHOP	CARDIOLOGIE ALGEMEEN
Klinisch redeneren voor de ervaren cardiovasculaire verpleegkundige en verpleegkundig specialist <i>I.J.D. Jüngen</i>	Snijssessie <i>J. van Weezel</i> <i>P. van de Woestijne</i>	PM/ICD <i>M. van Crujssen</i>	Polyfarmacie in de cardiologie Spreker wordt nog bekend gemaakt
Max. 75 deelnemers VERDIEPEND	Max. 30 deelnemers		

16.15 - 16.45 AFSLUITING MET BORREL

Sessie 5 Sessievoorzitter: C.J.J. van der Nat-Salje	Sessie 6 Sessievoorzitter: R. van der Jagt	Sessie 7	Sessie 8	Sessie 9 Sessievoorzitter: M. van der Holst
VASCULAIRE ZORG	INTERVENTIECARDIOLOGIE/ EFO	WORKSHOP	WORKSHOP	CONGENITALE CARDIOLOGIE
De relatie tussen stress en hart- en vaatziekten <i>J. van Erp</i> Working 9-5: hart voor je werk of werk voor je hart? <i>P.M.J.C. Kuijpers</i>	Thema: VT-ablatie VT-ablatie <i>L.R.C. Dekker</i> Ins-en-outs van IMPELLA <i>N.M.D.A. van Mieghem</i> Ablatieprocedure VT, de verpleegkundige zorg: 'stilte tijdens de storm' <i>E.C.H. Peters</i>	'Still alive'. De praktijk van reanimeren buiten het ziekenhuis <i>H. van der Zaag</i>	'Snel, sneller, snelst'. ECG lezen voor gevorderden <i>G. Nijkerk</i> <i>J. Peringa</i>	Ritmestoornissen op de kindereleeftijd <i>R.A. Bertels</i>
	VERDIEPEND	Max. 50 deelnemers		VERDIEPEND/INTERACTIEF

Dit lunchsymposium wordt mede mogelijk gemaakt door:



Sessie 14 Sessievoorzitter: M. Zijlstra	Sessie 15 Sessievoorzitter: M.C. van Brug	Sessie 16 Sessievoorzitter: E. Postelmans	Sessie 17 Sessievoorzitter: L. van Vliet	Sessie 18 Sessievoorzitter: C. van Lent
VASCULAIRE ZORG/ EXPERTGROEP VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN	INTERVENTIECARDIOLOGIE/ HARTREVALIDATIE/ EXPERTGROEP VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN	ICD	THORAXCHIRURGIE	CONGENITALE CARDIOLOGIE WORKSHOP
Hypertensieve crisis <i>B.J.H. van den Born</i> Het cardiovasculair risicoprofiel van recent gediagnosticeerde OSAS-patiënten <i>H.C.L. van Tol</i>	Radialisbenadering bij een acuut infarct <i>G. Amoroso</i> Raditme vervroegd ontslag <i>M.M. van Duinen</i> Snel met ontslag na een spoed PCI <i>P.W. Meijers</i>	EMDR bij posttraumatische stressstoornis <i>J. van Trier</i> Get the picture: mobiele klinische foto's door de patiënt <i>J. de Heide</i> Remote care: time saver or not? <i>H.M. Weetink</i>	Acute cardiale zorg Dissecties <i>F.J. Oosterwerff</i> Aneurysma's <i>H.P. Lok</i>	State of the Art: Reanimatie van kinderen, groot en klein <i>M.J. Bos</i> <i>M.J.P.M. van Bourgondien</i> <i>K. Hogenbirk</i> <i>R. Kruit</i>
				Max. 24 deelnemers

Sessie 23 Sessievoorzitter: G. Hengstman	Sessie 24 Sessievoorzitter: M.J.A.G. de Ronde	Sessie 25 Sessievoorzitter: E. Wolf	Sessie 26 Sessievoorzitter: P.G. van 't Verlaat	Sessie 27 Sessievoorzitter: R. Zwart
ACUTE CARDIALE ZORG	INTERVENTIECARDIOLOGIE	ATRIUMFIBRILLEREN	WETENSCHAPPELIJK OZ.	CONGENITALE CARDIOLOGIE/ICD
Multi-organafalen: het begin of het einde? <i>H.H. Woltjer</i>	Acute stenttrombose <i>J.M. ten Berg</i> AIDA-studie: bioresorbable versus metallic everolimus eluting stents <i>J.J. Wykrzykowska</i>	AF, 'een probleem met toekomst' <i>L.J. Gerhards</i> De AF-poli <i>P.J. Musters</i>	Presentatie van de zes beste abstracts	Ervaringskundigen spreken over het hebben van een ICD bij een erfelijke cardiomyopathie <i>J. Verhoeven-Schaareman</i>
			VERDIEPEND	

Seksuele problemen als gevolg van een hart- en vaatziekte komen veel voor en patiënten en hun partners kunnen zich hierover zorgen maken of vragen hebben. Toch stellen nog maar weinig hulpverleners dit onderwerp aan de orde. De American Heart Association heeft met de European Society of Cardiology een document gepubliceerd om seksualiteit bespreekbaar te maken. In dit artikel beschijft de auteur de hoofdpunten ervan en geeft aanvullende tips.

Tiny Jaarsma, verpleegkundige, hoogleraar verplegingswetenschap, universiteit van Linköping, Zweden

Email: tiny.jaarsma@liu.se

Tips voor bespreken van seksualiteit met hart- en vaatpatiënten en hun partners

Consensusdocument in kort bestek

Inleiding

Het is belangrijk dat patiënten en hun partners na een hartaandoening of CVA informatie krijgen over de mogelijke gevolgen van de aandoening op verschillende aspecten van het leven, waaronder het seksleven. Verminderde energie of hartklachten tijdens inspanning kunnen leiden tot minder zin in seks of minder in staat zijn tot seks. Ook kunnen seksuele problemen het gevolg zijn van de bijwerkingen van voorgeschreven medicatie. Daarnaast kan angst op herhaling van een hartinfarct of toename van klachten een rol spelen.²

Toch vinden veel hulpverleners het moeilijk om de gevolgen van de aandoening voor de seksualiteit met de patiënt en partner te bespreken. Uit diverse onderzoeken blijkt bijvoorbeeld dat hulpverleners over onvoldoende kennis en ervaring beschikken voor het bespreken van seksualiteit, er te weinig tijd voor hebben of culturele barrières ervaren.²⁻⁴ In een recent gepubliceerd document van de American Heart Association (AHA) en de European Society of Cardiology (ESC) staat een aantal aanbevelingen over welke informatie aan hart- en vaatpatiënten gegeven kan worden. In dit artikel vindt u een samenvatting van de hoofdpunten, die van toepassing zijn op de meeste cardiovasculaire ziektebeelden, waarna specifieke aandachtspunten volgen voor bepaalde ziektebeelden.

Algemene aandachtspunten

Patiënten met hart- en vaatziekten – en ook hun eventuele partners – maken zich vaak zorgen over hun toekomstige seksleven, ongeacht hun leeftijd of sekse. Zo vragen ze zich af

of ze seksuele activiteiten veilig kunnen hervatten, welke gevolgen de aandoening erop heeft, wat de effecten van seks zijn op het hart en welke effecten de medicijnen kunnen hebben. Als een patiënt en partner geloven dat hun seksleven voorbij is omdat een van beiden een hartaandoening heeft, kan dit grote gevolgen hebben voor hun relatie. Mogelijk hebben ze behoefte aan feitelijke informatie en aan hulp bij het bespreken en wellicht herdefiniëren van hun seksuele relatie. Sommige partners zijn bang voor hervatting van het seksleven, omdat ze denken dat hun partner opnieuw een hartinfarct zal krijgen of dat ze hem of haar zullen bezeren. Patiënten kunnen ook bang zijn om hun partner te bezeren – bijvoorbeeld uit vrees dat de ICD zal

afgaan – of ze kunnen zich overbeschermd voelen door hun partner doordat ze niet meer als volledig capabel worden gezien. Deze zorgen en onzekerheden leven even sterk onder hetero's als onder homo's en biseksuelen. Bij de laatste twee categorieën zijn hulpverleners soms bang over onvoldoende kennis te beschikken en patiënten zijn soms bang voor een intolerante houding van de hulpverlener jegens hun seksuele geaardheid.

Structurele en geplande anamnese

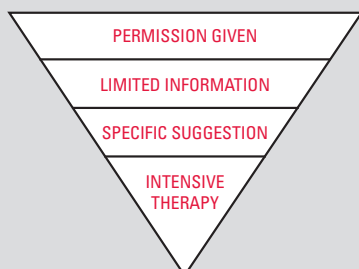
Voor optimale voorlichting is een goede anamnese of assessment van de soort problemen of vragen nodig. Zo is het goed om uit te vragen in hoeverre de seksuele problemen te maken hebben met de behandeling of de klachten van de hart- en vaat- aandoening.

- Uw aandoening/ziekte (hartfalen, ritmestoornis etc.) kan ook gevolgen hebben voor uw seksuele leven. Ik wil het daar graag met u over hebben, wilt u dat ook?
- Ervaart u problemen met seksualiteit/intimiteit?
- Als het gaat om kwaliteit van leven is seksualiteit een belangrijk thema. Daarom willen we hier bij stil staan. Hebt u daar vragen over?
- Ik hoor vaak dat hartpatiënten vragen hebben over seksualiteit, zoals wanneer ze weer geslachtsgemeenschap mogen hebben. Speelt dat bij u ook?
- Hoe gaat het met de intimiteit/seksualiteit?
- Ik wil graag de gelegenheid geven...
- Hebt u al weer durven vrijen na uw ziekte?
- Misschien vindt u het lastig om op de volgende vraag te antwoorden, maar ik wil er niet voor wegllopen. Is er sinds uw CVA/infarct wat veranderd aan uw seksleven?
- We bespreken de activiteiten die u weer op heeft gepakt na de ziekenhuisopname. Hoe gaat het met de seksuele activiteiten?
- Heeft het CVA voor u gevolgen gehad op seksueel gebied?
- Door het hersenletsel kan ook de seksualiteit veranderd zijn, zoals moeite met opgewonden raken, erectie krijgen, etc. Of hoe gaat het met jullie samen, qua relatie, intimiteit, want er is nogal wat veranderd...

