

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HART EN VAAT VERPLEEGKUNDIGEN

3
2015

Kinderreanimatie

Zorg rond harttransplantatie

In tien stappen naar een abstract

Richtlijn revascularisatie

Programma CarVasZ

CORDIAAL

JAARGANG 36, JULI 2015

inhoud

Pagina 75

'Bloeiende magnolia's en idealen'
Margje Brummel-Vermeulen

Pagina 76

Van reanimatie op straat tot intensive care
Johan Lindhout, Arjen Hijman

Pagina 81

Vraag: Een 76-jarige man met toenemende kortademigheid en dikke enkels
Cyril Camaro

Pagina 82

De zorg rond een harttransplantatie in Erasmus MC
Marijtje van der Linde

Pagina 86

In tien stappen naar een goed abstract
Anne-Margreet van Dishoeck, Marjolein Snaterse, Henri van der Wetering

Pagina 89

Programma CarVasZ
Linda Joziassie, Debbie ten Cate

Pagina 92

Richtlijn Revascularisatie 2014
Anne Geert van Driel

Pagina 94

Congresverslag: Verpleegkundig Symposium 'Innovaties'
Mathysja Nieuwenhout

Pagina 95

Antwoord: Een 76-jarige man met toenemende kortademigheid en dikke enkels
Cyril Camaro

Pagina 96

Congresverslag: Voorjaarscongres Nederlandse Vereniging van Cardiologie
Aletta van der Veen

Pagina 99

Uit het hart: Mijn zoektocht naar houvast
Dayenne Zwaagman

Pagina 100

Hartlopend: De Natriumstudie
Ron Bakker, Simone Kok, Karin de Boer

Pagina 102

Aangeboren hartafwijkingen: Tricuspidalis Atresie
Ellen van 't Verlaat

Pagina 103

Geen antibiotica na een beroerte
Caroline Wellink, AMC Magazine

Pagina 104

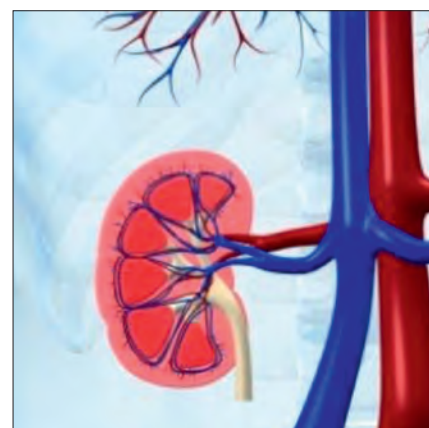
Hartruis
Marleen Goedendorp-Sluismer

Pagina 106

Verenigingsnieuws en agenda



Voeg zinnen samen!
Conclusies/doelstellingen!
Komt het over?
Voldoet het aan de richtlijnen?
Wat kan er uit?



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

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

Redactie

Marleen Goedendorp-Sluis, Erasmus MC
Rotterdam
(hoofdredacteur)
Anne Geert van Driel,
Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht,
Aletta van der Veen,
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
Jacomijn van der Werf, St. Antonius Ziekenhuis,
Nieuwegein
Marge Brummel-Vermeulen, UMC, Utrecht

Eindredactie

Maja Haanskorf, Journalistiek - Redactie - Teksten

Vormgeving

Bert Hoogeveen,
HGVB Fotografie en Grafische Vormgeving

Omslagfoto

Emile Peters

Advertentie-exploitatie

Cross Advertising
Tel: 010-742 10 23

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

Redactieraad

Ron Bakker (VU medisch centrum, Amsterdam)
Marge Brummel-Vermeulen (Werkgroep
Interventiecardiologie)
Marjan Aerts (Werkgroep Hartfalen)
Marjke de Lange (Werkgroep Wetenschappelijk
Onderzoek)
Vacature (Werkgroep Atriumfibrilleren)
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)
Patricia Ninaber
(Expertgroep Verpleegkundig Specialisten)

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



Bloeiende magnolia's en idealen

Terwijl ik dit redactioneel schrijf, is het voorjaar begonnen met zonnige dagen. Met volle teugen geniet ik van de vrolijke krokussen en raak ik zoals steeds onder de indruk van de prachtig bloeiende magnolia's die menige tuin opsieren. Trots tonen ze ons hun schoonheid en verspreiden een heerlijke geur. De magnolia staat trouwens symbool voor idealisme. Helaas bloeit ze maar kort.



Idealen, die hebben we allemaal wel. Soms zijn ze van korte duur en vaker nog is er sprake van botsende idealen. Iedereen jaagt immers zo zijn eigen wensen en idealen na. Daar is op zich niets mis mee, zolang dit maar niet ten koste gaat van een totaal resultaat; idealen moeten niet alleen een enkel individu ten goede komen, maar gericht zijn op een groter geheel. In de zorg weten we daar alles van. Als zorgprofessional kun je er op je werk regelmatig tegen aanlopen dat de gestelde idealen binnen een organisatie soms te ver van de realiteit afstaan en daardoor niet geheel verwezenlijkt kunnen worden. Het is dan ook een hele kunst om 'realistische' idealen te hebben en die te vertalen in haalbare en nuttige doelstellingen.

In het aprilnummer van ZorgVisie las ik een nogal opzienbarend bericht over Denemarken. De Deense minister van Volksgezondheid heeft besloten dat de Deense ziekenhuizen die al een kwaliteitsaccreditatie hebben deze niet meer hoeven te vernieuwen. Dit om onnodige bureaucratie weg te nemen en tijd te creëren voor echte kwaliteitsverbetering binnen de zorgverlening. Deense artsen en verpleegkundigen klagen al enige tijd dat ze onvoldoende tijd hebben voor de daadwerkelijke patiëntenzorg en innovatie. Of dit nou helemaal een verstandige keuze is, wordt door sommigen betwijfeld. Feit is wel dat er ook binnen zorgverlenend Nederland geluiden opgaan dat we moeten oppassen niet terecht te komen in een enorme neerwaartse spiraal van bureaucratische rompslomp. Ook hier willen we nuttige idealen voor ogen houden, die vooral de patiënt centraal stellen en dienen.

Afgelopen maart vond er binnen de Divisie Hart & Longen van het UMC Utrecht een spiegelbijeenkomst plaats. Dit is een evaluatieve bijeenkomst van zorgverleners met patiënten. Zorgverleners luisteren naar de ervaringen die patiënten tijdens hun ziekenhuisopname hebben opgedaan. Het was een uitkomst naar tevredenheid waaruit blijkt dat we ons te behalen ideaal van "excellente zorgverlening" heel goed benaderen. Wat over het algemeen tussen de regels van enkele aanbevelingen en tips van patiënten door te lezen valt, is dat de zorgverlening vooral persoonlijk moet blijven. Laten we met zijn allen voor dit ideaal gaan!

Het ideaal dat wij als redactie nastreven, is om elke keer weer een interessant, afwisselend nummer aan u te kunnen presenteren. Hopelijk vindt u dat we daar ook nu weer goed in geslaagd zijn. U kunt artikelen lezen over kinderreanimatie, harttransplantatie, het nut van antibiotica na een beroerte, de richtlijn revascularisatie 2014 en u krijgt een snelcursus in het schrijven van een goed abstract. Verder vindt u in dit nummer congresverslagen en de vertrouwde rubrieken, waaronder het dit jaar gestarte patiëntenblog 'Uit het hart'.

P.S. Wilt u zelf ook wel eens een bijdrage leveren aan Cordiaal? Of heeft u een idee voor een artikel? Kijk op pagina 85.

Ik wens u veel leesgenot met deze Cordiaal!

Marge Brummel-Vermeulen

Een gezonde peuter belandt op de Kinder Intensive Care nadat ze op straat door een ambulanceteam is gereanimeerd. Wat zich liet aanzien als een koortsstuip blijkt uiteindelijk een erfelijke, levensbedreigende aandoening te zijn. De acute opvang en de zoektocht naar de oorzaak passeren in dit artikel minutieus de revue.

Johan Lindhout, IC Kinderverpleegkundige
LUMC, Arjen Hijman, ambulanceverpleegkun-
dige RAD Hollands Midden

Email: J.W.N.Lindhout@lumc.nl

Koortsstuip blijkt zeldzame levensbedreigende aandoening

Van reanimatie op straat tot intensive care

Op een doordeweekse morgen tijdens het boodschappen doen met haar moeder geeft Evi, een peuter van ruim anderhalf jaar oud, plotseling een hoge, harde gil. Als moeder om de auto heenloopt, treft ze haar dochter in elkaar gezakt aan. Ze belt direct 112 en doet melding van het voorval. Op basis hiervan wordt een ambulance op pad gestuurd met A1 urgentie. Het ambulanceteam gaat naar een onwel kind dat wordt verdacht van een koortsstuip. Het toeval wil dat de ambulance zich op nog geen twee minuten rijden van het adres bevindt. Hij is dan ook zeer snel ter plaatse.

Eerste indruk

Een eerste beoordeling van Evi met behulp van de Pediatric Assessment Triangle doet bij de verpleegkundige alle alarmbellen afgaan. Evi ligt volledig stil, heeft een trage, gaspende ademhaling en is diep cyanotisch. Onmiddellijk wordt begonnen met een eerste benadering via de ABCDE-methodiek. De A is vrij, er is een gaspende ademhaling zicht-, hoor- en voelbaar. De B is echter zonder verder onderzoek duidelijk insufficiënt, er is sprake van ernstige cyanose en een grauwe gelaatskleur. Terwijl hij de B beoordeelt, palpeert de ambulanceverpleegkundige de arterie jugularis om daarmee vast te stellen of er nog circulatie aanwezig is. Er zijn geen palpaties te voelen. Onmiddellijk wordt gestart met Pediatric Basic Life Support (PBLs) en wordt de meldkamer op de hoogte gesteld. Hierop worden een tweede ambulance en het Mobiel Medisch Team (MMT) ingeschakeld.

Reanimatie

De thoraxcompressies worden gege-

ven met één hand. Voor de leeftijd en het gewicht van Evi is dit de optimale techniek. Het gewicht van de peuter wordt met het zogenaamde PRIL (Pediatriesch Reanimatie Interventie Lint) – een lint dat naast het kind wordt gelegd – geschat op zo'n 10kg. Op basis van de lengte staan op dat lint de belangrijkste gegevens die nodig zijn bij een reanimatie. Snel worden de volgende berekeningen uitgevoerd:

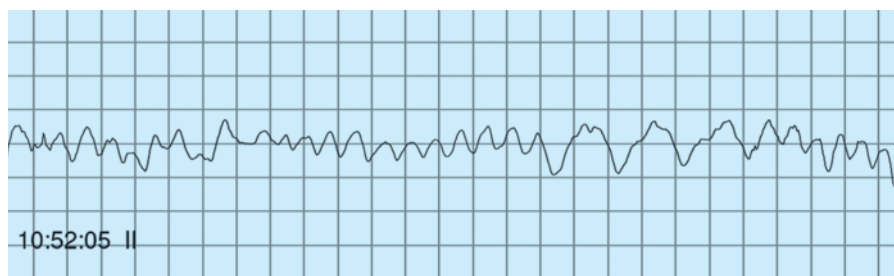
- Defibrillatie met 4 joule per kg is 40J
- Adrenaline 10 microgram per kg is 100microgram
- Amiodarone 5milligram per kg is 50mg
- Vulling met 20milliliter per kg is 200ml

Zo snel mogelijk wordt Evi aangesloten op de monitor. Nadat de defibrilla-

tor is opgeladen met 50J (40J is niet mogelijk) vindt een eerste ritmeanalyse plaats. Het blijkt dat Evi ventrikelfibrilleren (zie figuur 1) heeft.

Onmiddellijk wordt gedefibrilleerd en gaat het eerste shock-blok in. Bij de ritmecheck na 2 minuten blijkt er een ventriculair escaperitme (zie figuur 2) te bestaan van ongeveer 40 slagen per minuut. Opmerkelijk genoeg is er zwakke output te voelen waarop besloten wordt om geen adrenaline toe te dienen, maar "bij te masseren". De eerste intubatiepoging mislukt en omdat de masker-ballon beademing goed gaat, wordt besloten om de intubatie uit te stellen. Bij auscultatie, bedoeld als controle van een adequate ventilatie, is namelijk beiderzijds ademgeruis te horen en er is capnografie zichtbaar.

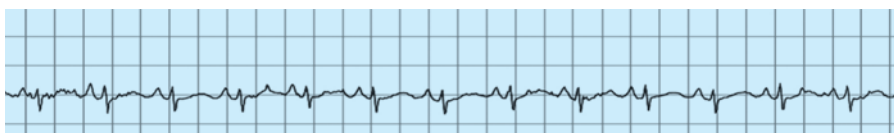
Bij de volgende ritmechecks wordt een sinusbradycardie gezien waarbij nog steeds enig bij masseren nodig is. Na 8



Figuur 1. Ventrikelfibrillatie.



Figuur 2. Ventriculair escaperitme.



Figuur 3. Sinusritme van ongeveer 140 per minuut.

minuten heeft Evi een sinusritme (zie figuur 3) waarbij ze levensteken ver- toont.

Snelheid geboden

Ondertussen is ook het tweede ambu- lanceteam gearriveerd. Evi is nu ABC- stabiel en de luchtweg is vrij. Ze wordt met masker en ballon beademd met 100% zuurstof, waarmee ze een satu- ratie heeft van 92%. De C is ook sta- biel nu er sprake is van een sinusritme en bloeddruk van 100/45 (59)mmHg. Besloten wordt om niet te wachten tot het MMT arriveert, maar met A1 urgentie naar het dichtstbijzijnde uni- versitaire medisch centrum te vertre- ken. Halverwege de rit vindt de ont- moeting plaats met het MMT en nadat de MMT-arts is ingestapt, wordt opnieuw de ABCDE nagelopen. Evi blijft nu stabiel en dus vinden er geen verdere interventies plaats. Tijdens de rit naar de Spoedeisende Hulp (SEH) braakt Evi, waarbij ze vermoedelijk aspireert.

Spoedeisende hulp

Door de vooraankondiging van de ambulancedienst staan naast de SEH- arts ook de kinderarts-intensivist, een IC-kinderverpleegkundige, kindercar- dioloog, kinderneuroloog, anesthesio- loog en twee SEH-verpleegkundigen klaar.

Evi wordt opgevangen volgens de ABCDE-methodiek. Systematisch geeft dit de volgende informatie:

- A: Bedreigd: er is sprake van een inspi- ratoire stridor.
B: Symmetrische thoraxexcursies, bei- derzijds vesiculair ademgeruis, ech- ter met name rechts veel grove ronchi. Masker-ballon beademing. Al snel daalt de saturatie tot 83%.

- C: Sinustachycardie 140 per minuut. Bloeddruk moeilijk meetbaar, sys- tole van 40mmHg. Capillair refill niet te beoordelen door intense bleekheid. Goede pulsaties in de arteria femoralis. ECG: Sinusritme van 133 per minuut. Normale hart- as, normale atrio-ventriculaire en intra-ventriculaire geleidingstijden, geen tekenen van ischemie.
D: E1 M4 V1 met opvallende hyperto- nie van de ledematen. Pupillen zijn isocoor en reageren op licht.
E: Glucose 16,1mmol/l, geen uitwen- dige letsels, venflon in situ.

Haar bloeddruk daalt na intubatie naar 74/40mmHg (zie tabel 1) waar- voor ze 20ml NaCl 0,9% per kilo krijgt als vulling.

De echo van het hart die direct wordt gemaakt door de kindercardioloog vertoont een slecht contraherend gedilateerde linkerventrikel. Er wordt een arterieel geprikt waaruit direct een bloedgas (zie tabel 2) wordt afgeno- men. Er blijkt sprake van een metabo- le acidose die met name wordt veroor- zaakt door een verhoogd lactaat als uiting van circulatoir falen. Omdat haar hemodynamiek verder verslechtert, wordt gestart met dobu- tamine en noradrenaline continu intraveneus. Niet veel later wordt ook gestart met adrenaline continu. Hiermee stabiliseert haar hemodyna- miek.

Laboratoriumuitslag	Opname	Normaalwaarden
Ph	7,24	7,35-7,45
PcO2	5,9 kPa	4,5-6 kPa
P02	18,1	10,6-13,3 kPa
Base Excess	-8,8	-2,5-2,5 mmol/l
Alkalische reserve	18	22-29 mmol/l
SaO2	98	94-99 %
Lactaat	4,8	0,5-2,2 mmol/l
Glucose	16,1	3,3-5,5 mmol/l
Natrium	139	136-144 mmol/l
Kalium	4,1	4-5,5 mmol/l
Hb	7	6-9 mmol/l
CRP	0	0-5 mg/l
Troponine	0,511	0-0,05 µg/l
Pro-BNP	6922	0-150 ng/l

Tabel 2.

Omdat Evi desatureert en niet zelf- standig ademt, wordt ze - nadat ze gesedeerd en verslapt is - direct oraal geïntubeerd. Passend bij haar leeftijd krijgt ze een tube 4,5. Nadat veel spu- tum is uitgezogen via de endotrachea- le tube verbetert haar saturatie.

Opname

Ondertussen is Evi aangemeld op de Intensive Care Kinderen (ICK). De dienstdoende intensivist heeft telefo- nisch gevraagd om alle voorbereidin- gen te treffen voor een peuter van 1,5 jaar met een gewicht van 10 kilogram.

Normaalwaarden	Ademfrequentie	Hartfrequentie	Systolische bloeddruk
1-2 jaar oud	25-35 / minuut	100-150 / minuut	80-95 mmHg

Tabel 1.

Nummer:3386584

Strookrapport 12-4-2014 17:35:11

HF 96

%SpO2 98

PVC 0

ABP 72/ 46(54)

Pols 96

CVD 7

RESP 37

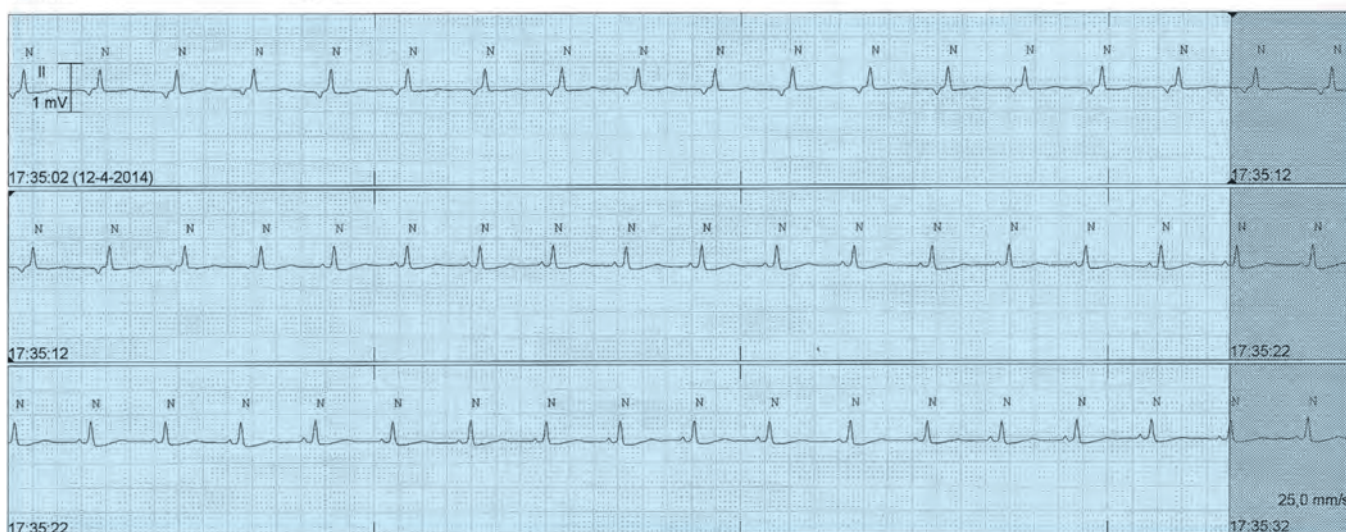
AWRF 38

EtCO2 5.6

Dif-T 4.4

Thuid 31.5

Trect 35.9



Figuur 4. Hoog AV-junctional escaperitme bij gebruik digoxine.