Bron: *Bespreken van Seksualiteit. Aanbevelingen om seksualiteit te bespreken met patiënt & partner na hartinfarct, hartfalen of CVA. Nederlandse Hartstichting, 2011.*

Tabel 1: Beginzinnen of -vragen voor een gesprek over seksualiteit.

De afkorting PLISSIT staat voor Permission (toestemming), Limited information (basale informatie), Specific suggestions (specifieke raad en advies) en Intensive Treatment (intensieve behandeling).



Toestemming

Het bespreekbaar maken van het onderwerp seksualiteit tussen patiënt en zorgverlener en tussen de partners onderling is al een belangrijke eerste stap. Het kan zorgen voor openheid en opluchting, wat een therapeutische werking kan hebben.

Basale informatie

Een groot deel van de patiënten en hun partners kan baat hebben bij basale voorlichting over bijvoorbeeld de hervatting van seksuele activiteiten, de gevolgen van de aandoening voor de relatie en intimiteit en de bijwerkingen van medicatie.

Voorlichtingsmaterialen, zoals de brochures over intimiteit en seksualiteit na een beroerte/hartaandoening van de Hart & Vaatgroep kunnen helpen bij de bespreking.

Specifieke raad en advies

Als hulpverleners geen antwoord hebben op een vraag van patiënten of partners dan is het belangrijk dat er een punt is waar ze meer informatie kunnen vinden. Met name meer intieme onderwerpen zoals voorspel, standjes, orale seks of masturberen worden minder vaak besproken.

Verwijzing naar externe deskundigen

De laatste stap betreft de individuele hulpverlening aan patiënten (en partners). Het gaat om specialistische hulpverlening door een seksuoloog, uroloog of andere arts. Er kunnen fysieke problemen zijn, zoals erectiestoornissen, maar ook emotionele problemen waar specialistische hulp bij nodig is.

ning en hoe de seksuele relatie voor de aandoening of behandeling was. Ook factoren als angsten, bezorgdheden, eventuele andere aandoeningen - hypertensie, diabetes of vasculaire aandoeningen - en de fysieke capaciteit of inspanningsvermogen zijn van belang. Tenslotte is de verwachting die patiënt en partner van een gesprek hebben belangrijk. Om te bepalen of en welke informatie en eventueel behandeling de patiënt nodig heeft, kan er gebruik worden gemaakt van het PLISSIT-model (zie kader).

Vragenlijsten

In sommige anamneses of intakegesprekken is een vraag opgenomen over seksualiteit, bijvoorbeeld met de gezondheidspatronen van Gordon. Daarnaast bestaan er specifieke vragenlijsten of formulieren die gebruikt kunnen worden om inzicht te krijgen in de aard en achtergronden van de seksuele problemen, zoals de Female Sexual Function Index (FSFI) of de International Index of Erectile

Function, die ook in het Nederlands verkrijgbaar zijn. Ook tijdens andere fases van het behandel- of zorgproces kan er aanleiding zijn om het onderwerp aan de orde te stellen. In tabel 1 vindt u een aantal mogelijke beginvragen of -zinnen, die kunnen helpen een gesprek aan te gaan over seksualiteit in de dagelijkse praktijk.

Adviezen voor hart- en vaatpatiënten

Bij de bespreking van het onderwerp seksualiteit kunnen een aantal punten aan de orde komen zoals medicatie, de omgeving voor seksuele activiteit, de houding daarbij, het energieverbruik en de risico's en de klachten en symptomen tijdens seks.

Medicatie

Het is nuttig na te gaan welke medicatie aan de patiënt is voorgeschreven en of die gevolgen heeft voor het seksueel functioneren. Bètablokkers en sommige anti-arrhythmica zijn 'berucht' voor hun effecten op potentie, ook al zijn die niet altijd onderbouwd (zie tabel 2).

	Afgenomen libido, zin		Seksuele disfunctie		Erectieproblemen		'Impotentie'		Verminderde ejaculatie		Andere	
ACE-Remmers	X	X	X	X								
Vasodilatoren											X (1)	
Alpha 1 Blokkers				X	X						X (1)	
Anti-Arrhythmica	X				X	X						
Bètablokkers	X				X	X					X (1,2,3,4)	
Digoxine	X				X						X (5)	
Centraal werkende Antihypertensiva				X	X	X					X (5)	
Diuretica												
Tiaziden	X			X				X			X(7)	
Spironolacton	X	X									X (5,6)	
Angiotensine II Receptor Blockers						X						
Lipidenverlagers						X						
1. Priapisme												5. Gynaecomastie
2. Vertraagde zwelling												6. Onregelmatige menses
3. Ziekte van Peyronie												7. Vaginale droogheid
4. Inderal (hij hoge dosering)												

NB. De verschillende begrippen (met name impotentie) worden vaak niet zuiver gebruikt en verschillen al naar gelang de bron. Referentie: Rerkpattanapipat P, Stanek MS, Kotler MN.

Sex and the heart: what is the role of the cardiologist. Eur Heart J 2001;22:201-8.

Tabel 2. Cardiale medicatie met mogelijke invloed op het seksuele functioneren of beleven.

Het is niet precies bekend welke medicijnen problemen veroorzaken en welke niet. Maar ongeacht de sterkte van dit bewijs, is het belangrijk om mogelijke bijwerkingen of het ervaren ervan met patiënten te bespreken. Soms verdenken patiënten bepaalde medicijnen van effecten op hun seksleven of hebben ze dit in de bijsluiters gelezen. Ze maken zich er zorgen over en stoppen soms zonder overleg met de medicatie. Het is belangrijk deze angsten en verdenkingen bespreekbaar te maken. Soms is het mogelijk om de dosering van medicatie te veranderen of om over te stappen op een andere medicatiesoort in dezelfde of een andere medicatieklasse. Zo worden bijvoorbeeld bètablokkers nog wel eens veranderd in geval van potentieproblemen of wordt Spironactone vervangen door Eplenerenone wanneer er bijwerkingen optreden zoals gynecemastie of libidoverlies.⁵

Er is tegenwoordig heel wat medicatie tegen erectiestoornissen op de (digitale) markt. De meeste middelen verwijderen de bloedvaten en doen op het moment van seksuele opwinding de verminderde bloedtoevoer naar de penis toenemen. Deze medicijnen kunnen hart-en vaatpatienten vaak helpen hun seksuele activiteiten te hervatten. Ook al zijn ze doorgaans veilig, druk de patient op het hart ze niet zonder overleg met de arts te gebruiken. Ze verlagen namelijk ook de algemene bloeddruk, wat een probleem kan worden als de bloeddruk toch al laag was, bijvoorbeeld door hartfalen en/of andere medicatie. De PDE5-remmers (sildenafil = Viagra®; tadalafil = Cialis® en vardenafil = Levitra®) zijn daarom beslist ongeschikt wanneer iemand nitraten (waaronder ook nitrobaat) gebruikt.

Omgeving voor seksuele activiteit

Adviseer de patiënt om op een ontspannen manier aan vrijen te beginnen, er rustig de tijd voor te nemen en te zorgen voor een uitgerust gevoel. Raad aan seksuele activiteit te vermijden in situaties die extra belastend zijn voor het hart zoals extreme vermoeidheid, binnen drie uur na een zware maaltijd, na het drinken van alcohol, wanneer iemand emotioneel van streek is of in een erg warme of erg

koude omgeving.

Verder stelt het document van de ESC/AHA dat seks met een vreemde partner een extra risico kan betekenen voor hartpatiënten. Die bewering is gebaseerd op gegevens van een onderzoek onder 68 gevallen van overlijden tijdens seks. Het betrof in 93% van de gevallen mannen, van wie de meerderheid (39 van de 68) buitenechtelijke seks had. Slechts 22 van de fatale sterfgevallen vond thuis plaats of bij een langdurige relatie. Andere onderzoeken bevestigen deze gegevens en veronderstellen dat stiekeme seksuele activiteit in een onbekende omgeving voor een extra verhoging in de bloeddruk en hartslag zorgt, met een iets hoger risico op plotse hartdood of cardiovasculaire events. Al met al is dit risico echter erg laag en zelfs lager dan het risico dat gepaard gaat met boosheid of fysieke activiteit waaraan men niet gewend is.



Houding

Een comfortabele en ontspannen houding is het beste tijdens de seks. Er bestaat geen consensus over welke seksuele posities de cardiale werklast verhogen of verlagen. Sommig onderzoek wijst uit dat het energieverbruik het hoogst is, als de hartpatiënt bovenop ligt tijdens seks en dat een meer 'passieve' houding (onderop) voor minder belasting voor het hart zorgt. Maar ander onderzoek toont aan dat de soort positie (boven, onder, zij) niet leidt tot een andere bloeddruk en hartslag. Dat gebeurt wel bij houdin-

gen die niet vertrouwd zijn. Het beste advies aan patiënten is om het seksleven weer op te pakken in een houding die voor hen fysiek en emotioneel het meest comfortabel is. Voor patiënten na een hartoperatie, een CVA of een ICD-implantatie kunnen andere houdingen prettig zijn om bijvoorbeeld de druk op een operatiewond of ICD-implantatiesite te verminderen.¹ Ook kan worden geadviseerd om anale seks te vermijden tot de cardiale aandoening gestabiliseerd is. Dit in verband met de stimulatie van de nervus vages, waardoor de hartslag kan worden vertraagd of waardoor er verminderde cardiale prestatie en pijn op de borst kunnen optreden.

Energieverbruik en risico

De fysiologische belasting van seksuele activiteit is vergelijkbaar met milde tot matig intensieve inspanning. Verhoging van de hartslag en de bloeddruk tijdens seks zijn vergelijkbaar met het beklimmen van een trap. De energetische kosten voor het cardiovasculaire systeem worden vaak uitgedrukt in metabole equivalenten (METs). De energetische kosten van geslachtsgemeenschap zijn ongeveer 2-3 METs in de preorgastische fase en 3-4 METs gedurende de orgastische fase. Dit is vergelijkbaar met het lopen van anderhalve kilometer in 20 minuten of het beklimmen van 20 traptreden in 10 seconden.

Over het algemeen is het risico dat gepaard gaat met seksuele activiteit heel laag. Maar soms kunnen patiënten baat hebben bij het advies om seks uit te stellen totdat hun conditie stabiel is. Als ze bijvoorbeeld nog steeds klachten of symptomen hebben tijdens lichte/matige fysieke activiteit – zoals instabiele AP – dan kunnen ze beter eerst een inspanningstest ondergaan en wachten tot de aandoening optimaal behandeld is en de conditie stabiel is. Meer lichamelijke activiteit en deelname aan hartrevalidatie verhoogt de kans op succesvolle hervatting van seksuele activiteit.

Klachten en symptomen

Stimuleer patiënten om symptomen en klachten die ze voelen bij seks te melden en te bespreken. Nitrobaat (indien voorgeschreven) kan worden gebruikt bij pijn op de borst voor/tij-

dens/na seks, maar de patiënt moet wel het advies krijgen om dit te melden en bij aanhoudende pijn hulp te zoeken. Ook andere klachten zoals hevige kortademigheid, onregelmatige hartslag, duizeligheid of buitengewone vermoeidheid of slapeloosheid na het vrijen kunnen tekenen zijn die aanvullende diagnostiek of behandeling noodzakelijk maken.

Specifieke adviezen

Naast de algemene adviezen gelden er voor verschillende cardiale aandoeningen en CVA specifieke adviezen.

Coronaire hartziekten, hartinfarct, angina

- Seksuele activiteit kan hervat worden een week na een ongecompliceerd hartinfarct, als de patiënt geen cardiale symptomen heeft bij milde tot matige lichamelijke activiteit. Met een rustige hervatting bouwen patiënten zelfvertrouwen op en kunnen ze hun mogelijkheden en beperkingen ontdekken.
- Leg patiënten uit dat het risico voor pijn op de borst klein is, vooral als ze die ook niet ervaren bij andere activiteiten. Mochten ze toch pijn op de borst hebben tijdens seks, die niet na een kwartier spontaan verdwijnt of vijf minuten na het nemen van nitrobaat, dan moeten ze acuut hulp zoeken.
- Als patiënten PDE5-remmers (sildenafil=Viagra®; tadalafil=Cialis® en vardenafil=Levitra®) gebruiken, kunnen ze geen nitrobaat/nitraten gebruiken. Ze moeten in geval van pijn op de borst meteen hulp zoeken.

CABG, harttransplantatie en LVAD

- Voor patiënten na een hartoperatie is advies over het hervatten van seksualiteit, het omgaan met pijn en ongemak rond de operatiewond en het aanmoedigen tot revalidatie belangrijk. Patiënten na CABG kunnen hun seksleven hervatten 6-8 weken na een 'standaard' CABG, als het sternum goed geheeld is.
- Veel patiënten na een harttransplantatie rapporteren impotentie van de corticosteroiden. Ook kunnen ze onzeker zijn over het gevaar van seks voor hun hart; ze willen niets doen om het hart in gevaar te brengen. Onzekerheid over het geslacht

van de donor en het effect daarvan op henzelf kan een probleem vormen, net als het zich onaantrekkelijk voelen door de medicatie of de operatie. Ook bij HTX - patiënten kan hartrevalidatie het lichamelijk functioneren en daardoor ook het seksueel functioneren verbeteren.

- Na een LVAD-implantatie is het nuttig om te praten over herstel na de LVAD en de gevolgen voor seksualiteit. Uit kleine onderzoeken blijkt dat LVAD-patiënten meer zin hebben in seks na implantatie, meer energie hebben en minder last hebben van HF-symptomen die hen voorheen beperkten bij seksuele activiteiten. Tegelijkertijd kunnen mensen angstig zijn om de driveline eruit te trekken of de device te beschadigen.



Hartfalen

- Patiënten met hartfalen in NYHA-klasse I en II kunnen over het algemeen zonder veel problemen hun seksuele activiteiten hervatten. Bij deze patiënten kunnen tips over een gemakkelijke positie, uitgerust zijn en een langzame opbouw van groot belang zijn om seks mogelijk en prettig te maken. Bij patiënten in NYHA-klasse III en IV wordt seksuele activiteit ontraden totdat ze optimaal ingesteld en stabiel zijn. Andere vormen van intimiteit kunnen natuurlijk wel mogelijk zijn. Soms wordt aangeraden de timing van de diuretica aan te passen aan de tijd dat men seks wil hebben.

ICD

- Bij patiënten met een ICD kunnen vragen leven over wanneer het veilig is om weer seks te hebben en over de mogelijkheid van een schok tijdens seks en wat dan te doen. Ook kunnen ze bang zijn dat de partner gewond raakt als de ICD afgaat tijdens seks. Tenslotte zijn er vragen over veilig zwanger worden.

Aangeboren hartafwijkingen

- De meeste patiënten met een aangeboren hartafwijking kunnen een normaal seksleven hebben, al hangt dit af van de ernst van de hartafwijking. Patiënten met ernstig of instabiel hartfalen, significant kleplijden of ongecontroleerde hypertensie hebben verdere evaluatie en behandeling nodig voordat ze seksueel actief kunnen zijn.
- De volgende onderwerpen kunnen aan de orde komen: angst, lichaamsbeeld door bijvoorbeeld operatielittekens, contraceptie en zwangerschap.

CVA

- Na een CVA kunnen er problemen ontstaan op het gebied van intimiteit en seksualiteit en patiënten en hun partners kunnen behoefte hebben om dit te bespreken en advies te krijgen. Patiënten kunnen na een CVA hun seksuele activiteit hervatten, maar er kunnen problemen zijn met (de beleving van) intimiteit en seksualiteit, praktische posities en de invloed van medicijnen. Adviezen zijn uitstekend en gedetailleerd beschreven in de brochure van de van de Hart & Vaatgroep.

Actieve opstelling

Het bespreken van seksualiteit met hart- en vaatpatiënten en hun partners is niet altijd even gemakkelijk. Toch zijn er veel patiënten die een dergelijk gesprek op prijs zouden stellen. Ze kunnen er baat bij hebben om antwoorden te krijgen op basale vragen of eventueel te worden doorverwezen. Over het algemeen kan een goede start gemaakt worden met advies en begeleiding tijdens een opname, een poli-bezoek of revalidatie. Dit ongeacht leeftijd, geslacht, seksuele geaardheid of aard en ernst van de aandoening. Soms komen patiënten spontaan met

vragen, maar over het algemeen vereist het een actieve opstelling van de zorgverleners. 

Literatuur

1. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM, Fridlund B, Kautz DD, Mårtensson J, Mosack V, Moser DK; on behalf of the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing of the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). Sexual Counselling for Individuals With Cardiovascular Disease and Their Partners: A Consensus Document From the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Eur Heart J* 2013;34: 3217–3235.
2. Steinke EE, Patterson-Midgley PE. Perspectives of nurses and patients on the need for sexual counseling of MI patients. *Rehabil Nurs*. 1998 Mar-Apr;23(2):64-70.
3. Rerkpattanapipat P, Stanek MS, Kotler MN. Sex and the heart: what is the role of the cardiologist. *Eur Heart J* 2001;22:201-8.
4. Hoekstra T, Lesman-Leegte I, Couperus MF, Sanderman R, Jaarsma T. What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? *Heart Lung* 2012 Sep-Oct;41(5):492-9.
5. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B, Cheitlin MD, Conti JB, Foster E, Jaarsma T, Kloner RA, Lange RA, Lindau ST, Maron BJ, Moser DK, Ohman EM, Seftel AD, Stewart WJ; on behalf of the American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Sexual Activity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012;125:1058-1072.

Ben jij betrokken bij de patiënt met hart en vaatziekten?
Patricia

Wil je je bezighouden met landelijke ontwikkelingen op het gebied van de vasculaire zorg?
Anke

Houd jij je dagelijks bezig met cardiovasculair risicomanagement?
Christel

Dan zoeken we jou!

Wat biedt de Werkgroep Vasculaire Zorg?

- Mogelijkheden om je netwerk uit te breiden
- Betrokkenheid bij de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen
- Ervaring opdoen in het organiseren van scholingen en deze direct te delen met collega's uit andere ziekenhuizen.

Wat kost het en wat levert het op?

We houden 3 vergaderingen per jaar in Utrecht en een telefonische vergadering. Daarnaast vragen we je inzet voor het organiseren van symposia en scholingen en op verzoek word je gevraagd mee te denken in de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen en notities ten aanzien van cardiovasculaire zorg. Taken worden in onderling overleg verdeeld. De tijdsinvestering wisselt maar is circa 2 à 3 uur per maand.

Je lidmaatschap levert ook directe voordelen op betreffende de toegang tot de CNE en CARVASZ, reiskostenvergoeding voor deelname aan vergaderingen en je kunt je activiteiten als werkgroep lid gebruiken in je registratie als verpleegkundige en verpleegkundig specialist.

Interesse?

Heb je vragen en wil je meer informatie over de mogelijkheden om als werkgroep lid actief te zijn, neem dan contact op met onze voorzitter Corien Flint: c.flint@umcutrecht.nl

Op pagina 47 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

Bezoek ook de website



Ga naar <http://www.nvhvv.nl/20142>
Daar ziet u de Figuren 2 t/m 4 en
Video 1 – 6 (angio filmpjes)

Conclusie

True posterior acuut ST-segment elevatie myocardinfarct

Literatuur

- Engelen DJ, Gressin V, Krucoff MW et al. Reperfusion arrhythmias in acute anterior myocardial infarction are related to the mode of reperfusion and predict worsening of left ventricular function. *Am J Cardiol* 2003 ; 69 :152-9

Dit vertelde de casus!