Al snel arriveert Evi daar. Omdat er sprake is van een cardiac arrest met een delay en zo'n 6-8 minuten hart-massage wordt gestart met therapeutische hypothermie. Met behulp van een koelmatras voor kinderen wordt Evi gedurende 72 uur gekoeld tot 32-34°graden. De peuter wordt beademd en heeft inotropie. Respiratoir wordt zij beademd door BIPAP/ASB. Ze krijgt 100% FiO2 die op geleide van de saturatie snel kan worden afgebouwd naar 45%. Hemodynamische ondersteuning krijgt Evi met adrenaline, noradrenaline en dobutamine als continue infuus. Ze heeft bij opname op de ICK een sinusritme van 124 per minuut zonder aanwijzingen voor ischemie. In de eerste uren na opname stabiliseert haar hemodynamiek, daalt het lactaat tot normaalwaarden en kan de inotropie langzaam worden afgebouwd.

Haar neurologische toestand die op de SEH duidelijk verstoord was, is nu niet meer te beoordelen. Evi is geseed met midazolam en krijgt morfine als pijnstiller toegediend. Haar pupillen zijn even groot en reageren goed op licht. De eerste uren blijft Evi nuchter in afwachting van mogelijke onderzoeken of verslechtering van de situatie. Ze heeft een hyperglykemie die te wijten is aan de stressvolle situatie die ze heeft doorgemaakt en de toediening van adrenaline. Zonder therapie daalt de glucose naar nor-

maalwaarden in de eerste uren na opname.

Verloop

Evi verblijft twee weken op de ICK. In de eerste dagen ontwikkelt ze een aspiratiepneumonie die wordt behandeld met cefuroxim en gentamycine. Nadat de periode van therapeutische hypothermie voorbij is, wordt Evi succesvol onttend van de beademing. Natuurlijk moet er zo snel mogelijk duidelijkheid komen over de oorzaak en behandeling van haar hartfalen. Omdat het ECG vrijwel normaal is,

kunnen een aantal oorzaken al snel worden uitgesloten.

Naast dagelijkse echo's van het hart wordt ook een MRI van het hart gemaakt. De echo toont een diffuus matige hartfunctie. Dit beeld zou kunnen passen bij een virale myocarditis, maar een vorm van erfelijke of idiopathische cardiomyopathie is niet direct uit te sluiten en ook kunnen er andere oorzaken zijn. De differentiaaldiagnose bevat dan ook virale myocarditis, metabole cardiomyopathie en een genetisch bepaalde gedilateerde cardiomyopathie.

Erfelijk

Om uitsluitel te geven vindt uitgebreid laboratoriumonderzoek plaats. Zo wordt er gezocht naar een virale infectie, maar wordt er ook DNA-onderzoek gedaan. Al snel worden een rhino- en adeno-virus aangetoond. Daarnaast wordt in de keeluitstrijk en faecesweek het Humaan Parechovirus aangetroffen. Zowel het adeno- als het Humaan Parechovirus zijn geassocieerd met acute myocarditis. Enige tijd later worden ook de uitslagen van het genetisch onderzoek bekend, waaruit blijkt dat Evi een erfelijke vorm van cardiomyopathie heeft. Acute myocarditis is een ontsteking van de hartspier. Hierdoor treedt een acute gedilateerde cardiomyopathie op. Daarbij bestaat een hoog risico op hartritmestoornissen.



Op basis van een eerste verdenking op myocarditis worden immunoglobulinen toegediend. Deze therapie heeft een aantal werkingsmechanismen. Als eerste binden deze zich aan het virus, zodat de delen hiervan die nog in het bloed zwerven zich niet meer kunnen binden aan het myocard. Daarnaast worden de virusmoleculen omringd door de immunoglobulinen waardoor de fagocytose vergemakkelijkt wordt. De eigen macrofagen van de patiënt kunnen het virus dus makkelijker uitschakelen. Tevens kan het behulpzaam zijn bij het dempen van de inflammatie.

Apatisch

Evi wordt ingesteld op hartfalenmedicatie waaronder enalapril en digoxine. Er ontstaan AV-junctional escape ritmes (zie figuur 4). Dit wordt geweten aan de digoxine waarna deze met succes wordt gestaakt.

De echo's van het hart laten zien dat de hartfunctie heel langzaam verbetert. Maar er blijven zorgen bestaan over de lage ejectiefractie van 24%. Daarom krijgt Evi een vochtbeperking en zal ze voorlopig onder strikte controle van de kindercardioloog blijven.

Vanaf het moment dat de sedatie en pijnstilling zijn gestaakt, wordt Evi langzaam wakker. Direct na detubatie vertoont ze apathisch gedrag en maakt ze schokkerige bewegingen. Een MRI van de hersenen toont geen aanwijsbare schade door hypoxie van de hersenen aan. Bij het beeld van deze myocloniën wordt een EEG gemaakt, waarop geen epileptische activiteit kan worden aangetoond. Haar gedrag wordt geweten aan het ontwennen van de opiaten die ze kreeg en aan de periode van hypoperfusie van haar brein. Langzaam maar zeker normaliseert haar gedrag en herkennen haar ouders Evi weer zoals ze was.

Lange termijn

Het DNA-onderzoek bij Evi toonde uiteindelijk een LMNA-mutatie aan op chromosoom 1. Dit gendefect wordt in verband gebracht met gedilateerde cardiomyopathie. Ook de ouders van Evi zijn gescreend; allebei bleken een gendefect te hebben en Evi heeft haar LMNA-mutatie geërfd. Helaas betekent dit gendefect dat er

een hoog risico bestaat op herhaling van ritmestoornissen. Daarom heeft Evi een ICD gekregen. Bij de ouders en het broertje van Evi bleek er geen reden voor therapie te zijn. Onder tussen is Evi thuis en is ze bijna weer de oude. 

Met dank aan dr. Derk Jan Ten Harkel, kindercardioloog LUMC

Ventrikelfibrillatie bij een kind

Ventrikelfibrillatie bij kinderen is zeldzaam. Het overgrote deel van circulatiestilstanden bij kinderen wordt veroorzaakt door hypoxie, gevolgd door bradycardie, polsloze elektrische activiteit en asystolie.

Als een kind zich initieel presenteert met ventrikelfibrillatie kunnen er een aantal oorzaken aan ten grondslag liggen. Deze oorzaken worden onderverdeeld in een aantal groepen. Het voert te ver om alle mogelijke oorzaken hier te benoemen en te behandelen. Daarom wordt volstaan met een samenvatting van de grootste groepen met de daarbij behorende meest voorkomende oorzaken.

Aangeboren hartaandoeningen

- Tetralogie van Fallot
- Transpositie grote vaten
- Aortastenose
- Fontan circulatie

Aangeboren ritme- en geleidingsstoornissen

- Lang QT-tijd syndroom
- Brugada-syndroom
- Catecholaminerge Polymorfe Ventrikel Tachycardie (CPVT)
- Wolff-Parkinson-White syndroom

Kinderen met een erfelijke of verworven cardiomyopathie

- Familiaire hypertrofische cardiomyopathie
- Gedilateerde cardiomyopathie
- (Virale) myocarditis
- Metabole cardiomyopathie

Overige oorzaken

- Trauma
- Verdrinking
- Hypothermie

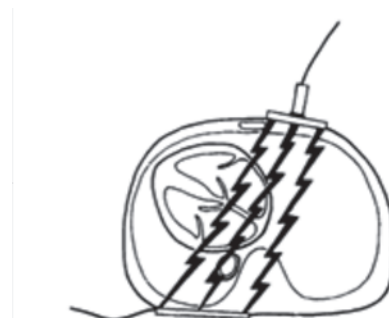
Literatuur

1. Richtlijn "Specialistische reanimatie van kinderen - met de basale reanimatie van kinderen door medische professionals" Nederlandse Reanimatieraad 2010
2. "Kastje voor kinderhart", www.stin.nl, Antje Houmes, oktober 2008
3. "ICD-implantaties bij kinderen", www.stin.nl dr. A.D.J. ten Harkel en prof. Dr. N.A. Blom, april 2011
4. "ICD-implantaties bij kinderen", www.stin.nl dr. A.D.J. ten Harkel, april 2007
5. Advanced Paediatric Life Support de Nederlandse editie, N.M. Turner en A.J. van Vught, Tweede druk, Elsevier Maarssen, 2006
6. Praktische Kindergeneeskunde Kindercardiologie, M. Witsenburg, J.L.M. Strengers, M. van Osch-Gevers, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2005
7. "Critical Care of children with heart disease", chapter 46 "Acute Myocarditis and Cardiomyopathy", Ricardo a Munoz, Victor O. Morell, Eduardo M. da Cruz, Carrol G. Vetterly © Springer-Verlag London Limited 2010
8. "Werkboek Infectieziekten bij kinderen", A.M. van Furth, N.G. Hartwig en Th. F.W. Wolfs, VU Boekhandel/uitgeverij, Amsterdam 2008

Rectificatie

In Cordiaal 2, 2015 is op pagina 46 in het artikel 'Cardioversie bij atriumfibrilleren' per abuis twee maal dezelfde afbeelding geplaatst.

Hieronder vindt u de juiste afbeelding.



Figuur 2: Het stroomgebied van de anterior-posterior positie van de paddels.



De blauwdruk van het leven vertaald



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

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

Hieronder leest u de casus van een 76-jarige man die wordt verwezen met een toename van zijn kortademigheid en fors dikke enkels en onderbenen. De auteur stelt u over deze casus enkele vragen die u kunt beantwoorden met behulp van onderstaande gegevens, het elektrocardiogram en beelden op de website. De antwoorden vindt u op pagina 95 van deze Cordiaal.

Cyril Camaro, cardioloog Radboudumc Nijmegen, afdeling cardiologie

E-mail: Cyril.Camaro@radboudumc.nl



Deze rubriek is multimediaal!
Ga naar www.nvhvv.nl/cordiaal/cordiaal-multi-media/cordiaal-mm-20153

Vragen:

1. Wat ziet u op het elektrocardiogram (figuur A)?
2. Is er bij patiënt sprake van hartfalen? Kunt u zijn sterk afgenomen conditie verklaren?
3. Wat ziet u in figuur B (website): hoe heet dit fenomeen?
4. Wat is het Kussmaul teken?
5. Wat zijn de oorzaken van een pericarditis constrictiva?
6. Wat is uw conclusie aan de hand van het verhaal en het elektrocardiogram?

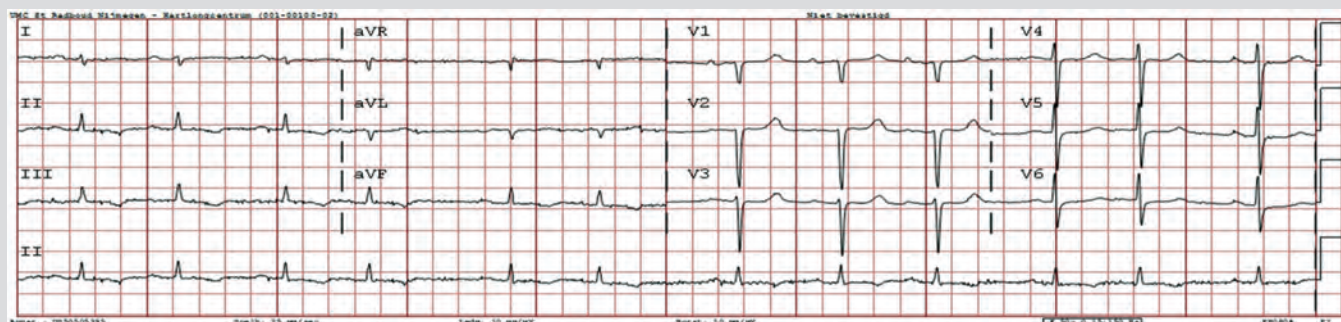
Wat ziet u op het elektrocardiogram?

Een 76-jarige man met toenemende kortademigheid en dikke enkels

Een 76-jarige man wordt verwezen met een toename van zijn kortademigheid en fors dikke enkels en onderbenen. Ook heeft hij recidiverend pleuravocht rechts, waarvoor al meerdere malen ontlastende puncties zijn gedaan. Zijn conditie is sterk achteruit gegaan en zijn eetlust is verminderd. Zijn gewicht is stabiel, maar hij heeft wel het idee dat zijn buik steeds bolter wordt. Pijn op de borst, wegrakingen en hartkloppingen zijn afwezig. Zijn voorgeschiedenis vermeldt een CABG 2 jaar eerder met een behouden linker-kamerfunctie, paroxysmaal boezemfibrilleren, een blaasoperatie wegens blaascarcinoom en COPD GOLD III.

Zijn medicatie is uitgebreid en bestaat uit acenocoumarol vv, fasinopril, simvastatine, furosemide, digoxine, sotalol, spiriva, salbutamol en tamsulosine. Bij lichamelijk onderzoek wordt in rust een niet zieke man gezien. De bloeddruk bedraagt 148/82 mmHg en de pols 53 /min regulair en aequaal. De halsvenen zijn gestuwd. Over het hart is een zachte eerste en tweede

toon hoorbaar zonder geruis. Over de longen normaal ademgeruis zonder crepiteren. De buik is bol en de lever is vergroot, er is shifting dullness. Aan de extremiteiten is fors pitting oedeem tot aan de knieën. Het elektrocardiogram ziet u in figuur A. Bij echocardiografisch onderzoek zien we een goede linkerventrikel- en een redelijke rechterventrikel functie. Er zijn tekenen van pulmonale hypertensie. Er is geen duidelijke variatie van de stroomsnelheid gemeten over de tricuspidalklep. Een CT-scan van het hart laat een irregulair verdikt pericard zien van 6 mm, vooral lateraal en langs de onderwand. De cardioloog besluit tot hartkatheterisatie waarbij u de simultane drukmeting in de linker- en rechterventrikel ziet in figuur B (website). Ook wordt het Kussmaul teken waargenomen. In tabel C (website) ziet u een overzicht van de rechsdrücken, cardiac output en saturatiemetingen. Onder de diagnose pericarditis constrictiva wordt patiënt in het hartteam besproken en voorgesteld voor een pericardectomy. 



Figuur A. Elektrocardiogram twee jaar na hartoperatie (CABG).

In dit artikel en de bijbehorende casus beschrijft de auteur hoe de zorg rondom harttransplantatie in het Erasmus MC te Rotterdam is georganiseerd. Het is een proces dat jaren in beslag kan nemen, vanaf het moment van verwijzing tot aan het ontslag na de operatie en de erop volgende nazorg.

Marijtte van der Linde, senior verpleegkundige
HC/MC Cardiologie, Erasmus MC, Rotterdam

E-mail: m.vanderlinde@erasmusmc.nl

Van verwijzing tot poliklinische nazorg en levensverwachting

De zorg rond een harttransplantatie in Erasmus MC

Bij een harttransplantatie komt veel kijken. De zorg rond patiënten die voor deze ingreep in aanmerking komen, doorloopt verschillende fasen; vanaf de verwijzing tot de daadwerkelijke transplantatie en het erop volgende ontslag. Daarna volgt nog de poliklinische nazorg. In dit artikel kunt u lezen hoe dit hele proces verloopt in het Erasmus MC te Rotterdam. Het is daarmee een vervolg op het artikel “Het steunhart als brug naar transplantatie”, dat is gepubliceerd in Cordiaal 5/2013. In de casus kunt u lezen hoe het verder is gegaan met de patiënte uit dat artikel die een steunhart had ter overbrugging naar transplantatie.

Voor een harttransplantatie komen twee groepen patiënten in aanmerking: degenen die in een eindstadium van een hartziekte verkeren met ernstige klachten (permanent of intermitterend in NYHA klasse III-IV) en degenen met een uitermate slechte levensverwachting en voor wie medicamenteuze therapie of toepassing van andere catheter- of chirurgische behandeling geen verbetering brengt.

Verwijzing

De eerste beoordeling van een eventuele kandidaat voor transplantatie gebeurt aan de hand van een schriftelijk rapport over de voorgeschiedenis, huidige status en kopieën van eerdere brieven. Belangrijk zijn vooral het verloop van de ziekte, de behandelingsintensiteit, operaties en ziekenhuisopnames en de recente validiteit. Daarnaast spelen ook alle gegevens over bijkomende ziekten een rol. Wanneer de gegevens wijzen op een mogelijke contra-indicatie is het wenselijk dat al bij het eerste contact alle correspondentie (inclusief beeldvormende onderzoeken) over het betreffende

probleem meegestuurd wordt. Als de beoordeling van de schriftelijke gegevens geen contra-indicaties aan het licht brengt, wordt de patiënt vervolgens op de pretransplantatie poli-

kliniek onderzocht. Klinische patiënten in een ander centrum worden bij voorkeur overgenomen voor een klinisch oordeel in het Erasmus MC. Blijkt er voorlopig nog geen indicatie

Casus

Een 26-jarige patiënte met een gedilateerde cardiomyopathie, waarschijnlijk op basis van peripartum cardiomyopathie, waarvoor zij een LVAD (steunhart) heeft sinds mei 2013. De tijd na implantatie van de LVAD werd gekenmerkt door meerdere drive-line infecties met staphylococcus Aureus, die niet onder controle kwamen met antibiotica. In december 2013 werd een abces rondom de drive-line chirurgisch ontlast. Uiteindelijk werd zij in januari 2014 op de wachtlijst voor harttransplantatie geplaatst, omdat duidelijk was dat dit de enige effectieve behandeling zou zijn voor deze infectie. Juni 2014 werd patiënte opgenomen in verband met het beschikbaar komen van een donorhart, gevolgd door harttransplantatie.

Na verwijdering van de LVAD werd de harttransplantatie succesvol verricht. Patiënte werd na de operatie hemodynamisch ondersteund met dobutamine, isoprenaline en noradrenaline op de intensive care (IC). De noradrenaline en dobutamine konden snel worden afgebouwd. Aanvankelijk bleven de drains fors bloed produceren, maar na uitgebreide stollingscorrectie nam dit af en kon patiënte 12 uur na aankomst op de IC geëntubeerd worden. Gezien de actief geïnfecteerde drive-line (S. Aureus gekweekt) van de geëxplanteerde LVAD werd flucloxacilline 6dd2gr iv. postoperatief gecontinueerd. Het beloop op de IC was ongecompliceerd en zeer kort, na 1 dag kon zij al overgeplaatst worden naar de harttransplantatieafdeling op de medium/high care cardiologie.

Het postoperatief herstel verliep voorspoedig, met een goede functie van het donorhart zonder tekenen van rejectie (afstoting). De nierfunctie bleef behouden bij het gebruik van tacrolimus (prograft®). De spiegels van de tacrolimus waren aanvankelijk laag, waarschijnlijk te wijten aan de fluxcloxacilline. Daarvoor vond een antibiotica-wissel plaats naar clindamycine. De buikwond ten gevolge van het verwijderen van het abces was groot, maar zag er goed uit. De wond werd 1 maal per dag verzorgd met een hydrofiber verband. Op 7 juli kon patiënte naar huis en werd ze aangemeld voor poliklinische hartrevalidatie. Patiënte wordt op het moment frequent gezien op de posttransplantatie polikliniek.



voor transplantatie te bestaan, dan legt de transplantatiecardioloog dit aan de patiënt uit. Meestal vindt er op langere termijn nog een controleafspraak op de pretransplantatie polikliniek plaats om te kunnen vervolgen of deze beslissing juist is geweest. Wanneer een patiënt wel in aanmerking lijkt te komen voor een harttransplantatie, wordt de patiënt opgenomen voor een uitgebreider klinisch onderzoek.

Opname ter beoordeling

Deze ziekenhuisopname duurt 10 tot 14 dagen en langer als er meerdere problemen moeten worden opgelost. Het doel is:

- Bevestigen van de indicatie voor harttransplantatie en nagaan van eventuele alternatieve behandelingsmogelijkheden.
- Uitsluiten van contra-indicaties en opsporen van problemen die extra aandacht zullen vereisen na de transplantatie.
- Maximaliseren van de behandeling met als doel de wachttijd tot transplantatie te kunnen overleven.
- Informatie geven aan de patiënt en zijn partner/ouders/familieleden over de wachttijd, de procedure rond de transplantatie en verwachtingen en risico's nadien.
- Kennismaken van de patiënt met het behandelteam. De maatschappelijk werker voert een aantal gesprekken met patiënt en de overige leden van het behandelteam zullen de patiënt in deze periode goed leren kennen.

Belangrijke contra-indicaties voor harttransplantatie zijn irreversibele pulmonale hypertensie, irreversibele eindorgaanschade (nier en lever), vergevorderde diabetes mellitus met eindorgaanschade, recente (<5jaar) maligniteit, ernstig perifeer vaatlijden en bijkomende systeemaandoeningen met beperkte levensverwachting. Als er (mogelijke) contra-indicaties zijn op niet-cardiologisch terrein wordt advies gevraagd aan een specialist op het betreffende gebied, bijvoorbeeld een longarts, internist, vaatchirurg, psycholoog, psychiater of oncoloog.

Besluit

De voorbereiding, de periode op de wachtlijst en de nabehandeling vereisen intensieve medische zorg. Daarom

kan harttransplantatie alleen met goede kans op succes verricht worden bij patiënten die bereid en in staat zijn een langdurige en intensieve behandeling te ondergaan. De behandelende artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werker en andere betrokkenen moeten in redelijke mate direct met de patiënt kunnen communiceren. De artsen die verantwoordelijk zijn voor het harttransplantatieprogramma zullen alle factoren die bij de individuele patiënt de kans op verbetering bepalen en de factoren die de kans op succes verkleinen, tegen elkaar afwegen alvorens tot een behandelingsadvies te komen. Ook een combinatie van relatieve contra-indicaties kan leiden tot het advies om niet tot transplantatie over te gaan. De definitieve beslissing over transplantatie wordt genomen door het harttransplantatieteam.

Wachttijd

Hoe lang het duurt tot een donorhart beschikbaar komt, is niet te voorspellen. Gezien het kleine donoraanbod moet met een wachttijd van vele maanden, vaak van 1,5-2 jaar, rekening worden gehouden. Patiënten met bloedgroep O en patiënten die langer zijn dan 1.85 meter moeten zelfs rekenen op 2-3 jaar. De patiënt kan, als zijn conditie dit toestaat, thuis wachten tot een donorhart beschikbaar komt.

De patiënt wordt opgeroepen door de transplantatiecardioloog als er een potentiële donor beschikbaar is. Soms worden meerdere kandidaten opgeroepen, bijvoorbeeld omdat een kruisproef moet uitmaken voor wie het hart uiteindelijk geschikt is. Ook wanneer er maar één kandidaat wordt opgeroepen, moet rekening gehouden worden met het eventueel niet doorgaan van de transplantatie. Hier kunnen diverse redenen voor zijn, zoals het intrekken van toestemming voor donatie, het donorhart is bij uitname niet goed, er zijn problemen bij vervoer of de kruisproef is positief.

De verpleegkundige van de high care cardiologie vangt patiënt en familie op. De patiënt wordt direct gezien door de arts, die beoordeelt hoe ziek hij is, of er problemen zijn waardoor de operatie niet kan doorgaan en of er speciale maatregelen nodig zijn. Er wordt bloed afgenomen en een thoraxfoto gemaakt.

Operatie

De operatie duurt 4 tot 6 uur. Dit is afhankelijk van de snelheid van het vrijprepareren van het zieke hart, het al dan niet verwijderen van een LVAD-systeem, het op gang komen van het donorhart na hart-longmachine en het herstel van de bloedstolling.

Een belangrijk aandachtspunt na de operatie is de hemodynamiek. Het hart is namelijk stijf door ischemie ten gevolge van het transport van donor naar ontvanger en door koeling van het hart. Hierdoor is er een klein slagvolume. Door de hartfrequentie te verhogen met behulp van een externe pacemaker en inotropica wordt er gezorgd voor voldoende hartminuutvolume.

Van high care cardiologie tot ontslag

Na de transplantatie verblijft de patiënt enkele weken in het ziekenhuis. In deze periode wordt het bezoek beperkt. De zorg op de afdeling bestaat uit het begeleiden van de patiënt bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), het uit bed komen en het zetten van de eerste stappen. De verpleegkundige verricht protocollair onderzoek en doet een aantal belangrijke observaties:

- *De hemodynamiek.* Indien nodig wordt ook op de afdeling inotropica toegediend. Belangrijk is de opmerking dat het hart is gedenerveerd; er is geen zenuwverbinding tussen het hart en het lichaam. Bij bloeddrukdaling door bijvoorbeeld koorts, bloedverlies of medicatie zal de hartfrequentie niet direct stijgen.
- *Het hartritme en hartfrequentie.* Heeft de patiënt nog isoprenaline nodig ter ondersteuning van de hartfrequentie of heeft de patiënt zelfs een pacemaker nodig?
- *De diurese.* Deze wordt nauwkeurig bijgehouden; afname ervan kan een gevolg zijn van het falen van de rechterventrikel, maar kan ook komen door een te hoge dosis immunosuppressie met nierfalen als gevolg. Dagelijks wordt de patiënt gewogen. Afhankelijk van het gewicht preoperatief wordt beoordeeld in hoeverre de patiënt nog overvuld is.
- *De temperatuur.* Een temperatuurstijging boven de 37.5 kan wijzen op afstoting of infectie. Aanvullende

diagnostiek is nodig. Om een betrouwbare temperatuur te krijgen, moet de patiënt altijd rectaal zijn temperatuur opnemen en niet aural.

- Mogelijke *hallucinaties*. Zijn die aanwezig?

Als de conditie van de patiënt het toelaat wordt gestart met het leren omgaan met de nieuwe medicatie. Verder krijgt de patiënt advies over dieet en vocht en instructies over hygiëne en wanneer te waarschuwen. De meest voorkomende problemen in de vroegpostoperatieve fase zijn afstotingsreacties en infectie (viraal, bacterieel, parasitair, schimmel). Een patiënt kan ongemerkt een afstotingsreactie hebben, dit is niet ernstig maar het is wel belangrijk dat dit tijdig behandeld wordt. Om een afstotingsreactie vroegtijdig te onderkennen, worden frequent myocardiobiopsen genomen. In het eerste jaar volgens een vast schema gemiddeld 15 maal, daarna alleen op indicatie.

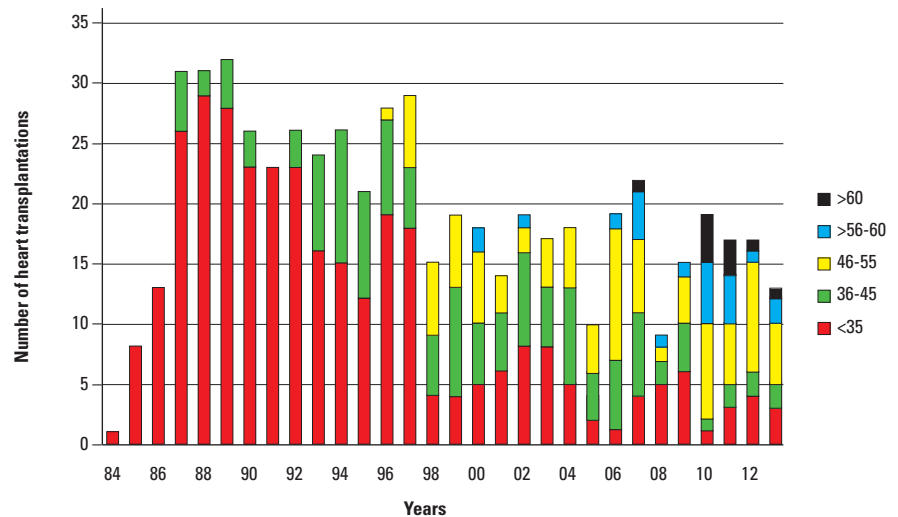
Poliklinische nazorg

De patiënt komt regelmatig terug op een spreekuur van de transplantatiecardioloog en er is een verpleegkundig spreekuur. Het doel van de poliklinische nazorg is het monitoren van de functie van het donorhart en het monitoren van de spiegels van de immunosuppressiva. Deze mogen niet te hoog, maar ook niet te laag zijn. Verder worden negatieve gevolgen van de immunosuppressiva behandeld. Tot slot neemt het geven van emotionele begeleiding bij het leven met een donorhart een belangrijke plaats in.

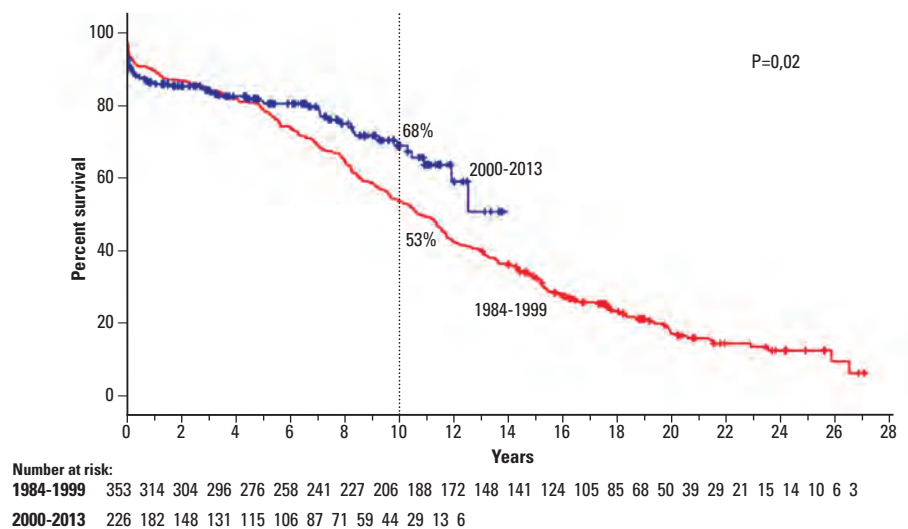
Voor in het eerste jaar moet rekening worden gehouden met meerdere ziekenhuisopnames voor behandeling van afstoting of infectie. Na het eerste jaar is de frequentie van opname afhankelijk van het aantal complicaties en vindt reguliere opname alleen plaats voor hartcatheterisatie die na 1 en 4 jaar wordt verricht. Na het vierde jaar wordt alleen hartcatheterisatie verricht wanneer er bij non-invasief onderzoek aanwijzingen voor coronaire insufficiëntie worden gevonden.

Afstotingsperiode

Veel patiënten maken tenminste één afstotingsperiode door, sommige



Figuur 1. Distribution of donor age per year.²



Figuur 2. Survival of all patients according to time period.²

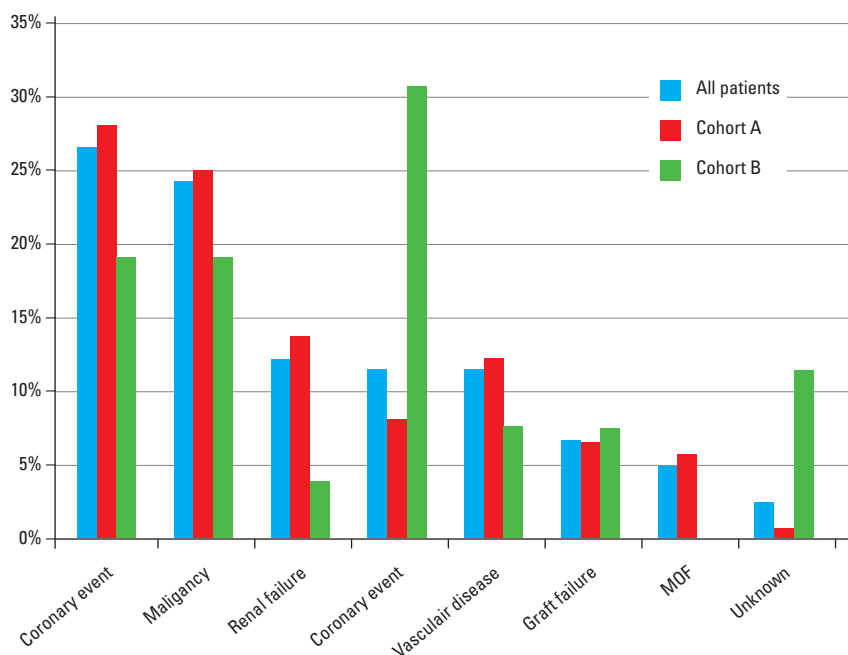
patiënten meerdere perioden. Ter voorkoming en behandeling van afstotingsreacties zullen alle patiënten levenslang immunosuppressieve middelen moeten gebruiken die met aanzienlijke bijwerkingen gepaard gaan. Zo is er een verhoogde kans op Cardiac Allograft Vasculopathy (CAV) door atherosclerose met mogelijk myocardinfarcten, ventriculaire ritmestoornissen, hartfalen en plotse hartoortdood als gevolg. Andere bijwerkingen zijn infecties, hypertensie, verlies van nierfunctie wat kan leiden tot toepassing van nierfunctie vervangende therapie (dialyse), diabetes mellitus, verhoogde kans op maligniteiten, osteoporose (door prednison), allergische reacties en tremoren.

Levensverwachting

De afgelopen decennia zijn er veel

ontwikkelingen geweest op het gebied van harttransplantatie. Het Erasmus MC heeft gegevens verzameld van alle patiënten die een harttransplantatie ondergingen sinds de eerste transplantatie in 1984. Er is een vergelijking gemaakt tussen de patiënten die getransplanteerd zijn tussen 1984 en 1999 (cohort A) en patiënten die zijn getransplanteerd tussen 2000 tot december 2013 (cohort B).

Tot het jaar 2000 werden alleen harten van donoren onder de 36 jaar geaccepteerd voor transplantatie. Maar door het beperkte donoraanbod zijn artsen gedwongen om ook oudere donoren, tot 65 jaar, te accepteren (zie figuur 1). Het aantal donoren door verkeersongevallen is aanzienlijk gedaald, wat resulteert in een groter aantal oudere donoren die meer belast zijn met cardiovasculaire atherosclerose.



Figuur 3.²

Ondanks het gebruik van oudere donorharten is er een belangrijke verbetering te zien van de overleving na harttransplantatie. Patiënten uit cohort A hebben gemiddeld een 10 jaars overleving van 53%, terwijl patiënten uit

cohort B een overlevingskans hebben van 68% (zie figuur 2). Ook de 10 jaars overlevingskans van patiënten die het eerste jaar na transplantatie overleven, is sterk toegenomen; in cohort A was dit 60% en in cohort B 80%.

De toepassing van een andere behandeling met immunosuppressie, het in een vroeg stadium starten met statines onafhankelijk van het cholesterolniveau en het behandelen van hypertensie hebben geleid tot minder neveneffecten, zoals nierinsufficiëntie. Ook zijn er minder perioden van afstoting en is het risico op Cardiac Allograft Vasculopathy kleiner (zie figuur 3). Bovendien is de behandeling van Cardiac Allograft Vasculopathy verbeterd door meer pro-actieve toepassing van technieken op het gebied van coronaire revascularisatie. 

Literatuur

1. Caliskan K, Constantinescu A, Manintveld O, Thiel R van, Hofland J, Robertus JL en Birim O, Protocol harttransplantatie volwassenen Erasmus MC Rotterdam, december 2014
2. Zijlstra LE, Constantinescu AA, Manintveld O, Birim O, Hesselink DA, Thiel R van, Domburg R van, Balk AHM, Caliskan K, Improved long- term survival in Dutch heart transplant patients despite increasing donor age: the Rotterdam experience, december 2014

Gezocht: enthousiaste auteurs en/of voorstellen voor artikelen



De redactie van Cordiaal streeft ernaar van ieder nummer een interessante en actuele uitgave te maken. Kenmerkend voor Cordiaal is de diversiteit aan artikelen, rubrieken, congresverslagen, recensies en nieuws op het gebied van hart- en vaatziekten. Ondanks dat de redactie boeiende kopij ontvangt, zijn wij op zoek naar nog meer enthousiaste auteurs en/of concrete voorstellen voor artikelen om Cordiaal het blad te kunnen laten blijven wat het nu is. Een blad voor en door zorgprofessionals die werkzaam zijn met hart- en vaatpatiënten.

Loopt u al een tijd rond met een idee voor een artikel of een onderzoek dat u graag onder de aandacht wilt brengen of heeft u wellicht een idee voor een nieuwe rubriek, maar heeft u dit idee nog niet om kunnen zetten in iets concreets? Dan is dit uw kans! Stuur een e-mail met uw voorstel naar de hoofdredacteur, Marleen Goedendorp-Sluiwer (m.sluiwer@erasmusmc.nl). Natuurlijk kunt u dit e-mailadres ook gebruiken voor algemene vragen over het schrijven van een artikel voor Cordiaal.

Voor de auteursinstructie verwijzen we u graag naar de website van de NVHVV (www.nvhvv.nl) onder het kopje Cordiaal. In deze auteursinstructie vindt u de richtlijnen waaraan een artikel moet voldoen.

Een succesvol abstract is onontbeerlijk voor een posterpresentatie. Met deze korte en bondige versie van een onderzoek kun je een congresorganisatie overtuigen van het belang van een presentatie van jouw onderzoek. In dit artikel vertellen de auteurs in tien stappen hoe een goed geschreven abstract tot stand komt.

Anne-Margreet van Dishoeck, Marjolein Snaterse en Henri van der Wetering,
Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek

E-mail: m.snaterse@hva.nl

Zonder abstract geen posterpresentatie

Tien stappen die leiden naar een goed abstract

Een abstract is een verkorte versie van je onderzoek of project, waarmee je de nadruk legt op de belangrijkste punten. Kort en bondig beschrijf je de inhoud en reikwijdte van het onderwerp en ga je in op de methode en belangrijkste resultaten. De conclusie vormt een logisch gevolg van hetgeen je daarvoor hebt geschreven. Het abstract gebruik je om een congresorganisatie ervan te overtuigen dat jouw poster of presentatie niet op hun congres mag ontbreken. Denk aan CarVasZ, daar mag jouw onderzoek of kwaliteitsproject toch niet ontbreken?

Voor het schrijven van een abstract kun je tien eenvoudige stappen volgen. Voor dit artikel hebben we gebruik gemaakt van de nieuwsbrief over het schrijven van een abstract van San Fransisco Edit.¹ Als voorbeeld hebben we een onderzoek genomen waarin we terugkijkend (retrospectieve analyse) hebben kunnen aantonen dat de “door-to-needle time” bij CVA-patiënten na opname op de Spoedeisende Hulp significant is verbeterd na een serie van verschillende verbeteracties. We hebben echter geen individuele interventie kunnen aanwijzen waarbij dit effect significant was.² In het onderstaande stappenplan staan de voorbeelden uit ons onderzoek steeds in cursief.

1. Identificeer en beschrijf de belangrijkste doelstellingen en conclusies van je onderzoek of project

Met deze eerste stap identificeer je de doelstelling en kernboodschap van je abstract.³⁻⁷ In liefst één zin vat je de huidige stand van zaken/kennis over

het onderwerp van de studie samen. Bijvoorbeeld: *Patiënten met een beroerte (Cerebro Vasculair Accident, CVA) worden in het ziekenhuis binnen één uur (door-to-needle time (DNT)) behandeld met trombolysie, een “stolsel oplossend” middel.* Zorg dat de belangrijkste zoekwoorden voor het onderwerp - CVA, trombolysie, DNT - zijn opgenomen.