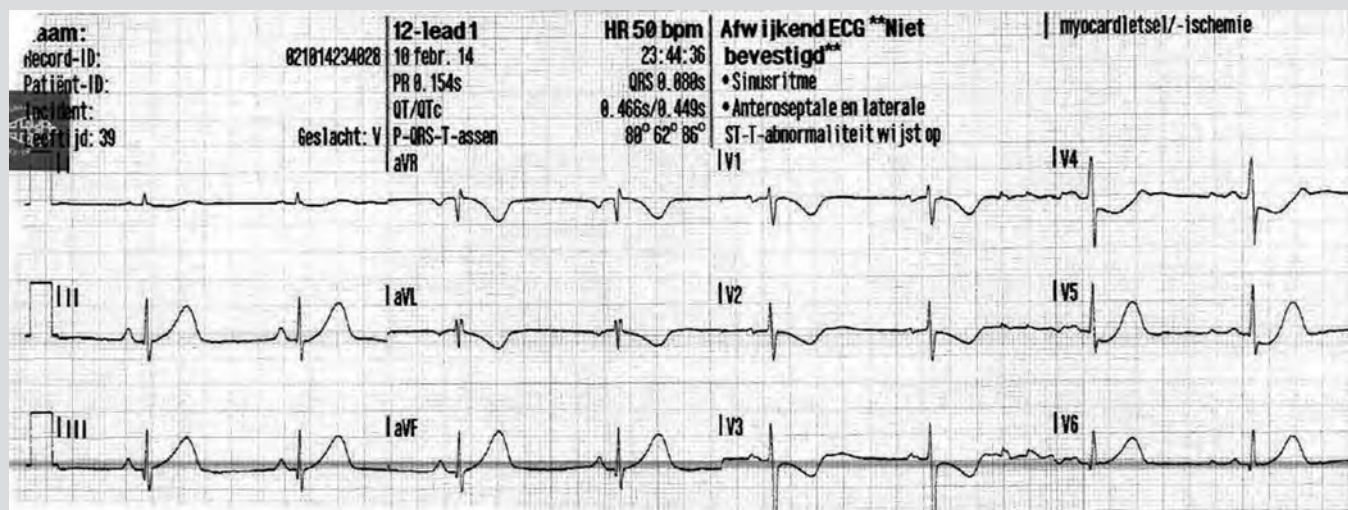
Een 39-jarige vrouw met acuut pijn op de borst

Antwoorden:

- Op het elektrocardiogram ziet u een sinusbradycardie van 50/min. De hartas is normaal. De PQ-tijd meet 160 msec, de QRS-duur 80 msec en de QTc 450 msec. Wat opvalt, zijn de negatieve T-toppen in V1-V3. Horizontale ST-segment depressie in V4 en V5. Het ST-segment in aVR is licht opgetrokken (0,5 mm). Dit ECG past bij een "true" posterior myocardinfarct. Wanneer u elektroden zou aanbrengen op de meer posterior precordiaal gelegen leads V7, V8 en V9 zou u ST-segment elevaties waarnemen.
- U ziet een non sustained breedcomplex tachycardie ontstaan, polymorf van karakter. Deze ritmestoornissen zijn een uiting van ischemie van het myocard.
- Jazeker. Het belangrijkste is dat het klinisch beeld past bij een acuut myocardinfarct. Dit elektrocardio-

gram wordt weleens onterecht afgegeven als een non-ST segment elevatie myocardinfarct, maar - zoals al eerder genoemd - er zijn ST-segment elevaties waarneembaar wanneer afleidingen V7-V9 worden gemaakt.

- AIVR staat voor accelerated idioventricular rhythm ofwel versneld ventrikelritme. Dit zijn runs van meer dan drie kamercomplexen met een frequentie tussen de 60 en 120/min. Dit ritme heeft geen nadelige hemodynamische gevolgen en is zeker geen voorstadium van levensbedreigende kamerritmestoornissen. Daarom behoeft dit ritme ook geen behandeling. AIVR is een teken van reperfusie: het vat is open! Aan de andere kant is dit ritme een uiting van reperfusieschade en bij acute voorwandinfarcten mogelijk voorspellend voor verslechtering van de linkerventrikelfunctie.¹



In het Lievensberg Ziekenhuis te Bergen op Zoom is in 2007 een project gestart met de Peripherally Inserted Central Catheter op instigatie van de Hartbewaking en de afdeling Cardiologie. Het doel was verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de intraveneuze toepassing. In dit artikel beschrijven de auteurs het hele proces van eerste idee tot implementatie en de verdere plannen.

Gerard Kemperman en Leon Wijt, CC verpleegkundigen Hartbewaking, Lievensberg Ziekenhuis, Bergen op Zoom

E-mail: gespvpk_picc@lievensberg.nl

Invoering van de PICC in het Lievensberg Ziekenhuis, Bergen op Zoom (Thrombo)flebitis: vermijdbare complicatie

Inleiding

Het cardiologische specialisme in ons middelgrote ziekenhuis heeft 4 Eerste Harthulp-, 4 CCU- en 20 cardiologiebedden, waarvan 10 met telemetrie-bewaking. Bijna alle patiënten krijgen bij opname een iv-catheter geplaatst, wat resulteert in duizenden infuusdagen en daarmee samenhangende intraveneuze toedieningen. Een veilige en betrouwbare toegang tot de bloedbaan is daarom essentieel in onze zorgverlening.

De iv-medicijnen die vaak worden voorgeschreven zijn:

- Amiodarone (ritmestoornissen)
- Dobutamine, vaak gecombineerd met bumetanide (hartfalen)
- Dopamine, soms gecombineerd met een diureticum (hartfalen)
- Langdurig antibiotica (endocarditis)

Deze medicijnen, met een afwijkende pH/osmolariteit, dienen bij voorkeur centraalveneus toegediend te worden. Perifeer toegediend zijn deze stoffen irriterend en schadelijk voor de vaatwand (zie afbeelding 1). Tot 2008 zagen we hiervan te vaak de negatieve gevolgen en de onveilige situaties. Het was dus een knelpunt in de zorg.

Het plaatsen van een centraalveneuze lijn was vaak niet haalbaar of wenselijk om een aantal redenen:

- Vaak geen arts of niet direct beschikbaar om een centrale lijn in te brengen;
- Onvoldoende bewust handelen;
- Te hoge INR;
- Kans op pneumothorax, hematothorax;
- Beperkte periode in situ;

Wanneer de vaak voorgeschreven medicatie - amiodarone, dopamine en dobutamine - perifeer intraveneus wordt toegediend, kan dit beschadiging van het



Afbeelding 1: Flebitis graad 3: binnen 2 uur na het toedienen van amiodarone intraveneus (gezwollen rechterhand).

Bron: Peter Reinders, Lievensberg Ziekenhuis.

perifere vaatbed en weefsel tot gevolg hebben. Het is bekend dat deze stoffen, met een afwijkende pH en osmolariteit, bij voorkeur centraal veneus toegediend moeten worden. We wilden de kwaliteit en veiligheid van de intraveneuze toepassingen verbeteren, het veelvuldig prikken van de patiënt voorkomen en het perifere vaatbed sparen. Daarom zijn we in 2007 op zoek gegaan naar een werkbare oplossing. We hebben op de Hartbewaking en afdeling Cardiologie uiteindelijk gekozen voor een patiëntvriendelijke, veilige en betrouwbare centraalveneuze toegangsweg, namelijk de Peripherally Inserted Central Catheter ofwel PICC.

Zoektocht

Onze eerste kennismaking met de PICC vond plaats in 2007. Een infuuslijn van silicone of polyurethaan, die onder echogeleide en met behulp van de Modified Seldinger Techniek (MST) wordt ingebracht via de vena basilica in de bovenarm. De tip ligt in het onderste derde deel van de VCS, vlak voor het rechteratrium. De PICC wordt sinds de jaren tachtig van de

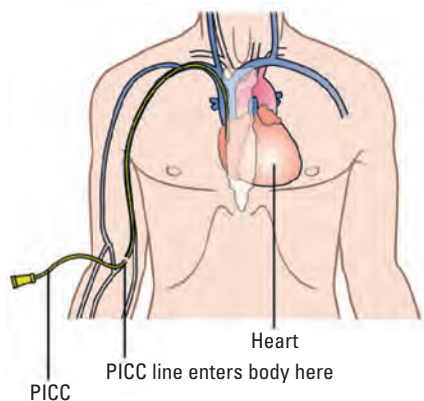
vorige eeuw vaak – vooral door verpleegkundigen – met succes ingebracht in de Verenigde Staten, Engeland en later ook in andere West-Europese landen. In Nederland heeft Ton van Boxtel, destijds verpleegkundig specialist in het UMCU, de PICC in 1996 geïntroduceerd.

In de presentatie van Ton van Boxtel worden de voordelen van de PICC snel duidelijk.^{1,2}

- Alle intraveneuze therapieën mogen via een PICC toegediend worden; dus alle cardiale medicatie die we frequent toedienen, zoals TPV, antibiotica, bloedproducten en chemo;
- Voorkomt veelvuldige perifere vena-puncties;
- Geen kans op hemo- of pneumothorax;
- Behoudt het perifere vaatbed;
- Kan ongeveer een jaar in situ blijven;
- Vergeleken met conventionele CVC's zijn PICC's comfortabeler voor de patiënt, geven meer bewegingsvrijheid en maken de verpleegkundige zorg eenvoudiger;
- Een PICC kan ook in de thuissituatie gebruikt worden;
- Bloedafnames mogelijk;
- Uit onderzoek blijkt de grote patiënttevredenheid (0);
- In enkel-, dubbel- en tripellumen uitvoering;
- 'Powerinjectable'; geschikt voor het geven van CT-contrast;
- Relatief weinig complicaties;
- Relatief weinig contraïndicaties.

Implementatie in de praktijk

Om daadwerkelijk met het project PICC te kunnen starten, moesten we aan een aantal voorwaarden voldoen, wat ruim een jaar in beslag heeft genomen:



Afbeelding 2: Thorax: schematische weergave PICC in situ, via de vena basilica in de rechterarm.

Bron: Cancerhelp UK, Internet.

- Akkoord management en maatschap cardiologie
- Akkoord BIG-commissie
- Protocollering
- Verwerken gegevens
- Scholing, praktische training en autorisatie
- Informatievoorziening

Het management en de maatschap Cardiologie zagen de noodzaak in voor verandering. Het ging immers om het veilig en betrouwbaar toedienen van irriterende medicijnen en vloeistoffen via de PICC. Het project sloot ook naadloos aan bij de doelstellingen van het ziekenhuis en het beleidsthema “Veiligheid” voor de komende jaren. Na een praktische training door Ton van Bortel, protocollering en autorisatie volgde het akkoord van de BIG-commissie.

Nadat aan alle voorwaarden was voldaan, zijn we per 1 januari 2008 gestart met het inbrengen van PICC's bij cardiale patiënten met intraveneuze toediening van amiodarone, dobutamine, dopamine en langdurig antibioticum. Aanvankelijk alleen overdag, in verband met eventuele ondersteuning van de cardioloog.

Vooraf voor de patiënten met hartfalen blijkt het gebruik van de PICC een succes. Zij ervaren het verschil tussen de complicerende, onveilige, pijnlijke en belastende oude situatie met het veelvuldig prikken van perifere infusen en de nieuwe comfortabele situatie met de plaatsing van een PICC voor de duur van de hele opname. Of zoals meneer O., hartfalenpatiënt en ervaringsdeskundige opmerkte:

“Waarom zijn jullie daar nooit eerder aan begonnen?!”

Ook voor de patiënten met een endocarditis blijkt de PICC een uitkomst. Ze krijgen een langdurige, intraveneuze behandeling via de PICC op een comfortabele plaats op de bovenarm. Het inbrengen gebeurt onder steriele omstandigheden volgens de WIP-richtlijnen⁷, zoals gebruikelijk bij alle CVK's. Nadat de patiënt is geïnformeerd over de procedure zorgen we voor een comfortabele halfzittende houding, waarbij de arm onder een hoek van 45°- 90° steunt op een kussen. Daarna meten we de afstand vanaf de geplande insteekplaats tot het sternum en vandaar omlaag tot de 3e intercostale ruimte. Onder echogeleiding wordt de vena basilica aangeprikt en met behulp van de Modified Seldinger Techniek^{10,11} wordt uiteindelijk de PICC langzaam opgevoerd tot de gewenste diepte. Na controle van vlotte bloedreflux en krachtig injecteren van een Saline-oplossing wordt een X-thorax gemaakt. De specialist beoordeelt deze om de tippositie te bepalen. Vervolgens wordt de PICC in gebruik genomen. Deze gehele procedure neemt ongeveer 45 tot 90 minuten in beslag.



Afbeelding 3: Flebitis graad 3: 2 uur start dobutamine intraveneus (flebitis gehele linkerarm). Bron: Gerard Kemperman, Lievensberg Ziekenhuis.

Voortgang 2009 – 2012

Na een klein jaar krijgen ook andere specialismen ‘lucht’ van onze werkzaamheden en volgen de eerste aanmeldingen, met name van interne geneeskunde. Eind 2009 krijgen we van het Medisch Stafbestuur het groene licht om het praktijk-geboren project PICC verder uit te rollen binnen het Lievensberg Ziekenhuis. Na ruim 3 jaar ervaring en ruim 200 aanmeldingen tot eind 2010 zijn de ervaringen succesvol te noemen. Er is een grote patiënttevredenheid en collega-verpleegkundigen en medisch specialisten, zowel klinisch als in de thuiszorg, zijn enthousiast.

Door de gestage groei van het aantal aanmeldingen neemt niet alleen de tijdsinvestering voor het inbrengen van PICC's vanuit de kliniek fors toe, wat steeds vaker buiten de reguliere werktijd plaatsvindt, maar ook alle werkzaamheden daarom heen. Zoals protocollering, klinische lessen, PR en het verzamelen van data.

Voldoende reden om personele formatie aan te vragen, wat per 2011 met 0.54 FTE wordt gehonoreerd.

Begin 2011 staat in het teken van het verder vormgeven aan het PICC-team:

- Informatiebrochure “PICC” voor patiënten;
- Interne scholing van alle verpleegkundigen: “PICC en verzorging”;
- Externe scholing gespecialiseerde teams van 6 thuiszorgorganisaties;
- Protocollen met betrekking tot aanvraag, inbrengen, verzorging, bloedafnames, voorbereiding zorg thuis, recept voor verzorging thuis, beoordeling X-thorax op juistheid tippositie en management complicaties⁴;
- Inrichting PICC-kamer op de CCU;
- Aanwezigheid, bereikbaarheid en PR.

Cardiologie

De meeste aanvragen voor het plaatsen van een PICC komen nog steeds via de cardiologie, met name voor de hartfalenpatiënt die intraveneus behandeld wordt met dobutamine en bumetanide. Daarnaast is nu ook de eerste patiënt met endocarditis, in afwachting van een klep-OK, in de thuissituatie succesvol behandeld met antibiotica via een enkellumen PICC. Begin 2014 hopen we van start te kun-



Afbeelding 4: Enkellumen PICC in situ. Bron: Afdeling Oncologie, Jeroen Bosch Ziekenhuis.

nen gaan met het onder ECG-geleiding plaatsen van PICC's, wat een aantal voordelen^{5,6} heeft:

- Veilige en betrouwbare plaatsingsmethode;
- Accurate tippositionering;
- X-thorax overbodig, dus geen transport noodzakelijk;
- Kostenbesparing;
- Tijdbesparing;
- Patiëntvriendelijk;
- Snellere ingebruikname PICC, omdat we niet hoeven te wachten op het beoordelen van de X-thorax.

Tijdens het inbrengen onder ECG-geleiding wordt een verbinding tot stand gebracht tussen de PICC en de rechterarmelektrode van onze bewakingsmonitor. Tijdens het opvoeren van de PICC bereikt de P-top zijn maximale amplitude als de tip de overgang heeft bereikt van de VCS en het rechteratrium. Dit is de ideale tippositie. Bij het negatief worden van de P-top is de positie van de tip te diep.

Andere specialismen

Naast cardiologie bereiken ons de meeste aanmeldingen via oncologie/interne en respectievelijk chirurgie, intensive care, orthopedie en geriatrie.

De aangemelde oncologische patiënten komen op onze afdeling voor het plaatsen van een PICC en krijgen bij de poli-apotheek van het ziekenhuis een verzorgingspakket mee. De thuiszorgorganisatie begeleidt de patiënt en verzorgt de lijn volgens protocol.

Data en (belangrijkste) complicaties

Vanaf 2008 tot en met 2013 zijn ruim 500 PICC's ingebracht, wat overeenkomt met bijna 15.000 katheterdagen. De gemiddelde verblijfsduur is van 7 dagen in 2008 gegroeid naar 47 dagen in 2013.

- Lijnsepsis: 4.7 gevallen per 1000 katheterdagen voor de klinische groep patiënten tot en met een verblijfsduur van 28 dagen. Dit is volgens het VMS Veiligheidsprogramma^{3,9} acceptabel. Onze doelstelling is om het optreden van lijnsepsis minimaal te verminderen tot < 3 gevallen per 1000 katheterdagen.
- Trombose: 0.6 gevallen per 1000 katheterdagen.^{4,8}
- Occlusie: Alleen in de beginjaren is dit bij 8 patiënten geconstateerd, waarbij de oorzaak onbekend is.
- Migratie: 10 PICC's zijn ofwel door de patiënt zelf verwijderd, of door plotse tractie tijdens transfers.

Conclusie

Onze doelstelling om de kwaliteit, veiligheid en betrouwbaarheid van de intraveneuze toedieningsweg te verbeteren op onze afdeling, is behaald. Weinig complicaties en de vele positieve reacties van patiënten en medewerkers maken dat we doorgaan en blijven zoeken naar kansen en mogelijkheden om de zorg te optimaliseren. 

Literatuur:

1. Het gebruik van de PICC voor langdurige antibiotica therapie, Tijdschrift voor Geneeskunde, 65, nr. 7, 2000.
2. Wanneer perifere infusen falen; goede ervaringen met perifere ingebrachte centrale katheters, Ned. Tijdschr. Geneesk. 2009;153:A133.
3. Flebitis en bloedbaaninfecties door intraveneuze infuuskatheters, Werkgroep Infectiepreventie, april 2010.
4. PICC Complication Management, Velindre Cancer Centre, Meirir Hughes, IV Access Specialist Nurse, Juni 2011
5. EKG guided PICC placement, Journal of the Association for Vascular Access 15 (1) N. Moureau, J.L. Dennis, E. Ames, R. Severe, Maart 2010 p. 8-14.
6. The EKG method for positioning the tip of central venous catheters: Mauro Pittiruti, Antonio de Greca, Giancarlo Scoppettuolo, Journal of the association for Vascular Access, 2011; 12 (4):280-291.
7. VMSVeiligheidsprogramma, november 2010)
8. Incidence and predictive factors of symptomatic thrombosis related to Peripherally inserted central Catheters in chemotherapy patients: Andrew Aw, Marc Carrier, Joshua Kocerginski, Sheryl McDiarmid, Jason Tay. Thrombosis Research, Volume 130, Issue 3, September 2012, pages 323-326.
9. Peripherally Inserted Central Catheter-Associated Bloodstream Infections: Prevalence, Patterns and Predictors: Vineet Chopra, David Ratz, Latoya Kuhn, Tracy Lopus, Carol Chenoweth, Sarah Krein. The American Journal of Medicine, Januari 2014.
10. No Going Back: Advantage of Ultrasound-Guided Upper Arm PICC Placement: Lizz Simcock. Journal of the Association for Vascular Access, Volume 13, 2008, pagina 191-197.
11. A randomised, controlled trial comparing the long-term effects of peripherally inserted central catheter placement in chemotherapy patients using ultrasound with modified Seldinger technique versus blind puncture: Jia Li, Yu Ying, Ming Zhu Xin, Jun Yan, Wen Hu, Wei-hua Huang, Xi-Lin, Hiu-Ying Qin. European Journal of Oncology Nursing, Volume 18, Februari 2014, pagina 94-103.

In eerdere jaren hebben alle werkgroepen zich voorgesteld. Sinds vorig jaar gaan leden van de werkgroepen dieper in op hun activiteiten of op nieuwe ontwikkelingen.

Annette Galema-Boers,
voorzitter expertgroep VS

E-mail: j.galema-boers@erasmusmc.nl

WERKGROEP

Expertgroep verpleegkundig specialisten (VS)

Vanwege het groeiend aantal verpleegkundig specialisten binnen de Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen (NVHV) heeft het bestuur van de NVHV in 2013 een aantal verpleegkundig specialisten (VS), werkzaam binnen de zorg voor patiënten met hart- en vaatziekten, benaderd om een expertgroep te vormen.

De expertgroep wil een bijdrage leveren aan de verdere professionalisering van verpleegkundig specialisten op cardiovasculair gebied. Het beroepsdeelprofiel van de verpleegkundig specialist V&VN is het basisdocument voor de algemene uitoefening van het beroep. De expertgroep VS heeft zich ten doel gesteld de kwaliteit van de zorgverlening van hart- en vaatpatiënten te bevorderen door het aanbieden van scholing, gericht op de competenties voor de cardiovasculaire VS. Omdat deze jonge beroepsgroep nog relatief weinig wetenschappelijk onderzoek verricht, wil de expertgroep dit onderdeel in het bijzonder stimuleren. De competentie "kennis en wetenschap" is dan ook een speerpunt.

Na de opstart van onze expertgroep zijn we gelijk aan de slag gegaan met het organiseren van onze eerste CNE over wetenschappelijk onderzoek voor en door verpleegkundig specialisten. Een geslaagde dag met als slotconclusie: "Durf vragen te stellen, blij nieuwsgierig, zoek naar antwoorden en als die niet zijn te vinden, is dat de eerste stap voor een onderzoek." De volgende activiteiten willen we het komende jaar en op langere termijn realiseren:

- Het organiseren van minimaal één Continuing Nursing Education (CNE) per jaar voor de cardiovasculaire VS, gerelateerd aan het verrichten van wetenschappelijk onderzoek.
- Januari 2015 CNE Ontwikkelen posterpresentatie.