Formuleer het doel van de studie, bijvoorbeeld: *‘Het onderzoek richtte zich op het meten van de verbetering van de kwaliteit van trombolysietoediening bij CVA-patiënten.’* Het doel van de studie vul je eventueel aan met een werkhypothese, als dit van toepassing is. Identificeer de meest belangrijke conclusie van je onderzoek. Voor ons onderzoek is dat: *De significante daling van de “door-to-needle” tijd (DTN).* Veelal heb je meerdere uitkomsten in het onderzoek opgenomen en daarin meerdere resultaten gevonden. De conclusie is de samenvatting daarvan en die moet je overbrengen, het is de kernboodschap ofwel rode draad van je verhaal.

Het vroegtijdig vaststellen van de kernboodschap biedt de mogelijkheid om tijdens alle hierna volgende stappen de tekst te toetsen aan de boodschap die je wilt overbrengen. Alle medeauteurs moeten het eens zijn met het verwoorden van de meest belangrijke uitkomst. Dit voorkomt discussies in een latere fase. Heb je overeenstemming over de kernboodschap, zorg dan dat deze in de titel tot uiting komt. Bijvoorbeeld: *‘Zorginterventies verbeteren de door-to-needle tijd bij CVA-patiënten na opname op de spoedeisende hulp.’* Wees voorzichtig met afkortingen in de titel. Gebruik alleen

algemeen aanvaarde afkortingen, zoals CVA-patiënten. Stem de kernboodschap vervolgens af op de doelstelling van het congres waar je het abstract naar toe stuurt. Gaat het congres bijvoorbeeld over kwaliteit van zorg, dan zal de kwaliteitsverbetering uit je kernboodschap moeten blijken.

2. Beschrijf de methoden die je hebt gebruikt voor de beantwoording van je onderzoeksvraag

Beschrijf in één of twee zinnen de opzet van de studie, welke patiënten zijn geïnccludeerd, welke data zijn verzameld en welke analyses zijn verricht. Uit de methode moet ook blijken of de dataverzameling retrospectief of prospectief was en welke procedures zijn gevolgd. Om bij ons voorbeeld te blijven: *‘Een retrospectieve analyse met behulp van een interrupted time series analyse van de DTN bij CVA-patiënten opgenomen in academisch ziekenhuis. De interventies richtten zich op: training van artsen en verplegend personeel; zakkaartjes met een samenvatting van het protocol; Manchester triagesysteem op de SEH met code rood voor CVA-patiënten; start trombolysie in de CT-kamer; DNT voor elke patiënt in de ochtendoverdracht met individuele feedback aan alle artsen die de 1 uur tijdsgrens overschrijden; CT-scanner op de SEH; activeringssysteem naar neurologie assistent, radioloog, radiologie laborant en spoedeisende hulp verpleegkundige; tweede neurologie assistent in de weekenddienst.’* Het is een hele uitdaging om hier in twee tot drie zinnen het hele onderzoeksprotocol te beschrijven. Als beginnende onderzoeker helpt het om te kijken hoe anderen met vergelijkbare studies dit

Voeg zinnen samen!

Conclusies/doelstellingen!

Komt het over?

Voldoet het aan de richtlijnen?

Wat kan er uit?



gedaan hebben.³ Stem de beschrijving van de methode af op de doelgroep. Verpleegkundigen hebben vaak weinig met ingewikkelde statistische termen, terwijl artsen daar meestal geen probleem mee hebben.

3. Beschrijf de belangrijkste resultaten van het onderzoek

Benoem de belangrijkste resultaten die de basis vormen voor de conclusie. Blijf daarbij dicht bij de data: uitkomstmaten, correlatie, associatie. Beschrijf deze in één of twee zinnen. Bijvoorbeeld: 'Tussen 2006 en 2012 werden 1703 patiënten opgenomen met een CVA, van wie er 262 trombolytische therapie ontvingen (tabel 1). Het percentage patiënten behandeld met trombolyse steeg in die periode van 5% naar 22% (figuur 1). DNT daalde significant (1,0% per maand, CI 0,7-1,4%). In 2006 was de mediaan DNT 75 minuten en geen van de patiënten werd binnen een uur behandeld. In 2012 was de DNT ver-

beterd tot 45 minuten en 81% van de patiënten kreeg trombolyse binnen een uur.' Beantwoord daarmee de vraagstelling. Geef liefst in één zin aan waarom je denkt dat de bevindingen belangrijk zijn en benoem de mogelijke implicaties. 'Het gecombineerde effect van de genoemde reeks structurele en logistieke interventies is een verklaring voor de verbetering en onderstreept de noodzaak van continue focus op verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.' De conclusies zijn een logisch gevolg van de resultaten van de studie, maar abstracter geformuleerd, dus zonder getallen.

4. Voeg de geformuleerde zinnen samen in een enkele paragraaf

Voeg nu alle zinnen samen tot één stuk. Beoordeel de tekst op de volgende onderwerpen.⁵ **Waarom:** beschrijf waarom het onderzoek is uitgevoerd (kwaliteitsverbetering). **Wie:** benoem de populatie die bij dit onderzoek is

betrokken (CVA-patiënten). **Waar:** noem de plaats waar je de studie of het project hebt uitgevoerd (een academisch ziekenhuis). **Wanneer:** benoem het tijdsframe (tussen 2006 en 2012). **Hoe:** beschrijf de methode waaruit de resultaten voortkomen (retrospective interrupted time series analyses). **Wat nu:** beschrijf de praktische implicaties (blijven verbeteren). De lezer van je abstract gaat naar deze onderdelen op zoek om te beoordelen of je onderzoek relevant/interessant is. Hoe beter je de lezer aanspreekt des te groter de kans dat je abstract wordt geaccepteerd voor een presentatie op een congres.

5. Komt de kernboodschap over?

Controleer of de hypothese/methode die wordt gebruikt in de eerste zin of in de titel staat. Vraag je af of je de boodschap krachtig genoeg over het voetlicht hebt gebracht en of je daarbij voldoende rekening hebt gehouden met de doelgroep voor wie de boodschap is bedoeld.

6. Wat kan eruit?

Maak bewuste keuzes voor het weglaten van achtergrondinformatie, literatuuronderzoek en gedetailleerde beschrijving van de methoden. Wij hadden bijvoorbeeld als de achtergrond van ons onderzoek kunnen refereren aan de internationale richtlijn en de aanpassing van de eisen aan DNT in de afgelopen jaren. Hoewel relevant, voegt dit niets toe aan de boodschap.

7. Verwijder extra woorden en zinnen

Dit onderdeel vraagt enige oefening. Wees kritisch over het gebruik van passieve zinnen en pas op voor te veel woorden. Bijvoorbeeld de passieve zin: 'Voor de deelname aan het onderzoek werden de patiënten tijdens het poliklinische ziekenhuisbezoek gevraagd of zij aan de studie wilden meewerken'. Actief gemaakt: 'Wij inclusieerden de deelnemers tijdens een regulier polibezook'. In acht woorden staat hetzelfde als in de voorgaande 21. Of: 'De doelstelling van deze studie was om te onderzoeken of er een relatie tussen door-to-needle time en verbeteracties

aangetoond kon worden'. Actief: 'Ons doel was de relatie tussen DNT en verbeteracties aan te tonen'.

8. Herziening van de paragraaf

Lees nu de hele tekst door en kijk kritisch of deze alleen de essentiële informatie bevat.

9. Controleer of het abstract voldoet aan de richtlijnen van de congresorganisatie

Het lijkt de omgekeerde wereld om pas na het eerste schrijven de tekst aan te passen aan de regels/eisen die de congresorganisatie stelt, maar door eerst de kernboodschap en onderdelen van het abstract te formuleren is het aanpassen een kwestie van weglaten en schrappen geworden.

10. Geef het abstract aan een collega ter beoordeling

Geef het abstract aan een collega of kennis, bij voorkeur iemand die niet vertrouwd is met jouw werk, en vraag of diegene het een logisch verhaal vindt en wat volgens hem de boodschap is. Het is van belang om zo nu en dan even afstand te nemen van je tekst. Een collega vragen om de tekst rustig te lezen en over een paar dagen een reactie te geven, helpt daarbij. Dat betekent dat je dit ook in je planning moet opnemen.

Veel voorkomende valkuilen^{3-5,8}

- Slecht geschreven abstract = slecht voorbereid. Dit heeft meestal te maken met te weinig tijd ervoor nemen en een slechte planning (te dicht op de submission deadline).
- De lezer vergeten = je onvoldoende verplaatsen in het publiek waarvoor je het stuk schrijft.
- Vage omschrijving = geen boodschap.
- Te veel detail = geen krachtige boodschap. ♥

Literatuur

1. Kretchmer P. Ten steps to writing an effective abstract. [www.sfedited.net]: San Fransico Edit 3 Pine Ridge Way Mill Valley, California 94941 kretchmer@sfeedited.net; 2013 [cited 2015 29-03-2015]; Available from: <http://www.sfeedited.net/abstract.pdf>.
2. van Dishoeck AM, Dippel DW, Dirks M, Looman CM, Mackenbach JP, Steyerberg E. Measuring quality improvement in acute ischemic stroke care; interrupted time series analysis of door-to-needle time. *Cerebrovascular Diseases Extra*. 2014(4):149-55.
3. Bliss DZ. Writing a successful research abstract. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing* : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN. 2012 May-Jun;39(3):244-7.
4. Happell B. Hitting the target! A no tears approach to writing an abstract for a conference presentation. *International journal of mental health nursing*. 2007 Dec;16(6):447-52.
5. Ickes MJ, Gambescia SF. Abstract art: how to write competitive conference and journal abstracts. *Health promotion practice*. 2011 Jul;12(4):493-6.
6. Simkhada P, van Teijlingen E, Hundley V, Simkhada BD. Writing an abstract for a scientific conference. *Kathmandu University medical journal (KUMJ)*. 2013 Jul-Sep;11(43):262-5.
7. Biancuzzo M. Developing a poster about a clinical innovation. Part I: Ideas and abstract. *Clinical nurse specialist CNS*. 1994 May;8(3):153-5, 72.
8. Dossett LA, Fox EE, del Junco DJ, Zaydfudim V, Kauffmann R, Shelton J, et al. Don't forget the posters! Quality and content variables associated with accepted abstracts at a national trauma meeting. *The journal of trauma and acute care surgery*. 2012 May;72(5):1429-34.

Richtlijnen voor abstract

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

Presentatie

De presentatie mag in totaal tien minuten duren; acht minuten om uw verhaal te vertellen en twee minuten om vragen te stellen. U vertelt wat u heeft onderzocht of welk project u heeft uitgevoerd, u geeft een korte beschrijving van de procedure, u benoemt de resultaten van het onderzoek/project en de implicaties voor de praktijk. Hiervoor mag u maximaal tien dia's gebruiken.

Inzending

Abstracts kunnen tot uiterlijk 6 september 2015 digitaal ingestuurd worden naar: info@congresscompany.com. Auteurs zullen rond 5 oktober 2015 horen of hun abstract geaccepteerd is en zij een presentatie op CarVasZ mogen geven.

CarVasZ

Hét congres voor de Cardio Vasculaire Zorg

Het CarVasZ-congres is dit jaar geschikt voor alle leeftijden. Hart- en vaatziekten gaan ons allemaal aan. Ze kunnen acuut en chronisch, door erfelijkheid, omgeving en leefstijl zowel jongeren, jong volwassenen als ouderen treffen. Dit zal tijdens CarVasZ op verschillende manieren onder de aandacht worden gebracht. Naast onderwerpen binnen dit thema is er ook dit jaar veel aandacht voor de laatste inzichten, behandelingen en (verpleeg)technische ontwikkelingen.

Linda Joziassse en Debbie ten Cate, voorzitters werkgroep Congressen

E-mail: Debbie.tencate@hu.nl

CarVasZ 2015: vrijdag 20 november in de ReeHorst te Ede

Van jong tot oud. Hart- en vaatziekten voor

Vrijdag 20 november 2015 is de twaalfde editie van CarVasZ in Hotel en Congrescentrum de ReeHorst in Ede. Er is dit jaar een gevarieerd en interessant programma rondom het thema “Van jong tot oud. Hart- en vaatziekten voor alle leeftijden”. Naast het volgen van de plenaire sessie en parallelle sessies kunt u in de expositieruimte in gesprek gaan met diverse fabrikanten en stichtingen. Uiteraard is er ook tijd en ruimte om uw eigen collega's te spreken en nieuwe collega's te ontmoeten.

Hart- en vaatziekten kunnen al ontstaan tijdens de embryonale fase, maar ook pas op vergevorderde leeftijd. Ze kunnen als het ware meegroeien met een persoon, bijvoorbeeld van kind naar volwassenheid. Maar hart- en vaatziekten kunnen zich ook manifesteren als iemand grote veranderingen doormaakt, zoals tijdens een zwangerschap. Of ze kunnen ontstaan door erfelijke factoren, omgevingsfactoren, leefstijlfactoren of een combinatie hiervan. Kortom, hart- en vaatziekten zijn niet voorbehouden aan een bepaalde leeftijd of levensfase.

In de plenaire sessie zal kinder- en congenitaal cardioloog Dr. Witsenburg met zijn presentatie “Aangeboren afwijking, levenslang?” een overzicht geven van de belangrijkste aangeboren hartafwijkingen en de consequenties ervan voor de rest van het leven van een patiënt(je). Naast de betekenis voor de dagelijkse praktijk, zal hij ook stilstaan bij de psychosociale gevolgen voor de patiënt en zijn omgeving.

Sessies en workshops

Na de plenaire sessie kunt u kiezen uit

27 parallelsessies. Ook staan er dit jaar weer verschillende workshops op het programma. Deze zijn zoveel mogelijk afgestemd op het thema en vallen binnen een aantal specialisaties binnen de cardiovasculaire zorg: thoraxchirurgie, hartrevalidatie, congenitale cardiologie, wetenschappelijk onderzoek, atriumfibrilleren, acute cardiale zorg, interventiecardiologie, hartfalen, ICD /EFO, vasculaire zorg en verpleegkundig specialisten.

Een greep uit de onderwerpen die aan bod komen: erfelijkheid en hart- en vaatziekten, zwangerschap bij vrouwen met (congenitale) cardiale problemen en verpleegkundige en medische zorg voor (kwetsbare) ouderen met hart- en vaatziekten. Een aantal van de workshops bent u van ons gewend, zoals de workshops klinisch redeneren onder leiding van dr. IJbelien Jüngen en de snijssessies varkensharten, geleid door de heren van Weezel en van de Woestijne. Andere workshops gaan over reanimatie bij kinderen, pacemakers en ECG lezen. Prof. dr. Tiny Jaarsma zal ook dit jaar weer een discussiesessie leiden met als thema: “De verpleegkundige in ontwikkeling?! ”. De inhoud van de sessies en workshops is 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’.

U kunt het volledige programma van CarVasZ 2015 vinden op de middenpagina's van deze Cordiaal en de toelichting op de sessies staat in de bijge-

voegde brochure. U kunt het programma en de toelichting ook vinden op www.carvasz.nl. Daar kunt u ook terecht voor meer informatie over CarVasZ en om u aan te melden voor het congres.

Abstracts

Verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundig onderzoekers die betrokken zijn bij projecten op het gebied van innovatie en wetenschappelijk onderzoek worden van harte uitgenodigd een abstract in te sturen voor een presentatie. Uw collega's zijn geïnteresseerd in de ontwikkelingen op het gebied van (congenitale) hart- en vaatziekten. De auteurs van de vijf beste abstracts zullen worden uitgenodigd voor een presentatie. Stuur digitaal een abstract naar info@congress-company.com. De volledige informatie en voorwaarden staan ook vermeld op www.carvasz.nl, www.nvhvv.nl of www.congresscompany.com. Indien een abstract geaccepteerd wordt dan levert dit 50% reductie van de entreprijs voor het congres op voor de eerste auteur (zie kader op pagina 88).

Accreditatie

Dit jaar wordt er accreditatie aangevraagd bij de NVHV, V&V Kwaliteitsregister, SBHFL, RSV (verpleegkundig specialisten) en NAPA. De NVHV vindt het op peil houden en registreren van de kwaliteit van zorg belangrijk.

Wij zien u graag op vrijdag 20 november 2015 in de ReeHorst te Ede en wensen u een inspirerende en interessante dag toe.

Tot ziens op CarVasZ 2015! 

Vrijdag
20 november
2015

De ReeHorst,
Ede

09.15 - 10.15 PLENAIRE OPENINGSSESSIE:
Sessievoorzitter: **L. Joziase**

Van jong tot oud.

Welkom en opening
Aangeboren hartafwijking, levenslang

10.15 - 10.45 KOFFIEPAUZE

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

Sessie 1 Sessievoorzitter: P.G. van 't Verlaat	Sessie 2 Sessievoorzitter: A.M. Lagendijk	Sessie 3 Sessievoorzitter: S.K. Elshout	Sessie 4 Sessievoorzitter: J.C.H. van Santvoord
WORKSHOP	ACUTE ZORG	ICD	HARTFALEN
De verpleegkundige in ontwikkeling?! Discussiesessie o.l.v. <i>T. Jaarsma</i>	Cardiologie in de zwangerschap <i>I.M. van Hagen</i> Myocarditis op jonge leeftijd <i>M.R. Hazebroek</i> Wel of niet behandelen op de CCU? Een beschouwing over zorg gezien vanuit twee perspectieven: medische ethiek en zorgethiek. <i>M. Buter</i>	Zwanger en een ICD <i>W. de Vries</i> ICD implantatie op de kinderleeftijd <i>A.D.J. ten Harkel</i> Hoe begeleid je mensen met een erfelijke belastbaarheid met een ICD? <i>Ch. Selderbeek</i>	Thema: Palliatieve zorg Markeermeter bij hartfalen <i>O.A. Kruit en A.H.M. Hermans</i> Wat te doen in het eindstadium hartfalen met medicatie en comorbiditeit? <i>L. Bellersen</i>
Max. 40 deelnemers			

12.15 - 13.15 LUNCHPAUZE **1**

12.30 - 13.00 NVHVV LUNCHSYMPOSIUM, voorzitter M.L. Niesing-Lut

13.15 - 14.45 PARALLELSESSIES **10 t/m 18**

Sessie 10 Sessievoorzitter: J.P. Coenen-Vrijhoeven	Sessie 11	Sessie 12 Sessievoorzitter: E. Wolf	Sessie 13 Sessievoorzitter: P.H. Pruijssers-Lamers
WORKSHOP	WORKSHOP	ICD/ATRIUMFIBRILLEREN	HARTFALEN/CONGENITALE CARDIOLOGIE
Klinisch redeneren voor de cardiovasculaire verpleegkundige <i>I.J.D. Jüngen</i>	Snijssessie <i>J.J. van Weezel, P. van de Woestijne</i>	Behandeling van WPW syndroom jong en oud <i>N.M.S. de Groot</i> Duursporters en atriumfibrilleren <i>J. Hoogsteen</i>	Thema: Zwangerschap "Dokter, mag ik zwanger worden?" <i>J.W. Roos-Hesselink</i> Peripartum Cardiomyopathie <i>P. van der Meer</i>
Max. 75 deelnemers	Max. 30 deelnemers		