V.l.n.r.: Annette Galema, John de Heide en Marja van Brug.

- Het promoten, opzetten en uitvoeren van verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek.
- Het leveren van een bijdrage aan de congrescommissie van de NVHV, door het ontwikkelen van competentiegericht na- en bijscholing voor de VS.
- Deelname aan de redactieraad van Cordiaal.
- Samenwerking met de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, afdeling Verpleegkundig Specialist (V&VN-VS).
- Samenwerken met het netwerk cardiothoracale VS.
- Samenwerken met de andere werkgroepen binnen de NVHV.
- Samenwerken met de kamer van de NVVC.
- Het opbouwen van een internationale samenwerking om cardiovasculaire verpleegkunde in de praktijk, het onderwijs en het onderzoek te bevorderen via het bijwonen van een internationaal congres (Euro-HeartCare CCNAP/ESC).

Leden expertgroep VS

Annette Galema (voorzitter)

VS Vasculaire zorg Erasmus MC, Rotterdam

Marja van Brug (secretaris)

VS Cardiogenetica Erasmus MC, Rotterdam

Stan Kolman (penningmeester)

VS Vasculaire zorg Diaconessenhuis, Utrecht

Corry de Jong (afgevaardigde werkgroep congressen)

VS Cardiologie OLVG, Amsterdam

John de Heide (website)

VS Cardiologie Erasmus MC, Rotterdam

Patricia Ninaber

(redactieraadlid Cordiaal)

VS Hartfalen polikliniek, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem

Alle leden van de expertgroep zijn lid van de NVHV, V&VN-VS en de Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP) van de European Society of Cardiology (ESC). 

Voor vragen en opmerkingen kunt u zich wenden tot Annette Galema-Boers, (j.galema-boers@erasmusmc.nl)

Het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging van Cardiologie vond op 3 en 4 april plaats in Amsterdam. Het was een bijzonder congres door het tachtigjarig jubileum van deze vereniging. Daarnaast was er deze keer een speciaal programma over 'de aorta' dat samen met de Nederlandse Vereniging van Thoraxchirurgie was georganiseerd.

Eveliena Doornbos-van de Kraats

E-mail: e.van.de.kraats@antoniusziekenhuis.nl

Amsterdam, 3-4 april

Voorjaarscongres NVVC

Tijdens het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging van Cardiologie (NVVC), dat dit jaar op 3 en 4 april plaatsvond in de RAI Elicium te Amsterdam, werd ook het tachtigjarig jubileum van de vereniging gevierd. Een noviteit was het programma op de tweede dag, dat voor de eerste maal samen met de Nederlandse Vereniging van Thoraxchirurgie (NVT) was georganiseerd. Het thema van dit programma was 'de aorta'. Een goede keus, omdat er op dit gebied veel ontwikkelingen gaande zijn en er raakvlakken bestaan in de behandeling. Hieronder leest u een verslag van wat het congres te bieden had.

ICT en elektronica

Binnen de gezondheidszorg en met name de cardiologie hebben ICT en elektronica een niet meer weg te denken plaats gekregen. Dat maakte Frans van Houten, CEO Royal Philips NV, in zijn presentatie duidelijk. Hij nam ons mee in allerlei nieuwe ontwikkelingen, zoals Lean Six Sigma. Dit is een wereldwijd bewezen en toegepaste methodiek die een aantoonbare en duurzame verbetering van het bedrijfsresultaat oplevert. Hierbij ligt de focus op wat de klant écht belangrijk vindt. Deze aanpak leidt tegelijkertijd tot een reductie van kosten, een verhoging van de klanttevredenheid en een verkorting van de doorlooptijd. Dit kan nagenoeg moeiteloos vertaald worden naar toepassingen in de praktijk van het ziekenhuis en de processen rondom de patiënten. Vervolgens deelde Jesse Habets, bestuurslid van De Jonge Specialist en medeopsteller van het document 'Coach, Cure en Care 2025' zijn visie op de gezondheidszorg in 2025. De

vraag is: Hoe houden we de zorg in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van een kwalitatief hoogstaand niveau. Daarbij moet de kwaliteit van zorg voor de patiënt centraal staan. Een ambitieus, wenselijk en volgens Habets ook haalbare situatie.

Coarctatio Aorta

In een inspirerende themasessie over de coarctatio aorta kwamen de anatomie en embryologie, de pathologie en de behandeling van de coarctatio aorta ter sprake. Het erna volgende satelliet-symposium stond in het teken van de NOACS. Robert Tieleman, Nick Bijsterveld en Marc Brouwer bespraken hun eigen ervaringen, de implementatie en de aanwijzingen voor het gebruik van NOACS in de dagelijkse praktijk. De aanwijzingen in de 'Leidraad NOACS' zijn helder omschreven en in de praktijk goed bruikbaar. Vervolgens was er een spannende en spectaculaire Jubileum Quiz, waarbij spontaan samengestelde teams met elkaar de strijd aanboden. Onder toezicht oog van een vakkundige jury werden ingewikkelde en minder ingewikkelde cardiologische vraagstukken opgelost.

Daarna vertrok een groot deel van de congresbezoekers per bus en boot naar hartje Amsterdam. In 'De Duif' vond de viering van het speciale lustriumdeel van het symposium plaats met als thema 'De behandeling van het myocardinfarct door de jaren heen'.

Na de boeiende voordracht van Stefan James bood Ernst van der Wall de 'Canon van de Cardiologie' aan Victor Umans, voorzitter van de NVVC, aan. Deze prachtige Canon biedt een uniek overzicht van de vaderlandse geschiedenis van de cardiologie. Een spette-

rend feest met de bekende DJ Victor Coral sloot de avond af.

De aortaklep

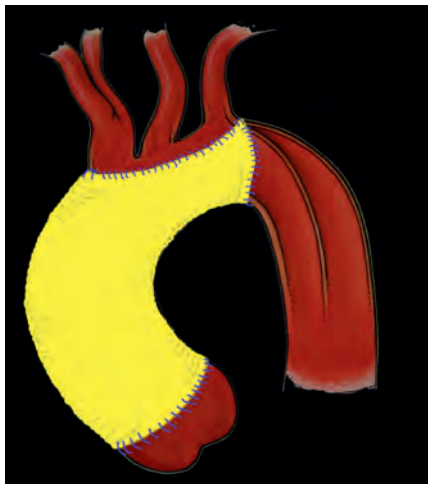
De tweede dag van het congres was georganiseerd door de congrescommissies van de NVVC en de NVT. 's Ochtends was er een themasessie over de aortaklep, die begon met twee prikkelende presentaties pro en contra de TAVI. Jan Baan vertegenwoordigde het prostandpunt en Brandon Bravo Bruinsma nam het contrastandpunt voor zijn rekening. Jolanda Kluin besprak de expertise en resultaten van het UMCU met de aortaklepreconstructies en Peter den Heijer besprak de ernst van een van de complicaties na een TAVI, de aortaklepinsufficiëntie.

De aortadissectie

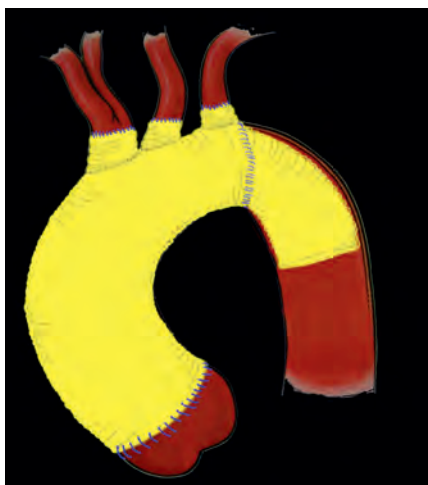
In zijn presentatie gaf Sybrand van de Poll een degelijke uitleg over de aortadissectie en de bijbehorende klachtenpresentatie van de patiënt. Hij hield een pleidooi voor het bepalen van een D-dimeer als ondersteuning of richtinggevend in de uiteindelijke diagnostiek van een aortadissectie. Daarna hield Robin Heijmen een bevlogen verhaal over de chirurgische behandeling en resultaten van de aortadissectie en het nazorgtraject hierbij. De prachtige dia's maakten de inhoud van de pathologie en behandeling van de aortadissectie helder en concreet. Hence Verhagen stelde vast dat een aortadissectie een fascinerende aandoening is, waarin nieuwe behandeltechnieken zoals het plaatsen van een TEVAR (een thoracale endoprothese) een plaats kunnen hebben. Omdat acute complicaties onvoorspelbaar zijn, raadde hij aan enige terughoudendheid in acht te nemen.

Subcutane ICD

Het satellietsymposium van de vrijdag stond in het teken van de Subcutane Implanteerbare Defibrillator. Lucas Boersma en Reinoud Knops lieten de aanwezigen tijdens een overheerlijke lunch indrukwekkende



Afbeelding 1. Supra coronaire aorta en arcus vervanging.



Afbeelding 2. Supra coronaire aorta ascendens, arcus vervanging en elephant trunk.



Afbeelding 3. S-ICD



Afbeelding 4. De positie van de zorgverzekeraar?

plaatjes zien van ICD-leads die voor veel onheil kunnen zorgen. De subcutane ICD-lead die buiten het sternum wordt geplaatst, lijkt een prachtige uitkomst voor patiënten die recidiverende infecties hebben na het plaatsen van een ICD-systeem. Ook voor jonge kinderen waarbij het lichaam - dus ook het vaatstelsel - nog in de groei is, en voor patiënten met een geoccludeerd vaatsysteem waardoorheen de leads zouden moeten lopen, kunnen op een veilige manier een ICD krijgen zonder angst voor complicaties.

Het nadeel van een subcutane ICD-lead is dat er geen opties zijn om het hart te pacen. Als dit niet noodzakelijk wordt geacht, dan is deze minder invasieve manier van het inbrengen van een ICD een uitkomst.