14.45 - 15.15 THEEPAUZE

15.15 - 16.15 PARALLELSESSIES **19 t/m 27**

Sessie 19 Sessievoorzitter: W.P. van Os-de Man	Sessie 20	Sessie 21 Sessievoorzitter: M.B. Verkerk	Sessie 22 Sessievoorzitter: A.J.A.M. Kolkman
WORKSHOP	WORKSHOP	ICD/ACUTE ZORG WORKSHOP	ATRIUMFIBRILLEREN
Klinisch redeneren voor de ervaren cardiovasculaire verpleegkundige en verpleegkundig specialist <i>I.J.D. Jüngen</i>	Snijssessie <i>J.J. van Weezel, P. van de Woestijne</i>	Tips & Tricks tijdelijke pacemaker <i>R.M.D. Nathoe</i>	Boezemfibrilleren bij 40 minners (<40jr) <i>J.S.S.G. de Jong</i> Boezemfibrilleren bij 65 jaar en ouder <i>C. Camaro</i>
Max. 75 deelnemers VERDIEPEND	Max. 30 deelnemers		

16.15 - 16.45 AFSLUITING MET BORREL

Sessie 5 Sessievoorzitter: C. Flint	Sessie 6 Sessievoorzitter: M.F.H. Brummel-Vermeulen	Sessie 7 Sessievoorzitter: M.C. van Brug	Sessie 8 Sessievoorzitter: S.M.J. Oostveen	Sessie 9 Sessievoorzitter: C. van Lent
VASCULAIRE ZORG	WORKSHOP INTERVENTIECARDIOLOGIE/ ACUTE ZORG	HARTFALEN/ICD/EXPERTGROEP VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN/ HARTREVALIDATIE	EXPERTGROEP VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN	WORKSHOP CONGENITALE CARDIOLOGIE
Vasculaire problematiek bij zwangeren <i>G.R. Hajer</i> Optimale zorg voor jonge patiënten met atherosclerose <i>N.P. Riksen</i>	Een patiënt met een voorwandinfarct ligt stil <i>A. Huijtema</i> ACS bij de jonge patiënt <i>R.M.A. van der Boon</i>	Thema: Erfelijkheid Erfelijke hartritmestoornissen <i>N. Hofman</i> Hartfalen, altijd erfelijkheid <i>J.P. van Tintelen</i> Waarom cascadescreening van Familiaire Hypercholesterolemie door moet gaan <i>J.M.H. Galema-Boers</i>	Cardiothoracale chirurgie bij de oudere patiënt, met Hart en Ziel In deze presentatie zal casuïstiek van de seniorenpoli worden besproken met VS cardiologie, een geriater en VS geriatrie <i>C. de Jong, S.J.M. Jong, W.M. Meijer</i>	State of the art; reanimatie van kinderen, groot en klein <i>M.J. Bos, M.J.P.M. van Bourgondien, K. Hogenbirk, C. van Lent</i> Max. 24 deelnemers

Sessie 14 Sessievoorzitter: Y.A. Henstra	Sessie 15 Sessievoorzitter: M.J.A.G. de Ronde	Sessie 16 Sessievoorzitter: H. van de Wetering	Sessie 17 Sessievoorzitter: P.M.A.H. de Wijs-Antens	Sessie 18 Sessievoorzitter: M. van der Holst
VASCULAIRE ZORG	INTERVENTIECARDIOLOGIE/ THORAXCHIRURGIE	WETENSCHAPPELIJK OZ	HARTREVALIDATIE	CONGENITALE CARDIOLOGIE/ THORAXCHIRURGIE
SCORE exit, enter Lifetime Risk <i>J.D. Lefrandt</i> Hypertensie bij ouderen <i>S. van Wissen</i> VERDIEPEND	THI en de zorg voor kwetsbare ouderen <i>M.M. Vis</i> De oudere patiënt maakt kennis met nieuwe technologie <i>F.U.S. Mattace Raso</i> Van oude kleppen en mensen die voorbijgaan <i>E.J.O. Kompanje</i>	Thema: Meten met scorelijsten Hoofd en hart voor zelfmanagement <i>A.L. van Staa</i> Hartzorg met HEARTscore <i>R.T. Tolsma</i> Thuisbehandeling Chance@ home, een beproefd concept <i>J. van der Ploeg</i> VERDIEPEND	Kwetsbaarheid van ouderen met hartfalen <i>R.J.J. Gobbens</i> Het geheim van de blauwe zones <i>L.M.K. van Doninck</i> Geriatrische revalidatie <i>R. van Balen</i>	Thema: Tetralogie van Fallot Levenslang met Fallot <i>A.P. Backx</i> Chirurgische behandeling <i>D.R. Koolbergen</i> Verpleegkundige begeleiding <i>R. Zwart</i>

Sessie 23 Sessievoorzitter: M. Snaterse	Sessie 24 Sessievoorzitter: S.J. Staphorst	Sessie 25 Sessievoorzitter: J.J. Doornenbal	Sessie 26 Sessievoorzitter: W. de Vries	Sessie 27 Sessievoorzitter: wordt nog bekend gemaakt
WETENSCHAPPELIJK OZ	INTERVENTIECARDIOLOGIE	HARTREVALIDATIE WORKSHOP	HARTREVALIDATIE/ EXPERTGROEP VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN	THORAXCHIRURGIE
Presentatie van de vijf beste abstracts VERDIEPEND	Percutane Pulmonaalklepvervangings bij aangeboren hartafwijkingen <i>B. Straver</i> Rotablatorprocedure bij ernstig verkalkte coronairarterieën <i>K.T. Koch</i>	Begeleiden zwangerschap na babysterfte <i>M. Pel</i> Max. 50 deelnemers	"Ik heb het Syndroom van Marfan" <i>A. Gottenbos</i> Aortadissectie en het Marfan Syndroom <i>R. Franken</i>	Bereid oudere patiënt voor op een ziekenhuisopname met cardiochirurgie! <i>R.G.A. Ettema, T.S. Hoekstra</i>

Om de beste evidence te vinden voor de behandeling van coronaire hartziekten is recentelijk een richtlijn rond revascularisatie gepubliceerd. In deze richtlijn komt uitgebreid aan bod welke behandeling een cardioloog in een bepaalde situatie het beste kan kiezen. De zeer uitvoerige richtlijn is een boeiend naslagwerk voor zowel artsen als verpleegkundigen. De auteur licht in dit artikel een aantal punten toe.

Anne Geert van Driel

E-mail: a.g.vandriel@asz.nl

Mooi naslagwerk voor artsen en verpleegkundigen

Richtlijn Revascularisatie 2014

Cardiologisch geschoolde verpleegkundigen hebben in hun dagelijkse praktijk te maken met patiënten die coronaire hartziekten hebben. Deze worden veroorzaakt door vernauwingen in de kransslagaders die het gevolg zijn van slagaderverkalking (atherosclerose).¹ Om de diagnose coronaire hartziekte vast te stellen zijn er verschillende diagnostische hulpmiddelen, zoals de anamnese, inspanningsonderzoek met elektrocardiografie (ECG), echocardiografie of ander beeldvormend onderzoek (zoals de CT-scan of de MRI-scan), bloedonderzoek en risicofactoren hulpmiddelen. Afhankelijk van de ernst van de klachten kan er voor verschillende behandelingen gekozen worden. Van de patiënten met een acuut hartinfarct krijgt naar schatting zo'n 80% een acute invasieve ingreep. Percutane coronaire interventies (PCI) en coronaire bypassoperatie (CABG) zijn de meest gebruikte invasieve ingrepen.²

Toch kunnen zich bij de behandeling van coronaire hartziekten vragen voordoen over welke behandeling de

beste is. Wanneer wordt er bijvoorbeeld gekozen voor een CABG in plaats van een PCI? Bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie kan er niet zoveel contrast gebruikt worden; is het daarom verstandiger dat deze patiënten sneller een CABG krijgen? Patiënten met diabetes mellitus hebben vaak minder goede vaten; wat is bij hen de voorkeursbehandeling als er sprake is van coronaire hartziekten? Het zijn zo maar wat vragen waar behandelteams in de praktijk mee te maken kunnen krijgen.

Aanbevelingen

Om een goede afweging te kunnen maken welke patiënt een bepaalde behandeling krijgt, wordt gebruik gemaakt van Evidence Based Medicine (EBM). In de verpleegkunde wordt dit vaak Evidence Based Practice (EBP) genoemd. EBM is erop gericht om zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik te maken van het huidige bekende en beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten.³ Om de beste evidence te vinden voor de behandeling van coro-

naire hartziekten hebben de European Society of Cardiology (ESC) en de European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EASC) recent een richtlijn rond revascularisatie gepubliceerd. Daarin komt uitgebreid aan bod welke behandeling een cardioloog in een bepaalde situatie het beste kan kiezen. Hiervoor is een literatuurstudie gedaan naar alle Randomised Controlled Trials (RCTs) die sinds 1980 zijn gedaan en betrekking hadden op de verschillende revascularisatiemethoden, zoals CABG, PCI met bare-metal stents (BMS) en met verschillende drug-eluting stents. In de richtlijn wordt voor ieder behandeld onderwerp aangegeven hoe sterk de aanbeveling is vanuit de literatuur (figuur 1). Daarnaast wordt aangegeven of een interventie in de praktijk aanbevolen wordt (aanbeveling krijgt groene kleur), overwogen moet worden (aanbeveling krijgt oranje kleur) of juist niet aanbevolen wordt (aanbeveling krijgt rode kleur - figuur 2). De richtlijn is zeer uitgebreid; ze bevat ruim 60 pagina's en meer dan 900 referenties.

Ontwikkeling

In de inleiding komt in kort bestek aan de orde hoe snel de ontwikkelingen in de cardiologie zijn gegaan. Zo werd in 1964 de eerste bypassoperatie uitgevoerd. In 1977 werd de eerste PCI uitgevoerd door ballondilatatie en in 1986 is begonnen met het plaatsen van de eerste stents. Ook heeft er gedurende deze jaren een verfijning in technieken en methoden plaatsgevonden. Een voorbeeld hiervan is dat de voorkeurstoegang van een PCI tegenwoordig via de pols (arteria radialis) gaat, terwijl dit enkele jaren geleden

Level of evidence A	Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses.
Level of evidence B	Data derived from a single randomized clinical trial or large non-randomized studies.
Level of evidence C	Consensus of opinion of the experts and/or small studies, retrospective studies, registries.

Figuur 1.

Classes of recommendations	Definition	Suggested wording to use
Class I	Evidence and/or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective.	Is recommended/is indicated
Class II	Conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/efficacy of the given treatment or procedure.	
Class IIa	Weight of evidence/opinion is in favour of usefulness/efficacy.	Should be considered
Class IIb	Usefulness/efficacy is less well established by evidence/opinion.	May be considered
Class III	Evidence or general agreement that the given treatment or procedure is not useful/effective, and in some cases may be harmful.	Is not recommended

Figuur 2.

nog via de lies (arteria femoralis) gebeurde. Hierdoor hebben patiënten minder nabloedingen en kunnen ze eerder mobiliseren. Ook stents hebben zich verder ontwikkeld; waar vroeger alleen bare metal stents werden gebruikt, wordt tegenwoordig bijna altijd voor drug eluting stents gekozen, omdat deze minder snel dicht gaan zitten.

Risicostratificatie

Vervolgens komen verschillende onderwerpen aan bod, waaronder het gebruik van scores en risicostratificatie systemen om de ernst en het risico van coronaire hartziekten in te kunnen schatten. De meeste risicostratificatie systemen proberen op basis van een veelheid aan informatie een inschatting te maken van de overleving op korte en lange termijn, zoals de 30 dagen en de 1 jaars overleving. Hoewel veel van deze systemen waardevolle informatie kunnen verstrekken is het (nog) niet mogelijk om een uitspraak te doen in hoeverre de kwaliteit van leven bij de patiënt met coronaire hartziekte toe zal nemen. Daarom geeft de richtlijn aan dat bespreking van verschillende casussen in een multidisciplinair hartteam noodzakelijk is. Hierin kan vanuit verschillende oogpunten overwogen worden of en welke revascularisatiemethode de patiënt zal ondergaan.

Onderbouwing

Het grootste deel van de richtlijn gaat over revascularisatie bij patiënten met

verschillende indicaties, zoals patiënten met stabiel coronairlijden en patiënten met acuut coronaire syndromen, zowel STEMI als NSTEMI. Specifieke aandacht wordt besteed aan patiënten met hartfalen en cardiogene shock en aan patiënten met diabetes en chronische nierinsufficiëntie. Veel wordt uitgebreid en gedetailleerd beschreven. Opvallend aan de richtlijn is de veelheid aan studies die is verricht ter onderbouwing van de verschillende interventiemogelijkheden. In de meeste gevallen gaat het om studies die laten zien dat een richtlijn zinvol is en juist daarom uitgevoerd moet worden. Maar er zijn ook studies gedaan die aantonen dat bepaalde interventies juist niet zinvol zijn. Zo wordt bij patiënten met chronische nierinsufficiëntie aangeraden om ter preventie van contrast nefropathie te hydreren met isotone NaCl en niet met natriumbicarbonaat. Voor zowel hetgeen wordt aanbevolen (prehydreren met NaCl) als hetgeen wordt afgeraden (hydreren met Natriumbicarbonaat), wordt verwezen naar studies die dit hebben beschreven.

Kwaliteit

De richtlijn eindigt met de vraag in hoeverre kwaliteit van revascularisatie door middel van PCI en CABG bepaald wordt door het aantal ingrepen per operateur of interventiecardioloog. De richtlijn beschrijft een meta-analyse van 10 verschillende studies in 1746 ziekenhuizen met meer dan 1,3 miljoen patiënten. De meta-analy-

se liet zien dat de kans op overlijden in ziekenhuizen met een lager volume (minder PCI's) groter was. Vandaar dat de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie volumenormen benoemd heeft.⁴ Er moeten meer dan 600 PCI's per jaar plaatsvinden en een cardioloog moet ten minste 150 PCI's per jaar uitvoeren. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg informeert jaarlijks bij de ziekenhuizen naar deze volumenormen middels de kwaliteitsindicatoren basisset ziekenhuizen.⁵

De auteurs zijn zeer grondig en uitgebreid te werk gegaan in de beschrijving van deze richtlijn. Niet alleen voor cardiologen en artsen, maar ook zeker voor verpleegkundigen die op een CCU of cathlab werkzaam zijn, is het een mooi naslagwerk. De richtlijn is voor iedereen toegankelijk en te raadplegen.⁶ Vanuit verpleegkundig oogpunt zou er nog veel aan onderzoek toegevoegd kunnen worden. Zeker als het gaat om het verbeteren van de kwaliteit van leven bij patiënten met coronaire hartziekten, want hier wordt in de richtlijn nauwelijks aandacht aan besteed. 

Literatuur

- Op 31 mei 2015 ontleend aan: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hart-vaatstelsel/coronaire-hartziekten/>
- Boersma E, Manini M, Wood DA, Bassand J-P, Simoons ML. Cardiovascular diseases in Europe. Euro Heart Survey and National Registries of Cardiovascular Diseases and Patient Management. Sophia Antipolis: European Society of Cardiology, 2002.
- Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten/Antwerpen 2003.
- Op 31 mei 2015 ontleend aan: https://www.nvvc.nl/media/files/volume_normen_versie-11.pdf
- Op 31 mei 2015 ontleend aan: http://www.igz.nl/Images/Basisset%20ziekenhuizen%202015%20_tcm294-359756.pdf
- Op 31 mei 2015 ontleend aan: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/early/2014/08/28/eurheartj.ehu278.full.pdf>

De zevende editie van dit verpleegkundig symposium had als onderwerp 'innovaties'. Onder deze noemer kwamen zowel huidige ontwikkelingen in de zorg aan de orde als recente technische hoogstandjes. De auteur geeft een korte impressie.

Mathysja Nieuwenhout, Seniorplus verpleegkundige Erasmus MC, Rotterdam

E-mail: m.nieuwenhout@erasmusmc.nl

Rotterdam, 16 april

Verpleegkundig symposium 'Innovaties'

In het faculteitsgebouw van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam vond op 16 april de zevende editie van het verpleegkundig symposium plaats met de titel 'Innovaties'. Meestal zijn deze symposia druk bezocht, maar dit jaar waren er minder aanmeldingen. Aan de kwaliteit van het symposium lag het niet; er waren leuke en interessante onderwerpen en sprekers en het eten en drinken waren keurig verzorgd.

Als eerste kwam het onderwerp LVAD (Left Ventricular Assist Device) ofwel steunhart aan bod. Chantal de Bakker, verpleegkundig specialist in opleiding, legde uit wat een LVAD is en gaf cijfers over de minder goede kanten van een LVAD, van complicatie tot aan overlijden. Maar ze liet ook duidelijk zien wat de voordelen zijn. Haar verhaal werd extra kracht bijgezet door de komst van een patiënte met LVAD en haar dochter. Zij konden goed vanuit het oogpunt van de patiënt en diens omgeving vertellen wat een LVAD voor hen betekent.

Na de koffiepauze met koffie, thee en overheerlijke muffins was het de beurt aan radioloog Dr. Budde. Hij gaf een zeer interessante presentatie over de beelden die je op radiologisch onderzoek ziet als een patiënt een infectie in zijn/haar lichaam heeft. Hij liet het verschil zien tussen een pet-scan en een MSCT. Daarnaast legde hij ook uit wat het belang is van het dieet dat wordt voorgeschreven aan patiënten die een pet-scan moeten ondergaan.

Ook ethicus Erwin Kompanje verzorgde een presentatie op het symposium. Enkele weken eerder had ik al een lezing van hem bij mogen wonen, waardoor ik erg naar deze presentatie uitkeek. Wat kan deze man je aan het

denken zetten. Zo ook tijdens dit symposium door zijn voordracht met de titel: "Waarom lukt preventie van hart- en vaatziekten zo slecht?"

Hij liet zien hoe wij als medisch personeel vaak ten opzichte van patiënten reageren. Maar ook belichtte hij – minstens zo belangrijk – de visie van de patiënt. Waarom doet de patiënt wat hij/zij doet of juist achterwege laat? Kompanje haalde zaken aan waarbij ik zelf misschien wel net zo zou reageren als ik patiënt was. Hij maakte duidelijk dat de grens tussen "zelf de regie willen houden" en "de eigenwijze patiënt" zeer klein is. En wat is nu eigenlijk eigenwijs en wat maakt iemand eigenwijs?

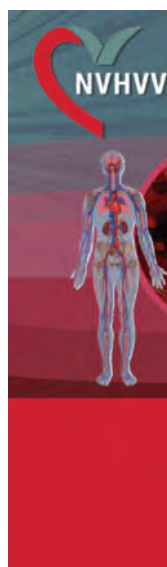
Ook ging hij in op de rol van de industrie bij de ontwikkeling van hart- en vaatziekten. In allerlei producten zitten suikers, waar je normaliter niet eens bij stilstaat. Dit maakt dat je gaat nadenken over de patiënt en zijn gedrag. Maar zeker ook over het

gedrag dat wij als medisch personeel juist (onbewust) uitlokken bij de patiënt.

Verder waren er presentaties over de chirurgische behandeling van atriumfibrilleren, het effect van oplosbare stents, de endovasculaire behandeling van een aneurysma en de komst van de 3D-echo; allemaal zeer interessante onderwerpen. Als afsluiting was er een borrel en daarna kon iedereen met een certificaat weer huiswaarts gaan.

Ik kan niet anders zeggen dan dat ik het een leuke en interessante dag vond. Ik heb veel nieuwe dingen gehoord en alles was erg netjes verzorgd. Daarom een groot compliment aan de mensen die dit symposium hebben georganiseerd en een hartelijke dank aan de sprekers die tijd hebben gemaakt om ons deze boeiende presentaties aan te bieden.

Hopelijk tot de volgende keer! ♥



Programma 2015

15-09-2015 CNE Vasculaire Zorg

"Vasculaire zorg; de juiste zorg op de juiste plaats"

(deze CNE wordt gesponsord door **AMGEN**)

15-09-2015 CNE Gender

"Gender maakt het verschil"

Alle CNE's vinden bij Vergadercentrum Domstad in Utrecht plaats. Ga voor meer informatie naar onze website www.nvhvv.nl/scholing.