Prijzen en expositie

Zowel de NVVC als de NVT hield in de middag een algemene ledenvergadering. De Verpleegkundig Specialististen hadden in die tijd een eigen programma, geleid door Aliënde van Goor, voorzitter van de NVVC-kamer voor de Verpleegkundig Specialististen en de Physician Assistants. Praktijk, onderzoek, positionering en wettelijke verantwoordelijkheden van de VS-PA kwamen ter sprake. Aan het eind van de laatste themasessie werd de ICIN/NVVC Eindhoven dissertatieprijs 2014 uitgereikt aan internist in opleiding Niels Riksen voor het beste proefschrift op cardiovasculair gebied. Riksen volgt zijn opleiding aan het Radboud UMC Te Nijmegen. Naast de sessies was er een guided postertour van maar liefst 51 posters. De inhoud besloeg verschillende aspecten van de cardiologie en thoraxchirurgie zoals interventie, ritme, congenitale afwijkingen, hartfalen en acuut coronair syndroom.

Wanneer je even iets anders wilde dan medisch inhoudelijk inspiratie, dan was de lustrumtentoonstelling een geslaagde belevenis. We konden genieten van prachtig gevarieerd werk van verschillende disciplines, die betrokken zijn bij de cardiologie. Twaalf kunstenaars exposeerden hun kunstwerken van brons, textiel, steen en keramiek. Daarnaast waren er kleurrijke foto's, schilderijen, originele tekeningen en bijzondere litho's te zien. Al met al een geslaagd tweedaags congres. ♥

KUNST

uit het



EXPOSITIE



Afbeelding 5. "Bloedmooi" door kunstenaar Petra de Vree (website NVVC).

Tetralogie van Fallot

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

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

De tetralogie van Fallot (4-Fallot) bestaat uit vier afwijkingen: ventrikelseptumdefect (VSD), rechterventrikel-uitstroombaanobstructie (Right Ventricular Outflow Tract Obstruction = RVOTO), rechterventrikel hypertrofie en overrijdende aorta. Deze aandoening vormt 10% van de aangeboren hartafwijkingen en is de cyanotische hartafwijking die het meest voorkomt.

Varianten zijn:

1. Nauwelijks vernauwd RVOT. Klachten passend bij een groot VSD: snellere ademhaling, minder energie, slecht drinken met slechte groei. Cyanose komt hierbij weinig voor en men spreekt dan ook van "pink Fallot".
2. Matig vernauwde RVOT. Minder klachten passend bij een VSD, omdat de RVOTO de verschijnselen van het VSD vermindert. Cyanose kan en vaak is een soufflé hoorbaar.
3. Ernstig vernauwde RVOT tot volledig afgesloten longslagader (pulmonalis atresie=PA) met ernstige cyanose. Bij een zodanig ernstig RVOTO dat de drukken in beide ventrikels gelijk worden ontstaat rechts-links shunt via het VSD.

Bij de tweede en derde variant kunnen blue of cyanotic spells voorkomen door stress, huilen, na het eten of een bad. Spell is een plotselinge cyanose (blauwzucht) met langzame diepe ademhaling, neiging tot bewustzijnsverlies, sufheid en acidose. Door samentrekking van de spier van de rechterkamer naar de uitstroombaan raakt de rechterkamer nog verder vernauwd. Er stroomt minder bloed naar de longen en meer zuurstof-arm bloed naar het lichaam. Bij verergering ontstaan een toenemend bewustzijnsverlies, convulsies, bradycardie en afnemen van de soufflé.

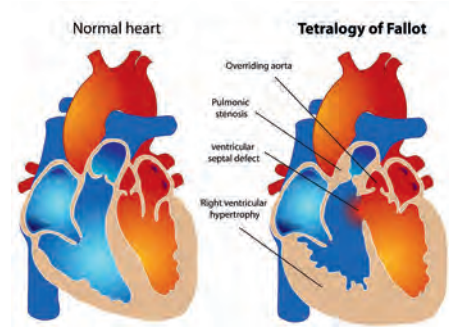
Verpleegkundige aandachtspunten zijn het waarschuwen van een arts, rust, aanpassing van de houding - knieën in de buik duwen, waardoor het bloed uit de benen naar de rechterkamer gaat en de bloeddruk verhoogt - en zuurstof geven. Qua medicatie kan in de acute fase morfine iv worden gegeven en preventief propranolol oraal.

Diagnostiek

Sinds 1955 zijn diagnostiek en operaties sterk veranderd. Tot dan stierf 90% voor de volwassen leeftijd. Waterston shunt, Potts operatie en de klassieke Blalock-Taussig shunt zijn ingrepen die niet meer gedaan worden. Ze moesten de pulmonale bloedvoorziening verbeteren en de uitgroei van het onderontwikkelde pulmonale vaatbed mogelijk maken. Een shunt verbetert de longdoorbloeding, maar de cyanose blijft bestaan omdat intracardiale menging van zuurstofrijk en zuurstof-arm bloed doorgaat. Veel patiënten die een chirurgische correctie ondergaan, hebben eerst een shunt gehad. Bij de correctie wordt de shunt opgeheven.

Huidige operaties

1. Bij kinderen met ernstige cyanose en/of blue spells jonger dan 3 maanden: Gemodificeerde Blalock-Tausig shunt (mBTs) rechts. Arteria subclavia wordt met de arteria pulmonalis verbonden met een Gore-Tex buisje. Als er krappe saturaties blijven bestaan, kan besloten worden tot plaatsen van een tweede mBTs links. Bij de totale correctie wordt de mBTs opgeheven.
2. Als kinderen 5 tot 12 maanden oud zijn, vindt totale correctie plaats met sluiten VSD en opheffen RVOTO. Als de pulmonaalklep zo nauw of afwijkend is dat hij niet te repareren is, wordt een Contegra (koeiehalvene met klep)



geplaatst van rechterventrikel naar rechterpulmonaal arterie.

Complicaties

1. Hartritimestoornissen, met name rechterbundeltakblok en soms totaal AV-blok, waarvoor een pacemaker implantatie nodig is.
2. Lekkage van de pulmonaalklep waarvoor re-operatie nodig kan zijn.

Volwassenen met een gecorrigeerde 4-Fallot van na 1969 hebben een redelijk goede levensverwachting. Vaak is een nieuwe hartklep nodig omdat de longslagaderklep lekt, ook hartritimestoornissen komen voor. Rechterkamerfalen kan op latere leeftijd een belangrijk probleem worden.

Adviezen

- Follow-up. Regelmatige controle om de 1 à 2 jaar, soms vaker bij kortademigheid, hartkloppingen, pijn op de borst, flauwvallen, toegenomen vermoeidheid of dikke voeten.
- Sporten is goed voor het hart en de algemene conditie, maar competitieve sporten worden afgeraden.
- Vanwege risico op endocarditis wordt profylaxe aangeraden bij tandartsbezoek, zeker bij rest-shunts.
- Erfelijkheid. Bij de man 3-5%, bij de vrouw 5-8%. Bij 15% is 4-Fallot een gevolg van een chromosoomafwijking met een overervingskans van 50%. Het advies is een erfelijkheidsonderzoek.
- Zwangerschap is belastend. Bespreek dit vooraf met de (kinder)cardioloog. Ook anticonceptiegebruik moet besproken worden met de eigen gynaecoloog en cardioloog.
- Soms kunnen aangeboren hartafwijkingen van invloed zijn op de beroepskeuze, sollicitaties en het afsluiten van een verzekering. 

HART lopend

Joke Vooges, researchverpleegkundige Kennemer Gasthuis

E-mail: jokevooges@quicknet.nl

In de rubriek 'Hartlopend' stelt Cordiaal u op de hoogte van lopend onderzoek in het werkveld.

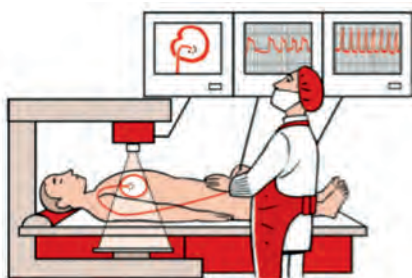
In deze aflevering leest u over de East studie, een onderzoek naar vroege behandeling van boezemfibrilleren versus de nu gebruikelijke behandeling.

Boezemfibrilleren (BF) is de meest voorkomende hartritmestoornis, bij 1-2% van de bevolking onder de 65 jaar tot 20% boven de 80 jaar. BF kan de oorzaak zijn van sterfte door ischemische herseninfarcten, hartfalen en acuut coronair syndroom. Het huidige beleid bij BF (figuur 1) is gericht op anti-trombotische therapie, frequentiecontrole en vaak inconsistent toegepaste ritmecontrole. Dit voorkomt slechts gedeeltelijk deze complicaties.



Figuur 1: Het huidige beleid bij BF.

Nieuwere, betrekkelijk veilige anti-aritmische middelen en isolatie van de longaderen (pulmonaal venen) door een katheterablatie (figuur 2) leveren nieuwe therapeutische opties om sinusritme te behouden. Een Pulmonaal Venen isolatie (PVI) is een behandeling waarbij, via een katheter in de linkerboezem, de elektrische stroom rondom de vier longvenen wordt weggebrand. Dit wordt gedaan omdat in de longvenen vaak boezemweefsel aanwezig is dat BF veroorzaakt.



Figuur 2: Een katheterablatie.

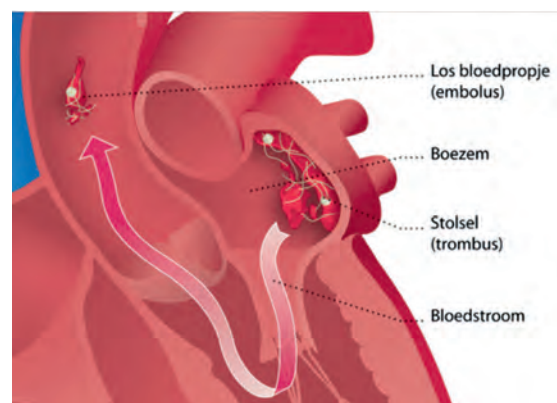
De impact hiervan op grote cardiovasculaire complicaties bij BF is nog onduidelijk. Verder geeft langdurig BF irreversibele schade aan de boezems, waardoor de ritmestoornis moeilijker te behandelen wordt.

Onderzoek

In de East studie wordt de hypothese onderzocht dat een vroege, gestructureerde ritmecontrole, gebaseerd op anti-aritmische medicatie en katheterablatie, kan voorkomen dat er BF-gerelateerde complicaties optreden bij patiënten met recent ontstaan BF in vergelijking met de huidige behandeling. De studie is een gezamenlijk project van Kompetenznet Vorhofflimmern [AFNET] en de European Heart Rhythm Association (EHRA), een onderdeel van de European Society of Cardiology (ESC) en wordt uitgevoerd in 11 Europese landen. Het is een niet commerciële, prospectieve, multicenter fase 4 studie. Er zijn bijna 3000 patiënten gepland in ongeveer 200 studiecentra, waarvan 40-50 ablatiecentra.

Criteria

De voornaamste inclusiecriteria zijn een recent ontstaan BF, korter dan 1 jaar bestaand, en risico op herseninfarct (figuur 3), blijvend uit een CHADS-Vasc score van ≥ 2 (een risicoscore voor CVA bij BF). Uitgesloten worden patiënten met hoog risico op recidief BF, bijvoorbeeld bij ernstige hartafwijkingen, klepaandoeningen of stofwisselingsziekten. Patiënten worden gerandomiseerd naar vroege of gebruikelijke therapie. In de vroege therapiegroep krijgen patiënten anti-aritmica of katheterablatie (meestal longader isolatie) in een vroeg stadium. De keuze voor de eerste therapie wordt gemaakt door de cardioloog. Bij recidief BF worden medicatie en katheterablatie gecombineerd. "Gebruikelijke therapie"



Figuur 3: Het ontstaan van een bloedstolsel in het hartoor bij boezemfibrilleren. Dit stolsel kan via de aorta in de hersenen terecht komen en zo een herseninfarct veroorzaken.

zal ingesteld worden volgens de ESC-richtlijnen voor BF, bestaande uit anti-trombotische therapie, therapie van onderliggende ziekten en behandeling van hartfrequentie.

De nacontrole van de patiënten vindt in het kader van klinische onderzoeken plaats in de onderzoekscentra na 12, 24 en 36 maanden. Tussen deze controles en tijdens het verdere verloop krijgen de patiënten vragenlijsten over gebeurtenissen en ziekenhuisopnames die zich in de tussentijd hebben voorgedaan. De gemiddelde duur van de studie per patiënt bedraagt ongeveer 4 jaar.

We hopen met deze studie een antwoord te krijgen op de vragen hoe en in welke volgorde de nu bekende behandelingswijze van boezemfibrilleren in de toekomst het beste kan worden ingezet. 

Berichten van het NVHV-bestuur

Onderzoeksagenda Nederlandse Hartstichting

De Hartstichting gaat de samenleving actiever betrekken bij het bepalen van haar onderzoeksactiviteiten. Afgelopen half jaar ben ik intensief betrokken geweest bij de ontwikkeling van de onderzoeksagenda van de Hartstichting. Samen met andere vertegenwoordigers uit de wetenschap, zorgverleners, patiënten en hun naasten, vrijwilligers en donateurs maak ik deel uit van de begeleidingscommissie die de Hartstichting helpt bij het opstellen van deze agenda. Die bestaat uit een lijst met de belangrijkste onderwerpen op het gebied van onderzoek naar hart- en vaatziekten, waar de Hartstichting de komende jaren in gaat investeren. De focus ligt op het realiseren van wetenschappelijke doorbraken waar de samenleving behoefte aan heeft én die grote impact hebben op het leven van mensen met hart- en vaatandoeningen.

De onderzoeksagenda is tot stand gekomen op basis van groeps gesprekken met ruim 150 mensen (patiënten, naasten, wetenschappers, zorgverleners, donateurs en vrijwilligers). Doel van deze gesprekken was om de belangrijkste uitdagingen in de strijd tegen hart- en vaatziekten te inventariseren en te achterhalen welke onderzoeksonderwerpen kansrijk zijn. Dit heeft geresulteerd in een lijst met 17 onderwerpen. Iedereen in Nederland kon tot half mei zijn stem uitbrengen en aangeven welk onderzoek naar hart- en vaatziekten prioriteit zou moeten krijgen. De onderwerpen die de meeste stemmen hebben gekregen, vormen de onderzoeksagenda van de Hartstichting.

Meer info op: <https://www.hartstichting.nl/wetenschappers/onderzoeksagenda>

Continuing Nursing Education (CNE)

In het voorjaar hebben de eerste CNE's 'nieuwe stijl' plaatsgevonden; op één dag lopen twee CNE-programma's

parallel. Twee werkgroepen van de NVHV werken hierbij samen om een gevarieerd programma aan te bieden, waarbij u als deelnemer de mogelijkheid heeft te switchen tussen programma's. Dit betekent dat u bijvoorbeeld 's ochtends het programma van CNE A kunt bijwonen en in de middag het programma van CNE B. Het is niet mogelijk om tussentijds te switchen in ochtendprogramma's of middagprogramma's, zoals dat bij een congres wel gebruikelijk is. Dit om verstoringen in het programma te voorkomen.

We zijn erg blij met de grote belangstelling en bezoekersaantallen van de CNE's afgelopen maart en april. Uit de evaluaties blijkt de 'nieuwe stijl' goed te bevallen, vooral vanwege de efficiëntie. We proberen de programma's verder te verbeteren en te optimaliseren. Op 18 september vindt de CNE Vasculaire Zorg met het onderwerp 'Vaatziekten en comorbiditeit' plaats in combinatie met de CNE Hartrevalidatie met het thema 'Perifeer vaatlijden en leefstijl'. Meer info op: <http://www.nvhv.nl/scholing>.

Nieuwe voorzitter Platform Vitale Vaten

Met ingang van 2014 is Ir. Wies Oldenkamp voorzitter van het Platform Vitale Vaten. Zij treedt daarmee in de voetsporen van prof dr. Cor Spreewenbergh en dr. Wim Schellekens.

"Via mijn netwerk kwam ik in contact met het Platform en ik was meteen erg enthousiast, omdat ik geloof in een geïntegreerde aanpak in de gezondheidszorg. We moeten af van 'hokjesdenken' en we moeten veel meer de patiënt zelf, zijn sociale context en een team van zorgverleners inzetten als het gaat om echt gezondheidswinst boeken. Mensen hebben vaak meerdere aandoeningen en met het alleen kijken vanuit één vakgebied komen we er niet. De kracht van het Platform Vitale Vaten is dat we met patiënten, een brede vertegenwoordiging van zorgverleners en beleidsmakers kijken naar de mogelijkheden om de gezond-

Jeroen Hendriks
voorzitter NVHV

e-mail: jeroen.hendriks@maastrichtuniversity.nl



Jeroen Hendriks
voorzitter NVHV

heidszorg te verbeteren", aldus Wies Oldenkamp.

Het Platform Vitale Vaten is een samenwerkingsverband van 25 organisaties waaronder patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen van zorgverleners, zoals de NVHV.

Gezamenlijk willen deze organisaties een programmatische, patiëntgerichte aanpak van (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten bevorderen als onderdeel van chronische zorg. Het Platform wil bereiken dat minder mensen (over)lijden aan hart- en vaatziekten, meer mensen adequaat omgaan met een (verhoogd risico op) hart- en vaatziekte en daar zelf de regie over gaan voeren.

Nederland rookvrij

Roken is de belangrijkste vermijdbare risicofactor voor het ontstaan van hart- en vaatziekten. De Hartstichting en het European Heart Network (EHN) strijden voor een rookvrije samenleving en pleiten voor het invoeren van 'plain packaging' met grote gezondheidswaarschuwingen in tekst en beeld. Teken het statement!

Het stoppen met roken, maar ook het voorkomen dat jongeren beginnen met roken, is veel effectiever binnen een omgeving waarin rookgedrag wordt gedenormaliseerd en stoppingsmiddelen worden ondersteund. Bij plain packaging hebben de pakjes sigaretten of tabak geen merksymbolen, kleuren en logo's. Het merk staat in een stan-

twitter



Stay tuned en volg ons via twitter @NVHV1 en carvasz@CarVasZNL

daard lettertype op een vaste plek. Plain packaging is een effectieve beleidsmaatregel om roken minder aantrekkelijk te maken, rokers makkelijker te laten stoppen en minder jongeren te laten beginnen met roken.

Aanbieden statement

Met dit statement willen de Hartstichting en het European Heart Network professionals – die in hun werk dagelijks met de gevolgen van roken worden geconfronteerd – een stem geven in de politieke discussie over tabaksontmoediging. Samen kunnen wij met de ondertekeningen een beroep doen op de nieuwe leden van het Europees Parlement. Zo kunnen zij hun invloed gebruiken om plain packaging overal in de EU in te voeren.

Lees en teken het statement op www.hartstichting.nl/rookvrij. Download ook het artikel van prof. Marc Willemsen 'Plain packaging: de volgende stap in tabaksregulering'.



2014

17 juni

Verpleegkunde in 2034, wat betekent dat voor jou?

Utrecht

www.nurseacademy.nl

30 augustus - 3 september

ESC congres 2014 'Innovation and the Heart'

Barcelona, Spanje

www.escardio.org

3 september / 11 september / 19 september / 30 september *

Basistraining Motivational Interviewing

Voor meer data zie website:

<http://academieng.nl/zorg/>

16 september *

CNE Vasculaire Zorg 'Vaatziekten en comorbiditeit'

Vergadercentrum Domstad, Utrecht

www.nvhv.nl/scholing

16 september *

CNE Hartvalidatie 'Perifeer vaatlijden en leefstijl'

Vergadercentrum Domstad, Utrecht

www.nvhv.nl/scholing

19 september *

Workshop Optical Coherence Tomography

St Jude Medical Nederland, Veenendaal

www.sjm.com

27 september *

Nederlands Cathlab Symposium 2014

UMC Utrecht, Utrecht

www.medicon.nl

11-15 oktober

EACTS 28th Annual Meeting

Milaan, Italië

www.eacts.org

30-31 oktober *

Masterclass Clinical Electrophysiology for Allied Professionals

UMC Utrecht, afd. Klinische Elektrofysiologie

6 november / 21 november *

Basistraining Motivational Interviewing

Voor meer data zie website:

<http://academieng.nl/zorg/>

6 november *

Workshop Optical Coherence Tomography

St Jude Medical Nederland, Veenendaal

www.sjm.com

21 november *

Carvasz. 'Snel, sneller, snelst. Complexe zorg in de hoogste versnelling!'

De Reehorst, Ede

www.carvasz.nl

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



CarVasZ

Hét congres voor de Cardio Vasculaire Zorg

Vrijdag 21 november 2014
De ReeHorst, Ede

Thema:

Snel, sneller, snelst

Complexe zorg in de hoogste versnelling!

 **#carvasznl**

www.carvasz.nl