CNE



Op pagina 81 van deze Cordiaal stelde de auteur u enkele vragen aan de hand van een casus. Nadat u de vragen hebt beantwoord, kunt u hieronder controleren of u het juiste antwoord hebt gegeven.

Cyril Camaro, cardioloog Radboudumc Nijmegen, afdeling cardiologie

E-mail: Cyril.Camaro@radboudumc.nl

Dit vertelde het elektrocardiogram!

Een 76-jarige man met toenemende kortademigheid en dikke enkels

Antwoorden

1. Op het elektrocardiogram (figuur A) ziet u een sinusbradycardie met een enkele PAC, de PR-tijd meet 240 ms, QRS-duur 100 ms en QTc 440 ms. Opvallend zijn de lage voltages. Ook zijn er downsloping ST-segmenten in de onderwandafleidingen te zien en is de R-progressie in V2-V3 afwezig. Verder zijn er niet specifieke ST-T veranderingen die zich uiteten in vlakke repolarisatie in V5-V6.
2. Er zijn tekenen van rechtszijdig hartfalen: er is sprake van kortademigheid, gestuwde halsvenen, ascites in de buik (gezien de shifting dullness bij buikonderzoek), een gestuwde lever en fors perifeer oedeem. Door het stugge pericard (en daardoor constrictie van het myocard) is vergroting van het slagvolume beperkt mogelijk doordat het hart zich tijdens de diastole slechter kan vullen. Hierdoor ontstaat er een verminderde cardiac output met klinisch een afname van inspanningsvermogen.
3. In de diagnostiek van pericarditis constrictiva mag een diagnostische

hartkatheterisatie niet ontbreken: men moet op zoek naar tekenen van gelijke einddiastolische druk in alle vier de compartimenten van het hart¹. Het verdikte pericard belemmert namelijk de vulling van het hart. In figuur B ziet u een gelijktijdige drukmeting van de linkerkamer (LV) en de rechterkamer (RV) geschreven op 50 mm/s. De rode pijl geeft het "square-root" teken aan: door de beperkte compliantie vindt vulling van de RV alleen plaats tijdens de vroege diastole en dit uit zich in een snelle vroege vulling van de RV (verkorte helling: dip) die dan plots wordt afgebroken (plateaufase). Verder valt uit de drukregistraties op dat de rechtsdrukken sterk zijn verhoogd.

4. Bij het waarnemen van het Kussmaul teken moet bij lichamelijk onderzoek gekeken worden naar de halsvenen. Bij inademing is er normaliter een daling van de centraal veneuze druk ("collaps" van de halsvenen), maar bij het Kussmaul teken is die afwezig of treedt er juist stijging op van de veneuze druk.
5. Een pericarditis constrictiva kan



Deze rubriek is multimediaal!
Ga naar www.nvhvv.nl/cordiaal/cordiaal-multi-media/cordiaal-mm-20153

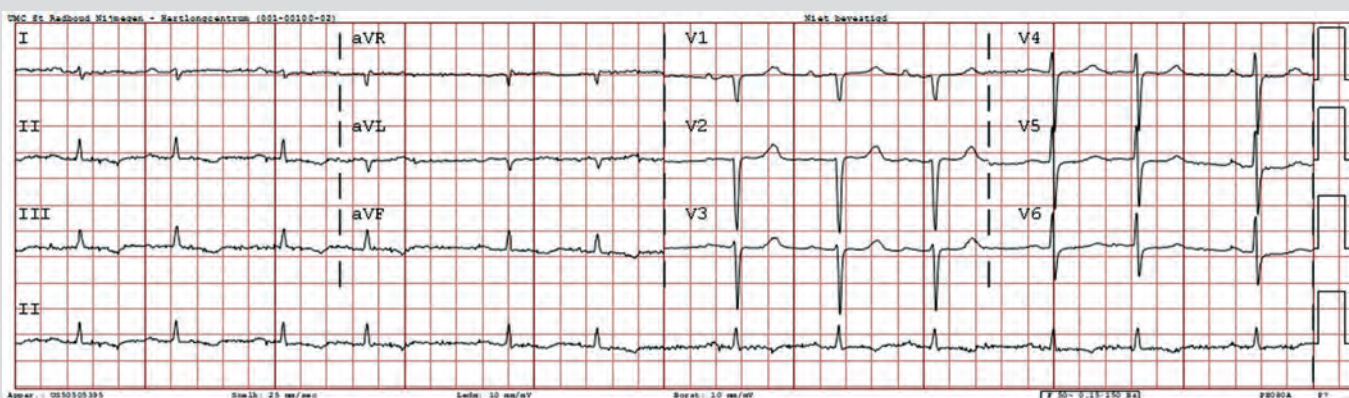
ontstaan na een (subklinisch) door-gemaakte virale pericarditis. Ook zijn tuberculose, bestraling van het mediastinum, stomp thoraxtrauma of hartoperatie belangrijke oorzaken. In al deze gevallen raakt het pericard ontstoken en kan de binnenlaag met de buitenlaag verkleven. Het hart wordt dan uiteindelijk omgeven door een verdikt, verkalkt "harnas": het pantserhart.²

Conclusie

Pericarditis constrictiva, ontstaan na hartchirurgie. ♥

Literatuur

1. Myers RB, Spodick DH. Constrictive pericarditis: clinical and pathophysiologic characteristics. Am Heart J 1999;138:219-32
2. Van Son JA, Julsrud PR. Pericarditis constrictiva: een harnas rondom het hart. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:793-796



Figuur A. Elektrocardiogram twee jaar na hartoperatie (CABG).

Onder de titel 'Aging' vond op 8 en 9 april het jaarlijkse voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging van Cardiologie plaats in Noordwijkerhout. De auteur doet verslag van een aantal programmaonderdelen.

Aletta van der Veen

E-mail: a.van.veen@antoniusziekenhuis.nl

Foto's: Aletta van der Veen

Noordwijkerhout, 8 en 9 april

Vorjaarscongres Nederlandse Vereniging van Cardiologie

Het weer leek zich aangepast te hebben aan dit voorjaarscongres. De velden rond Noordwijkerhout lagen er kleurig bij met uitbundig bloeiende hyacinten. Het thema van deze editie van het congres van de Nederlands Vereniging van Cardiologie luidde 'Aging'. Het programma op de twee congresdagen was gevarieerd en opgesteld rondom de zorg en de behandeling van de (zeer) oudere patiënt. Actuele vraagstukken, dilemma's en behandelingen passeerden de revue. Zowel sprekers uit de cardiologie als uit de wereld van geriatrie verzorgden voordrachten. Hieronder een kleine greep uit het aanbod.

Discriminatie op leeftijd

De eerste themasessie ging verrassend van start met een uitspraak van Madonna, die in maart 2012 is gepubliceerd in het blad Rolling Stone. De in 1958 geboren Madonna zei daar: "No one would dare to say a degrading remark about being black or dare to say a degrading remark on Instagram about someone being gay. But my age, anybody and everybody would say something degrading to me. And I always think to myself, why is that accepted? What's the difference between that and racism, or any discrimination? They're judging me by my age. I don't understand. I'm trying to get my head around it."

Met deze quote leidde professor Menko Jan de Boer, hoogleraar Cardiologie aan het UMC St Radboud te Nijmegen, zijn lezing in met de titel: 'Ageism in Cardiology. Treatment of Elderly, Discrimination or "tailored" treatment.' Aan de hand van onderzoeken en cijfers zette hij uiteen dat er mogelijk discriminatie plaatsvindt op



basis van leeftijd. Uit cijfers van de Nederlands Hartstichting (2008) blijkt dat 29% van de mannen met een gemiddelde leeftijd van 76 jaar overlijdt aan hart- en vaatziekten. Bij vrouwen ligt het overlijdenspercentage met 31% iets hoger. Ook overlijden zij op een hogere leeftijd, gemiddeld 83 jaar.

Bij de tweede doodsoorzaak - kwaadaardige nieuwvormingen (kankers), die verantwoordelijk is voor 30% van het overlijden - ligt de gemiddelde leeftijd lager, op 72 jaar voor zowel mannen als vrouwen. Hieruit blijkt duidelijk dat hart- en vaatziekten een van de belangrijkste doodsoorzaken zijn. In de cardiologie wordt veel wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van verschillende behandelingen voor patiënten met hart- en vaatziekten. Van patiënten die 75 jaar en ouder zijn, wordt maar 15 tot 30 procent geïncludeerd voor deze onderzoeken. De Boer stelt dan ook terecht de vraag of dit percentage niet veel hoger zou moeten liggen. De gemiddelde leeftijd van een trial populatie ligt tussen de 18-64 jaar, terwijl de gebruikers gemiddeld boven de 65 jaar zijn. Hoogbejaarden zijn geen jong volwassenen, net zo min als kinderen kleine volwassenen zijn. Ouderen

hebben vaker comorbiditeiten, zoals verminderde nierfunctie en diabetes mellitus.

Beeldvorming

Wie al langer op een cardiologieafdeling werkt, heeft wel eens het gevoel dat de patiëntenpopulatie steeds ouder wordt. Dit blijkt te kloppen. De Boer presenteerde cijfers uit verschillende Nederlandse ziekenhuizen, waaruit blijkt dat de kans op onder andere klinische opname met de leeftijd toeneemt. Zo is er sprake van een geleidelijke stijging in de verwijzing van patiënten van 75 jaar en ouder voor een PPCI van 8% in de periode 1992-1995 naar 17% in de periode 2004-2011. Niet alleen de verwijzingen vertonen een duidelijke stijging, maar ook de tijd tussen presenteren en daadwerkelijke ingreep neemt met de leeftijd toe. Dit terwijl het in de praktijk algemeen geaccepteerd is dat deze tijdsperiode zo kort mogelijk moet zijn om schade aan het hart te beperken.

De oorzaken hiervan zijn waarschijnlijk divers. Het stellen van de diagnose STEMI in ouderen/hoogbejaarden brengt bijvoorbeeld problemen met zich mee. Zo worden vaker ECG's gezien met al langer bestaande afwij-

kingen, klachten zijn soms specifiek en het afnemen van een anamnese en voorgeschiedenis kan lastiger zijn. Hoogbejaarden zijn vaak veel zeker in vergelijking met jongeren en lijden dikwijls aan meerdere aandoeningen. Toch is het niet uit te vlakken dat het negatieve beeld dat bestaat over bejaarden een rol speelt in het openthoud. De Boer stelt dat “in grote RCT’s/studies ouderen niet, slecht- of ondervertegenwoordigd zijn en dat de (hoge) leeftijd patiënten kwetsbaar maakt voor (non)- evidence – based medicine.” Hij wijst erop dat oudere patiënten soms minder geschikt of ongepast zijn voor RCT’s. Data voor optimale behandeling van (zeer) oude patiënten kunnen vaak van goede observationele studies afgeleid worden. Hij pleit daarom voor het inzetten van geriatrische expertise die de kwaliteit en uitkomsten van zorg voor ouderen belangrijk kan verbeteren. Aan het eind van zijn lezing concludeert De Boer dat “discriminatie van ouderen echt bestaat. Deze discriminatie is niet hetzelfde als onderscheid maken op basis van leeftijd voor de optimale behandeling van een patiënt.”

Advanced Care Planning

Tijdens de parallelsessie VS-PA kwam het eerste uur ook het thema ‘aging’ aan bod met onder andere een voordracht van Dr. Richard A. Faaij (klinisch farmacoloog-klinisch geriater), getiteld: ‘Ouderengeneeskunde, Advanced care planning’. Er bestaat een diversiteit in wie welke soorten patiënten behandelt. Zo ziet de cardioloog in zijn praktijk vaker jongere patiënten, mannen die een hartinfarct hebben doorgemaakt of lijden aan cardiovasculaire comorbiditeit. Deze patiënten zijn ook vaker geïncludeerd in studie trials. De huisarts/geriater ziet meer oudere patiënten boven de 70 jaar, vrouwen met niet-cardiovasculaire comorbiditeit, maar wel vaker met een uitgebreidere voorgeschiedenis zoals hypertensie en diabetes mellitus. Deze patiëntengroep wordt veelal uitgesloten voor studie trials.

Faaij ging tijdens zijn lezing in op de verandering van de fysiologie tijdens het ouder worden. Daar moet bij behandeling en zorg rekening mee worden gehouden. Voorbeelden van

fysiologische verandering zijn osteoporose, veroorzaakt door een verminderde botmassa, en het ontstaan van sarcopenie. Sarcopenie betekent niet alleen het verlies van spiermassa, maar ook een afname van spierkracht en spierfunctie. Op hogere leeftijd wordt ook een afname van nierfuncties gezien en ouderen krijgen meer last van verschijnselen zoals obstipatie, dat bij 80 – 90 % van de 75-jarigen voorkomt. Bijna één op de vijf 75-plussers heeft diabetes mellitus. Hoe ouder de patiënt, hoe meer kans er bestaat op Alzheimer-dementie; bij mensen vanaf 60-65 jaar is de prevalentie 1% met geleidelijke toename naarmate de leeftijd hoger wordt tot 45% vanaf 90 jaar. Cardiale aandoeningen zoals atriumfibrilleren en hartfalen nemen eveneens met de leeftijd toe.

Uniek en complex

Welzijnsproblematiek, zoals eenzaamheid, verlies (van bijvoorbeeld een partner), problemen met mobiliteit en gemis van sociale contacten, komt meer voor bij ouderen. Een ander belangrijk punt is het verschil in vitaliteit. De ene tachtigjarige loopt nog de Vierdaagse, terwijl de ander niet verder komt dan de voordeur. Bij de (hoog) bejaarde patiënt gaat het om één patiënt met meerdere aandoeningen. Het patroon van de meest prevalentie comorbiditeiten verandert met de leeftijd. Dan dient zich de vraag aan welke aandoeningen behandeld worden en hoe. Het volstaat niet om zich



te richten op één ziekte en evidence voor de beste behandeling ontbreekt nog. Al deze zaken laten zien dat veroudering een dynamisch proces is. Ieder mens is uniek is en heeft een complexe problematiek waardoor Faaij pleit dan ook voor ‘Advance care Planning’ (ACP). Dit betekent dat aan kwetsbare ouderen passende zorg wordt geboden, die proactief is en waar gedeelde besluitvorming een belangrijk onderdeel van is. Het is een proces waarbij de patiënt, geholpen door zorgverleners zoals arts, verpleegkundige en geestelijk verzorger, samen met familie/mantelzorgers betrokken wordt bij de planning van zijn toekomstige (medische) zorg. Zijn wensen dienen ook schriftelijk te worden vastgelegd. Het doel is uiteindelijk om de best haalbare kwaliteit van leven voor de patiënt te bereiken.

TAVI bij ouderen

Ook dr. M. Vis (cardioloog) benadrukt dat de best haalbare kwaliteit van leven richtinggevend moet zijn bij de keuze welke behandeling het beste is voor de patiënt, ongeacht diens leeftijd. Wel brengt de oudere patiënt specifieke uitdagingen met zich mee, zoals blijkt uit deze lezing over ‘TAVI en de zorg voor de kwetsbare oudere’. Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) is een methode van aortaklepvervanging die de afgelopen jaren ontwikkeld is. Bij deze vorm van klepvervanging hoeft de patiënt geen grote openhartoperatie meer te ondergaan en kan het gebruik van de hart-long-machine vermeden worden. Door deze ontwikkeling komen kwetsbare patiënten in aanmerking voor klepvervanging die normaliter afgewezen zouden worden voor conventionele chirurgie. Kwetsbaarheid

heeft dus invloed op de behandelkeuze. Vis demonstreerde met videobeelden van patiënten het belang van een degelijke patiëntselectie. Ook werd duidelijk dat de biologische leeftijd niet gelijk staat aan de kalenderleeftijd. Het accepteren of afwijzen voor een behandeling alléén op basis van leeftijd is onvoldoende; aanvullend onderzoek is noodzakelijk.

Er zijn verschillende scores ontwikkeld die de 'kwetsbaarheid' in kaart brengen. Het Veiligheidsmanagement-systeem (VMS) kan worden beschouwd als een degelijk meetinstrument om kwetsbare ouderen op te sporen. Om een eerste inschatting te kunnen maken hoe kwetsbaar een oudere patiënt is, adviseert Vis om de 'Up&go + knijpkracht + loopsnelheid' te gebruiken. Deze is gemakkelijk toe te passen bij het eerste bezoek aan de polikliniek. Bij het ophalen uit de wachtkamer wordt geobserveerd of de patiënt vlot kan opstaan, kan meelopen zonder hulp, een stevige hand geeft en intussen ook nog een vraag

kan beantwoorden. Wanneer dit allemaal goed gaat, is de kwetsbaarheid waarschijnlijk laag. Als de patiënt in aanmerking komt voor een TAVI moet dit altijd een beslissing van een team zijn, bestaande uit een cardioloog, cardiothoracale chirurg, radioloog, geria-ter en nefroloog. Daarbij moeten de wensen van de patiënt meegewogen worden. Als aan al deze voorwaarden is voldaan, is de TAVI-procedure een veilige en volwaardige behandeling voor de patiënt.

Stuurgroep

Tijdens dit congres is meerdere keren gerefereerd aan het in maart 2015 verschenen rapport 'Niet alles wat kan, hoeft'. Dit rapport is gemaakt in opdracht van de artsenfederatie KNMG die in april 2013 een stuurgroep heeft ingesteld om te bevorderen dat mensen in de laatste levensfase passende zorg ontvangen. De Stuurgroep Passende Zorg in de Laatste Levensfase bestond uit huisartsen, medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundi-

gen, patiënten- en ouderenorganisaties. Op de volgende vijf punten wil de stuurgroep als eerste vooruitgang boeken:

1. Het aanvaarden van en het praten over het levenseinde wordt gewoner.
2. De wensen van patiënten worden verhelderd en de samenwerking, inclusief overdracht, verbeterd.
3. Beslissingen neem je samen: het proces van besluitvorming wordt verbeterd.
4. Richtlijnen zijn niet alleen gericht op 'doen', maar ook op 'laten'.
5. Het zorgstelsel wordt minder gericht op productie en meer op passendheid.

Voor geïnteresseerden is het rapport op het internet toegankelijk via de site van de KNMG: www.knmg.artsennet.nl

Het was een plezier om dit innoverend congres, dat ruim 700 deelnemers wist te trekken, bij te wonen. Het najaarscongres 2015 van de Nederlandse Vereniging van Cardiologie vindt op 5 en 6 november plaats in Papendal. 

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



Uit het hart

Dayenne Zwaagman

Email: dayennezwaagman@me.com

Dayenne Zwaagman (32), Fontan en ruim een jaar TCPC- patiënt, is geboren met een univentriculair hart en een verkeerde aansluiting van de grote vaten. In dit blog voor Cordiaal schrijft ze over de mooie en minder mooie ervaringen als hartpatiënt.

Mijn zoektocht naar houvast

Tranen sijpelen via mijn mondhoek naar binnen. Ik proef hun zoute smaak. Andere tranen vermengen zich met slijmdraden die nog tussen mijn kin en het kartonnen bakje bungelen en ik verontschuldig me. Blijkbaar met een stem die weigert een goed en soepel volume te bereiken. Ik duw het goedje van mij af. Een warme, natte doek met een licht geparfumeerde zeepgeur wordt over mijn gezicht geveegd. Pas dan merk ik dat mijn bovenlip trilt. Het overgeven heeft mij dusdanig uitgeput dat mijn lichaam nog kouder aanvoelt als net.

Dan herken ik de geluiden van een schort dat tegen OK-kleding aan schuurt, van naderende klompen en het 'hallo' van de stem van mijn thoraxchirurg die zojuist binnen komt lopen. Hij reikt mijn vader en vervolgens mijn moeder de hand, die zij net wat langer als anders lijkt vast te houden. Ik krijg een knikje, waardoor ik word verwarmd en de adrenalinestoot doet mijn uitgeputte lijf meteen weer wat opleven. De blik in zijn heldere ogen sprankelt en de fronzen van inspanning op zijn gezicht lijken te zijn vervaagd.

Kalm vraagt hij mij hoe ik me voel. De mogelijkheid 'alive and kicking' te antwoorden, krijg ik niet als hij de vraag naar

mijn idee ietwat onwennig nog eens herhaalt. Zodra zijn stem stopt, haak ik maar al te snel in, en zeg "gggoed, ge ge, geloof ik".

Zowel mijn ouders als mijn superheld kijken mij aan alsof ik een klein kind ben en beginnen te grinniken. Eerlijk gezegd snap ik niet zo goed waarom. Ik voel me duidelijk aanwezig, heb besef van tijd en plaats, maar praat blijkbaar nog niet zoals ze van mij gewend zijn. In de hoop dat mijn ouders het gesprek overnemen, kijk ik hen vragend aan. Gelukkig vangen ze mijn smeekbede op en laten hun vragenvuur los op de chirurg. Het tempo waarmee ze vragen stellen, gaat mij veel te snel. Maar dan vang ik toch het allerbelangrijkste antwoord op, dat de operatie geslaagd is. Ik zie de positieve glimlach op mijn moeders gezicht oplichten.

Ik moet weer even zijn weggedoezeld als ik de stem van mijn moeder zachtjes mijn naam hoor fluisteren. "We gaan naar huis, zodat jij goed kan aansterken. Morgen komen we weer. We houden van je". Een kus wordt op mijn wang gedrukt en hun voetstappen worden vervangen door luide muziek, afkomstig uit mijn Ipod. Hard dreunen de tonen in mijn oren. Al luisterend probeer ik nu deze eerstkomende twaalf uur op IC door te komen. Want er schiet mij ineens te binnen dat ik gisteravond samen met de coassistent een

handtekening voor een spoelstudie heb gezet. Hoe zou ik kunnen merken of ik ingeloot ben in deze gerandomiseerde studie? Die extra drain zou mij kunnen helpen met een sneller en complicatieloos herstel.

"Zuster, zuster, ik heb zo'n dorst", schrik ik wakker als ik een vrouw hoor schreeuwen. Aan het schemerlampje boven mijn hoofd merk ik dat het inmiddels donker geworden is. Een of andere pieper klinkt luid. Een moment later hoor ik dat er iemand onze kamer binnen komt lopen. De zuster vertelt haar – de schreeuwende dame blijkt mijn buurvrouw te zijn – dat ze geen enkele vorm van vocht mag hebben en drukt de noodbel die aan haar bed bevestigd is uit. Met het ene oordopje nog in en het andere naast mij op het hoofdkussen, friemel ik wanhopig aan wat knopjes van mijn Ipod, maar ik vermoed dat de batterij leeg is. Met wat gekreun op de achtergrond voel ik een briesje.

Er wordt aan het gordijn rondom mijn bed getrokken. De zuster checkt de infusen en de lange lijn in mijn nek. Mijn arm voelt inmiddels blauw aan van de bloeddrukmeter, die nog steeds om de zoveel keer – zijn het minuten, uren, ik weet het niet – afgenomen wordt. Ik vraag aan haar of ze weet of ik ben ingeloot voor de spoelstudie. Ik ben als de dood voor vocht rondom mijn hart, dus heb ik toevallig een extra drain in mijn borstkas?

HART lopend

Ron Bakker, verpleegkundig specialist hartfalen/cardiologie; Simone Kok, verpleegkundige afdeling cardiologie/cardiochirurgie; Karin de Boer, cardioloog, VU medisch centrum, Amsterdam

Email: r.bakker@vumc.nl

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

In deze aflevering leest u over de Natriumstudie, een observationeel onderzoek naar het natriumgebruik bij patiënten met hartfalen in relatie met heropname vanwege decompensatio cordis.

Centraal staat de vraag of meer natriumgebruik bij patiënten met hartfalen in NYHA klasse I – III leidt tot meer ziekenhuisopnames.

Tot aan het begin van deze eeuw behoorde het leefstijladvies van een natriumbepert diët tot de niet-medicamenteuze behandeling van hartfalen, zonder dat daar een wetenschappelijke onderbouwing voor was.¹ De ESC-richtlijnen van 2008² adviseren een excessieve inname van natrium te vermijden en in de ESC-richtlijnen van 2012³ is de natriumbepert opgenomen in de lijst van 'Gaps in evidence' (hiaat of gebrek aan – wetenschappelijk – bewijs).

In het afgelopen decennium is er meer onderzoek gedaan naar natriumbepert bij patiënten met hartfalen, vaak in combinatie met een vochtbepert. Hierdoor is niet duidelijk welke van beide interventies, of misschien juist wel de combinatie ervan, zorgde voor de (positieve) resultaten. Zo vonden Philipson et al⁴ een verbetering in symptomen van hartfalen (voornamelijk door een verbetering van NYHA klasse en minder oedeem aan de benen) bij patiënten met een vocht- en natriumbepert over een follow-up periode van 12 weken zonder dat dit ten koste ging van de Quality of Life.

Bork en Wyer⁵ vonden geen verschil in de natriuminname in de 3 dagen voorafgaande aan een presentatie op de spoedeisende hulpafdeling bij patiënten die daar kwamen voor acuut hartfalen (die bekend waren met chronisch hartfalen) en bij patiënten die daar kwamen voor een andere hulpvraag dan acuut hartfalen (de controlegroep). Terwijl Lennie et al⁶ een verschil vonden in uitkomsten bij een natriumbepert van < 3 gr per dag bij patiënten met hartfalen in NYHA klasse I en II (slechtere uitkomst) dan bij patiënten in NYHA klasse

III en IV (betere uitkomst), wat volgens de auteurs kan suggereren dat een natriumbepert belangrijker is bij patiënten bij wie de medicatie niet langer voldoende werkzaam is om de symptomen van hartfalen onder controle te houden.

Aan de andere kant heerst de mening dat patiënten met ernstig hartfalen (NYHA klasse III en IV) mogelijk al een lagere natriuminname hebben vanwege een verminderde eetlust en daardoor verminderde voedselinname.⁷ Er bestaat dus nog veel onduidelijkheid en onderzoeksresultaten over natriuminname bij patiënten met hartfalen zijn tegenstrijdig. Meer onderzoek kan leiden tot betere adviezen over de natriuminname bij deze patiëntengroep. Vanuit deze gedachte is een studieprotocol opgezet waarvan, na goedkeuring van de medisch ethische commissie, de uitvoering in juni 2014 op de polikliniek hartfalen van het VU medisch centrum in Amsterdam is begonnen.

Doel en methode

Doel van het onderzoek is inventariseren van het natriumgebruik bij patiënten met chronisch hartfalen in NYHA klasse I-III in relatie tot het aantal (her)opnames voor hartfalen. Het primaire eindpunt is hospitalisatie voor hartfalen. Secundaire eindpunten zijn de NT-proBNP waarde en de Quality of Life (inclusief dorstgevoel). Het betreft een observationeel onderzoek/ PILOT-studie bij 30 patiënten. De studiepopulatie bestaat uit patiënten die worden behandeld voor hartfalen op de polikliniek hartfalen in het VUmc.

Criteria

Inclusiecriteria zijn: gediagnosticeerd

hartfalen in NYHA klasse I-III, ouder dan 18 jaar, goede beheersing van de Nederlandse taal, gedurende 2 maanden op een stabiel medicatieregime, geen geplande interventies in de komende 3 maanden, getekend informed consent. Exclusiecriteria zijn: NYHA klasse IV, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, geestelijke beperking, recente opname (< 2 maanden) voor hartfalen, patiënten bij wie medicatie nog niet maximaal is getitreerd, geplande interventies in de komende 3 maanden (PCI, CABG of klep-OK, CRT-P of CRT-D implantatie).

Van elke NYHA klasse I t/m III worden 10 patiënten geïncludeerd. Op deze manier kan er gekeken worden of er een onderscheid is in uitkomsten tussen verschillende NYHA klassen. NYHA IV is uitgesloten van inclusie om twee redenen: deze categorie patiënten wordt altijd opgenomen of terugverwezen naar de huisarts voor terminale/palliatieve zorg. Voor deze patiënten zou het een te grote belasting zijn, hoewel uitsluiten discutabel is.

Dorstgevoel

De natriuminname wordt bepaald aan de hand van de hoeveelheid natrium die wordt uitgescheiden in verzamelde 24 uren urine. Dit gebeurt op baseline, na 6 maanden en na 12 maanden. Ook wordt er bloed afgenomen, onder andere het NT-proBNP. Verder vult de patiënt tijdens deze bezoeken de Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ) in en er wordt gevraagd aan te geven op een NRS-schaal (Numeric Rating Scale) of hij/zij last heeft van dorstgevoel. Dit dorstgevoel komt namelijk niet terug in de MLWHFQ en wordt wel vaak



Een urine verzamelbokaal op de polikliniek hartfalen.

als een probleem ervaren door hartfalen-patiënten. Tijdens follow-up na 6 en 12 maanden wordt ook gevraagd of patiënten in die periode zijn opgenomen voor hartfalen.

In mei 2014 heeft de medisch ethische commissie van het VUmc bepaald dat dit onderzoek niet valt onder de reikwijdte van de wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO).

Resultaten

De inclusie van patiënten vond plaats tussen juni 2014 en maart 2015. De uitkomsten worden medio 2016 verwacht.

	N	%
Mannen	27	90%
Vrouwen	3	10%
Ischemische CMP	14	46,7%
EF <35%	19	63,3%
Lisdiureticum	21	70%
ACE-remmer	22	73,3%
ARB	7	23,3%
Bètablokker	26	86,7%
MRA	19	63,3%
ICD	17	56,7%
CRT-P	0	0%
CRT-D	6	20%

Tabel 1:

CMP: cardiomyopathie; ACE: angiotensine convertend enzym; ARB: angiotensine receptor blokker; MRA: mineral receptor antagonist; ICD: inwendige cardioverter defibrillator; CRT-P: cardiale resynchronisatietherapie, uitsluitend pacemaker-functie of biventriculaire pacemaker; CRT-D: cardiale resynchronisatietherapie met zowel biventriculaire pacemakerfunctie als ICD-functie.

	Range	Gemiddelde	Mediaan
Leeftijd	37-90	66,9	66,5

Tabel 2: Leeftijdsopbouw patiëntenpopulatie.

In tabel 1 worden enkele gegevens van de baseline weergegeven. Opvallend is dat er beduidend meer mannen (90%) dan vrouwen (10%) geïnccludeerd zijn. De meerderheid van de patiëntenpopulatie (63,3%) heeft een ejectiefractie van minder dan 35%. Bijna alle patiënten krijgen een ACE-remmer of ARB (96,7%) en de meerderheid van de patiënten is ingesteld op een bètablokker (86,7%). Bijna twee derde (63,3%) krijgt een MRA. Meer dan de helft (56,7%) heeft een ICD (dit is inclusief CRT-D: biventriculaire pacemaker met ICD-functie).

De leeftijdsopbouw kent een wijde range van 37 tot 90 jaar terwijl het gemiddelde en de mediaan dicht bij elkaar liggen met respectievelijk 66,9 jaar en 66,5 jaar (zie tabel 2). Dit is ongeveer 10 jaar jonger dan de gemiddelde leeftijd op een hartfalenpolikliniek. Inmiddels is de 6 maanden follow-up in volle gang en begint binnenkort de 1 jaar follow-up. Eén patiënte uit de NYHA III groep heeft zich teruggetrokken uit de studie vanwege de als te groot

ervaren belasting van het verzamelen van 24 uur urine. Ook is bekend dat 2 patiënten opgenomen zijn geweest voor hartfalen; beiden uit de NYHA II groep en beiden zijn overleden.

Conclusies kunnen nog niet worden getrokken omdat de studie nog loopt. Ze zullen in de tweede helft van 2016 gepubliceerd worden. 

Literatuur

1. Mosterd W.L. (Voorzitter werkgroep) (2002) Multidisciplinaire richtlijn Chronisch hartfalen 2002. Utrecht: Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie.
2. Dickstein K. (Chairperson) ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. Eur Heart J 2008;29:2388-2442.
3. McMurray JJV (Chairperson) ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. www.escardio.org/guidelines
4. Philipson H, Ekman I, Forslund HB et al. Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart failure. Eur Heart Fail 2013;15:1304-1310.
5. Bork JA & Wyer PC. Eating a larger number of high-salt foods is not associated with short-term risk of acute decompensation in patients with chronic heart failure. J Emer Med 2013;44:36-45.
6. Lennie TA, Chung ML & Moser DK. What Should We Tell Patient with Heart Failure about sodium Restriction and How Should We Counsel Them? CurHeartFail Rep 2013;10:219-226.
7. Hoes AW (Voorzitter werkgroep) (2010) Multidisciplinaire richtlijn Chronisch hartfalen 2010. https://www.nvvc.nl/.../richtlijn/.../MDR_Hartfalen_definitieve_versie_7juni...

Tricuspidalis Atresie

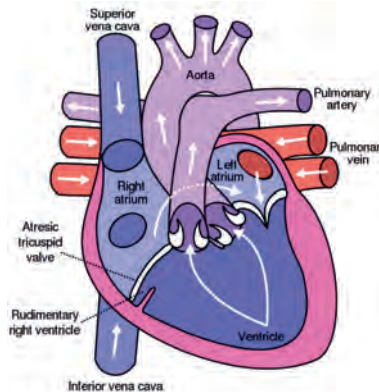
Wat is dit voor een afwijking en wat is de behandeling?

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 tricuspidalklep (Tklep) vormt de grens tussen de rechterventrikel en het rechteratrium. Gedeoxigeneerd bloed stroomt via de vena cava inferior en superior de rechterkant van het hart binnen. Het komt in het rechteratrium en gaat via de Tklep naar de rechterventrikel. De term 'tricuspidale' verwijst naar de constructie van de klep, die drie slippen bevat. Als deze klep sluit, kan er geen bloed terugstromen in het rechteratrium. Tricuspidalis atresie kenmerkt zich door een agenesie (achterblijven in ontwikkeling) of een afwezigheid van de Tklep. Het is een cyanotische aangeboren hartafwijking die resulteert in geen communicatie tussen het rechteratrium (rechterboezem) en de rechterventrikel (rechterkamer). Bij de aanleg van het hart wordt in de 5-7e maand van de zwangerschap de Tklep niet gevormd, maar is er vast weefsel tussen de rechterboezem en -kamer (figuur 1). Bij 1 op 10.000 geboorten ontstaat een tricuspidalis atresie of stenose (vernauwde klep). Een hoge mortaliteit met een 10% overleving in het eerste jaar treedt op als er geen behandeling plaatsvindt, mede afhankelijk van het type atresie.

Er bestaan de volgende typen atresie:

- Musculeuze atresie is meest voorkomend (80%). Spierweefsel sluit het rechteratrium van de rechterventrikel met een verdieping op de plaats van de niet aangelegde klep.
- Membraneuze atresie (10%). De atrio-ventriculaire ingang wordt gesloten door een deel van het membraneuze septum.
- Klep atresie (5%). De dunne klepbladen zijn samengevlooid waardoor een volledige afsluiting ontstaat tussen atrium en ventrikel.
- Ebstein subtype. De Tklep is naar beneden geplaatst (apex), is zeer



Figuur 1. Tricuspidalis Atresie.

afwijkend en kan zowel stenotisch als insufficiënt zijn. Het is belangrijk om dit type te onderscheiden vanwege de heel verschillende chirurgische behandelingen.

Symptomen, afwijkingen, diagnostiek

De kenmerken en symptomen van tricuspidalis atresie hangen af van de grootte van het ventrikelseptumdefect (VSD) en de aanwezigheid van een transpositie van de grote vaten (TGA). Verschillende variaties zijn mogelijk. Bij een normale aanleg (stand) van de aorta en arteria pulmonalis en geen of een klein VSD zal de pasgeborene een laag zuurstofpercentage in het bloed hebben, wat resulteert in cyanose. De cyanose kan direct na de geboorte aanwezig zijn, maar wordt evident als de ductus arteriosus (tussen aorta en arteria pulmonalis) na een aantal dagen sluit. Gevolgen kunnen zijn een toename van cyanose, snelle ademhaling en slecht verdragen van voeding. Bij een groot VSD en bijvoorbeeld een TGA zal een toename van de bloedflow door de longen tot weinig/geen cyanose leiden. De toegenomen flow door de longen kan wel oedeem in de longen geven. Ook kan een pulmonaalstenose aanwezig zijn, die zorgt voor een toename van de workload van de linkerventri-

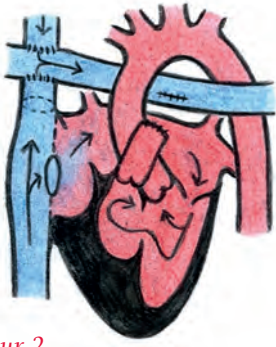
kel. Hartfalen kan optreden. Qua diagnose ontbreekt stethoscopisch het geluid van het dichtslaan van de klep, echocardiografie (geen flow over de Tklep), thoraxfoto (vergroot rechteratrium) en een ECG (rechteratriumdilatatie en een elektrische hartas naar linksboven gedraaid).

Behandeling

Direct na de geboorte kan een Rashkind-procedure (via hartcatheterisatie) nodig zijn om de opening tussen beide boezems te vergroten. Bij te weinig bloedflow door de aorta zal een aortapulmonale shunt nodig zijn. Een Blalock-Tassinig (BT) is een shunt tussen de arteria subclavia en de pulmonaalarterie. Oorspronkelijk wordt een tak van de arteria subclavia direct aangesloten op de longslagader om zo de bloedflow door de longen te vergroten. Er kan ook gebruik worden gemaakt van een kunststof (goretex) buisprothese die tussen de twee bloedvaten geplaatst wordt. Dit is vaak een eerste stap in de behandeling. Als het probleem te veel bloedflow door de pulmonalis is (TGA), zal een banding van de pulmonaalarterie noodzakelijk zijn om beschadiging van de longen te voorkomen. Een banding is een kunststof bandje om de longslagader zodat het lumen kleiner wordt en er minder bloed door de longen gaat. Vanwege de lage bloedflow zal naast een BT-shunt uiteindelijk een vergelijkbare behandeling als voor hypoplastisch linkerhartsyndroom nodig zijn (Norwood).

De tweede correctie vindt plaats op een leeftijd van 3-6 maanden. Er wordt een Glenn-shunt geplaatst (partiële cavo-pulmonale correctie, PCPC). De vena cava superior wordt losgemaakt van het hart en direct verbonden met de rechter pulmonaal arterie en de BT-shunt wordt verwijderd. De derde correctie, een Fontan-operatie, wordt uitgevoerd vanaf de leeftijd van twee jaar. De vena cava inferior wordt via een laterale tunnel in het rechteratrium aangesloten op de pulmonaal arterie zodat bloed, nu uit het hele lichaam, door de longen voorzien wordt van zuurstof en weer in het lichaam gepompt wordt (totale cavo-pulmonale correctie, TCPC, figuur 2).

De overleving na deze drie operaties is 75% - 95%, afhankelijk van de afwijkingen en operaties. Eén functionerende hartkamer (de rechterkant van het hart is zo



Figuur 2.
Totale correctie na drie operaties.

geconstrueerd dat er geen pompfunctie is kan op den duur zorgen voor hartritme-stoornissen en hartfalen; 70% bereikt de volwassen leeftijd. Dit percentage bestaat uit patiënten die volgens de oude en nieuwe operatietechnieken behandeld zijn. De beschreven technieken worden pas de laatste tientallen jaren uitgevoerd. De kwaliteit van leven op de lange termijn is

over het algemeen goed (milde cognitieve en sociale beperkingen), maar er wordt verminderde systolische en diastolische functie van het hart gezien. Verder worden pulmonale hypertensie, hartritme-stoornissen, trombo-embolieën en leverfalen beschreven. Uit onderzoek blijkt beperkte inspanningstolerantie (slechter met de leeftijd) na Fontan. 

Geen antibiotica na beroerte

Kort na een beroerte krijgen veel patiënten een infectie. Het heeft echter geen zin om hen hiervoor preventief antibiotica te geven. Na drie maanden zijn ze niet gezonder dan patiënten die geen medicatie kregen. Dat blijkt uit een landelijk onderzoek onder leiding van AMC-neurologen. De resultaten verschenen onlangs in The Lancet.

“Het leek ons zo’n voor de hand liggende oplossing”, vertelt Diederik van de Beek, hoogleraar Neurologische Infectieziekten. “Meer dan de helft van de patiënten met een hersenbloeding of herseninfarct krijgt tijdens de ziekenhuisopname infecties, veelal aan de urinewegen of longen. Deze ontstaan omdat die patiënten vaak moeite hebben met slikken, bedlegerig zijn en meestal een urinekatheter hebben. Maar ook omdat na een beroerte veranderingen plaatsvinden in het immuunsysteem, waardoor patiënten de eerste week vatbaarder zijn voor infecties. En ze bevinden zich in een ziekenhuis. Het is een optelsom van oorzaken.”

Het krijgen van een infectie is geen goed nieuws: veel van deze patiënten worden hulpbehoevend, raken zwaar gehandicapt of overlijden. De gedachte was dat een preventieve behandeling met een antibioticum het risico op die infectieziekten verkleint, waardoor de kans groter wordt dat ze nadien beter functioneren. “Maar de werkelijkheid blijkt weerbarstig. Met preventieve antibiotica brengen we weliswaar het aantal infecties omlaag, maar de patiënten gaan er niet beter door functioneren. Dat is op z’n zachtst gezegd interessant”, aldus Van de Beek.

Op de helling

Samen met neuroloog Paul Neder-



koorn leidde Van de Beek tussen 2010 en 2014 het grootste landelijke interventieonderzoek bij patiënten met een beroerte; ruim 2500 personen verdeeld over dertig ziekenhuizen namen deel. De helft van hen kreeg binnen 24 uur na de eerste beroerteververschijnselen het antibioticum ceftriaxon toegediend. De rest kreeg de standaard zorg zonder preventieve antibiotica. Maar dat bleek geen verschil te maken. Hierdoor beseffen de neurologen dat patiënten na een beroerte er slechter aan toe zijn om meer redenen dan alleen die infecties. Nederkoorn, gespecialiseerd in onderzoek bij patiënten met een beroerte, legt uit wat het vermoeden is: “Misschien moet het idee wel op de helling dat een longontsteking na een beroerte enkel ontstaat als gevolg van een bacterie. Het zou kunnen dat er sprake is van een chemische ontsteking die wordt veroorzaakt door maaginhoud die in de longen terechtkomt. Wellicht is een beroerte het gevolg van heel ernstig ziek zijn en de infectie een symptoom van de zwakke gesteld-

Caroline Wellink

heid.” Deze en andere vermoedens willen beide neurologen met vervolgonderzoek verder uitpluizen. Daarnaast blijken bepaalde subgroepen wel goed te reageren op de preventieve antibioticabehandeling. Patiënten ouder dan tachtig jaar bijvoorbeeld, maar ook patiënten die antistollingsmiddelen krijgen om de bloedprop in de hersenen op te lossen. Waarom preventieve behandeling met antibiotica wel zinvol zou zijn in juist deze groepen is vooralsnog gissen.

Expertisecentrum

Onderzoek naar patiënten met een beroerte wordt steeds relevanter. Nederland telt jaarlijks veertigduizend nieuwe gevallen. Als gevolg van de vergrijzing neemt dit aantal toe. In het AMC worden jaarlijks zo’n achthonderd patiënten met een herseninfarct of een hersenbloeding opgenomen. Het aantal is al jaren stijgende door de aantrekkende kracht van het AMC als beroerte-expertisecentrum. Was de uitkomst van het onderzoek een tegenvaller? “We moesten even slikken”, bekent Nederkoorn. “We hadden gehoopt dé oplossing te hebben voor het verbeteren van de prognose van patiënten met een beroerte. Maar het zegt al veel dat we met onze neutrale uitkomst een publicatie en een lovend editorial in *The Lancet* haalden. Dat onderstreept maar weer eens het belang van vergelijkend onderzoek dat zich richt op het beantwoorden van belangrijke vragen in de klinische praktijk. Ongeacht wat uiteindelijk de uitkomst is.” 

Dit artikel is met toestemming overgenomen uit het AMC Magazine, maart 2015



Samenstelling: Marleen Goedendorp-Sluiser

E-mail: m.sluiser@erasmusmc.nl

In 'Hartruis' houdt de redactie van Cordiaal u op de hoogte van actuele wetenswaardigheden en interessante nieuwtjes.

'Kritiek' wordt 'Ventricare Magazine'

Sinds 1982 informeert het vakblad Kritiek acute zorgmedewerkers over de ontwikkelingen in de acute zorg. In de snel veranderende tijden van informatieverstrekking is een vakblad nodig dat een en ander in een context plaatst en richting geeft aan degenen die even niet opgelet hebben op Twitter of de nieuwssites. Lees de nieuwe Kritiek en je bent weer op de hoogte. De nieuwe Kritiek? Nee, Venticare Magazine. Een nieuwe naam, een eigentijdse vormgeving en een geheel vernieuwde inhoud, die is aangepast aan de behoeften van de acute zorgprofessional van 2015. Met daarin natuurlijk artikelen over de verpleegkundige evidence based praktijk, maar daarnaast ook heel veel need to know informatie en casussen. Ook voor veel interviews met collega's uit de acute zorgpraktijk is ruimte gemaakt. Wat beweegt hen in hun beroep? Wat zijn hun drijfveren en waarom blijven ze actief in dit mooie vak?

Voor meer informatie:
www.venticare.nl/kritiek/

Bron: nu.nl



Hartstichting over SOS Alarm Hulpdienst

De Hartstichting wil graag haar visie geven op de nieuwe alarmdienst 'SOS Alarm Hulpdienst'. Deze dienst wil burgers inzetten bij allerlei calamiteiten, waaronder reanimatie. De Hartstichting wil graag dat Nederland één grote 6-minutenzone wordt. In veel gebieden is het inrichten van 6-minutenzones al mogelijk, omdat in bijna alle meldkamers de oproepsystemen 'Hartslag Nu' en 'Hartveilig Wonen' gebruikt worden. Met behulp van deze systemen worden burgerhulpverleners in de buurt van het slachtoffer via een sms opgeroepen om naar het slachtoffer te gaan en de reanimatie te starten. Ook worden de AED's (automatische externe defibrillator) die zich in de buurt van het slachtoffer bevinden, gekoppeld aan burgerhulpverleners die per sms met de AED naar het slachtoffer worden gestuurd.

Op dit moment is 'SOS Alarm Hulpdienst' nog niet op de meldkamers van 112 aangesloten. De Hartstichting wil benadrukken dat in het geval van een hartstilstand altijd direct 112 moet worden gebeld. Hiermee wordt zowel de professionele hulpverlening als de burgerhulpverlening in gang gezet. De reanimatie mét gebruik van een AED moet direct starten nadat 112 gebeld is. Dit om de kans op overleving te maximaliseren.

Bron: www.hartstichting.nl

Knijpkracht indicatie voor kans op hartaanval of beroerte

De kracht waarmee iemand knijpt, kan een indicatie geven over de kans die hij heeft op een hartaanval of een beroerte. Uit een omvangrijke studie die is gepubliceerd in The Lancet blijkt dat een 'handdruk' een betere manier is om het risico te voorspellen dan het meten van de bloeddruk. Voor het onderzoek werden 140.000 mensen in zeventien landen vier jaar lang onderzocht. Zij moesten zo hard mogelijk knijpen in een object. Een slap handje kan duiden op afgenomen spierkracht en een aanwijzing geven van iemands gezondheid, maar tot nu toe was geen direct verband gelegd met de conditie van het hart. Het verband tussen de kracht van de handdruk en hartaandoeningen bleef ook



bestaan als andere factoren in oogen-schouw werden genomen, zoals leeftijd, opleidingsniveau, sportiviteit en of iemand rookte of alcohol gebruikte.

Bron: nu.nl

UMC Utrecht zet zich in voor eerlijke elektronica

Het UMC Utrecht gaat erop letten dat de elektronica die het gebruikt onder eerlijke arbeidsomstandigheden zijn gemaakt. Het ziekenhuis verbindt zich hiertoe aan Electronics Watch, een Europese organisatie die zich inzet voor werknemers in de elektronica-industrie. UMC Utrecht is hiermee de eerste in Nederland. Ziekenhuizen maken veel gebruik van elektronica, maar in de elektronica-industrie worden werknemers vaak slecht behandeld. Zo zouden ze vaak worden blootgesteld aan giftige of kankerverwekkende stoffen. Via Electronics Watch krijgt het UMC Utrecht voortaan informatie over welke fabrieken er op een verantwoorde manier met hun personeel omgaan, zo meldt RTV Utrecht.

Bron: Skipr



Dexamethason kan ernstige nierschade na hartoperatie voorkomen

Het ontstekingsremmende geneesmiddel dexamethason helpt bij de preventie van ernstige niercomplicaties die na een hartoperatie kunnen optreden. Dit blijkt uit de resultaten van een wetenschappelijke studie van het UMC Utrecht en zeven andere Nederlandse hartcentra. Acute nierschade is een van de meest ernstige complicaties bij hartoperaties. Circa 1 procent van de patiënten die een hartoperatie ondergaan, moet met dialyse worden behandeld voor ernstige nierschade die na de operatie is ontstaan. Bij patiënten die voorafgaand aan de operatie al een chronische nierziekte hadden, is dit percentage nog hoger.

Aangezien hartchirurgie een ontstekings-



reactie in het lichaam veroorzaakt die een negatief effect op de nieren kan hebben, vroegen dr. Kirolos Jacob en dr. Stefan Dieleman van het UMC Utrecht zich af of het toedienen van dexamethason, een ontstekingsremmer, bij deze patiënten het risico van ernstige nierschade na een hartoperatie zou verkleinen.

Dexamethason leek bescherming te bieden tegen het ontstaan van ernstige acute nierschade. Bij patiënten die dit medicijn kregen, was het risico van acute nierschade waar dialyse voor nodig was bijna 2,5 keer zo klein als bij patiënten die een placebo kregen: van de patiënten die dexamethason kregen hadden er uiteindelijk 10 nierdialyse nodig; in de placebogroep waren dat er 23.

Het onderzoek is de grootste gerandomiseerde, placebo-gecontroleerde studie waarin het mogelijke nut van een medicijn tegen ernstige complicaties na hartchirurgie is onderzocht. Een enkele dosis dexamethason tijdens een hartoperatie is goedkoop, eenvoudig en pijnloos voor patiënten. "Al eerder konden we vaststellen dat dexamethason de kans op infecties na een hartoperatie verkleint en de ziekenhuisopname met een dag bekort. Nu lijkt er dus ook een gunstig effect op het ontstaan van nierschade te zijn", aldus dr. Dieleman.

Bron: Scoop, website UMC Utrecht

Toponderzoekers ontvangen 6,4 miljoen euro voor Europees hartrevalidatieproject

De Europese Unie heeft goedkeuring gegeven aan een groot Europees hartrevalidatieproject, het EU-CaRE project. Doel is het verbeteren van de kwaliteit van leven en de zelfstandigheid van de oudere hartpatiënt. Daarbij moet het een rem zetten op de dreigende explosie van miljarden euro's aan zorgkosten bij deze patiëntengroep. Een netwerk van vooraanstaande hartcentra en toponderzoeksinstituten uit zeven Europese landen zijn 1 mei gestart met het vergelijken, verbeteren en op maat maken van hartrevalidatiepro-

gramma's voor ouderen. EU-CaRE moet leiden tot nieuwe richtlijnen en behandelprotocollen. Nieuw is dat eHealth op grote schaal wordt ingezet bij deze patiënten. Het Isala Hartcentrum te Zwolle verkeert, als niet-universitair centrum, in de unieke positie het coördinatorschap van dit project te mogen voeren. Het project wordt geleid door dr. Arnoud van 't Hof, cardioloog.

Versnippering

Het EU-CaRE project vormt een grote uitdaging binnen Europa, waar hart- en vaatziekten jaarlijks leiden tot ruim vier miljoen sterfgevallen. Ook de ziekte last van hart- en vaatziekten vormt een groot probleem, in het bijzonder bij ouderen. Door de vergrijzing zal het aantal oudere hartpatiënten de komende decennia nog verder stijgen en extra druk op de gezondheidszorg uitoefenen.



Er is overtuigend bewijs dat hartrevalidatie positieve effecten heeft op de kwaliteit van leven van hartpatiënten en op het verminderen van de zorgkosten. Het besef van preventie door middel van hartrevalidatie is sinds begin deze eeuw in een stroomversnelling geraakt. Als gevolg hiervan bestaan er vele nationale, en soms zelfs regionale, varianten van hartrevalidatieprogramma's. Dit heeft geleid tot een versnipperde aanpak van hartrevalidatie binnen Europa. Bovendien is de kennis over de doelmatigheid van de afzonderlijke hartrevalidatie onderdelen en de geschiktheid hiervan voor specifieke patiëntengroepen beperkt. EU-CaRE heeft tot doel een doorbraak in de zorg voor hartpatiënten te creëren met nieuwe Europese richtlijnen en behandelprotocollen voor hartrevalidatie bij ouderen.

Partners en subsidie

De EU-CaRE partners zijn Isala (Zwolle, Nederland), Region Hovedstaden (Kopenhagen, Denemarken), Assistance publique – Hôpitaux de Paris (Parijs, Frankrijk), Universität Bern (Bern, Zwitserland), Stiftung Institut für Herzinfarktforschung (Ludwigshafen am Rhein, Duitsland), Servizio Galego de Saúde (Santiago de Compostella, Spanje), Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (Parma, Italië), Diagram B.V. (Zwolle, Nederland), Università degli Studi di Roma 'la Sapienza' (Rome, Italië) en MobiHealth B.V. (Enschede, Nederland). EU-CaRE ontvangt subsidie vanuit Horizon 2020, een programma van de EU om Europees onderzoek en innovatie te stimuleren. De subsidieaanvraag van EU-CaRE is door de Europese Commissie als excellent beoordeeld. Het succesper-

centage binnen de betreffende subsidieronde waarin EU-CaRE meedeelde, was slechts 5,9%. 

Bron: www.isala.nl

Isala Hartcentrum

Binnen het Isala Hartcentrum te Zwolle staat een team van professionele en betrokken cardiologen, thoraxchirurgen en medewerkers klaar om patiënten met een grote diversiteit aan hartklachten te behandelen. Het Isala Hartcentrum excelleert op kwaliteit en professionaliteit. Naast patiëntenzorg staat opleiden en wetenschappelijk onderzoek hoog in het vaandel. Het Isala Hartcentrum heeft de ambitie om tot de Europese top te behoren.

Berichten van het NVHV-bestuur

CarVasZ 2015

Op 20 november is het zover: de 12e editie van CarVasZ. Deze zal plaatsvinden in de Reehorst in Ede. CarVasZ is hét congres van en voor de hart- en vaat verpleegkundigen! Ieder jaar weer is het een groot succes. Het thema van dit jaar luidt: Van jong tot oud, hart- en vaatziekten voor alle leeftijden. Het uitgebreide programma is geheel opgezet rond dit veelzijdige thema.

De opening van de dag is in handen van Dr. M. Witsenburg, die als congenitale cardioloog verbonden is aan het Erasmus MC en Sophia kindziekenhuis te Rotterdam. Hij geeft een presentatie over de algemene feiten en aandachtspunten rondom congenitale hartaandoeningen/-ziekten. Op het programma staan volop boeiende presentaties, zoals die over de zwangere vrouw met congenitale hartafwijkingen. Ook is er aandacht voor de patiëntencategorie met een erfelijke aandoening en wordt de specifieke situatie van de kwetsbare oudere patiënt belicht.

Natuurlijk is er zoals ieder jaar weer een ruime keus aan workshops om bij te wonen, zoals de inmiddels beroemde snijssessie en de sessies klinisch redeneren. Daarnaast is er voldoende ruimte om tijdens de pauzes te netwerken. Genoeg reden dus om u in te schrijven voor CarVasZ.

Ga naar www.nvhv.nl en klik op de button CarVasZ, dan komt u direct bij de inschrijflink uit. Bent u benieuwd naar de actuele ontwikkelingen en het laatste nieuws over CarVasZ, volg ons dan op twitter @CarVasZNL

Tot ziens in Ede!

Continuing Nursing Education

In het najaar van 2015 zullen er nog twee parallelle CNE's worden georganiseerd, en wel op 15 september. Zet deze datum vast in uw agenda. De werkgroep Vasculaire Zorg en de speciaal voor deze CNE samengestelde werkgroep Gender zullen deze CNE verzorgen. Het thema van de CNE Vasculaire Zorg is: "CVRM, de juiste zorg op de juiste plaats". Zoals de titel

al aangeeft, is de rode draad het Cardio Vasculair Risico Management (CVRM). Daarbij komen de nuances tussen de eerste-, tweede- en derdelijns zorg aan de orde en ook de zogenaamde 'Shared Care'. Tenslotte is er aandacht voor de financiering rondom CVRM.

De CNE Gender zal dit jaar voor het eerst worden georganiseerd. Verschillende werkgroepen hebben hiervoor samengewerkt, zoals de werkgroep Interventiocardologie, werkgroep Hartfalen en de werkgroep ICD -begeleiders/Elektrofysiologie. Het thema luidt: "Gender maakt het verschil". Centraal staan de verschillen tussen man en vrouw bij de cardiovasculaire zorg. Er zal ook een uitstapje worden gemaakt naar de specifieke, op de vrouw gerichte zorg, zoals die bijvoorbeeld plaatsvindt op de speciale vrouwenpoli. Denk hierbij aan hartfalen en zwangerschap bij vrouwen. Mocht u geïnteresseerd zijn in het bijwonen van een van deze CNE's, ga dan naar www.nvhv.nl/scholing en schrijf u in.

NU '91

Het is bij de NVHV mogelijk om een combinatielidmaatschap met NU '91 af te sluiten. Dit heeft als voordeel dat u voor een gereduceerd tarief lid kunt zijn van een vakbond. Nu '91 behartigt de beroepsinhoudelijke en arbeidsvoorwaardelijke belangen van haar leden - gezamenlijke beroepsvoorwaarden genoemd - en zorgt dat de maatschappelijke en politieke positie van (leerling-)verpleegkundigen, verzorgenden en verwante professionals wordt gewaarborgd. Het is dus belangrijk om u als zorgprofessional aan te sluiten bij een dergelijke vakbond. Nog geen combilid? Ga dan naar www.nvhv.nl/over/lidmaatschap, scroll naar onder en daar vindt u de link om u in te schrijven.

Kwaliteitsregister

In het vorige verenigingsnieuws heb ik u geïnformeerd over de verschillende geluiden die te horen zijn over het verplicht registreren. Na gesprekken met verschillende Kamerleden leek het duidelijk dat het niet verplicht is om u als verpleegkundige bij een kwaliteits-

Linda Joziasse,
(vice-)voorzitter NVHV

e-mail: l.joziasse@erasmusmc.nl



Linda Joziasse,
(vice-)voorzitter NVHV

register aan te sluiten. Nu heeft minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een officiële, schriftelijke reactie gegeven, waarin ze bevestigt dat het voor verpleegkundigen niet verplicht is zich te registreren bij een kwaliteitsregister. Ook onderschrijft de minister dat het van belang is dat de verschillende beroepsgroepen investeren in hun eigen professionele ontwikkeling en kwaliteit. Verder zullen de eisen omtrent de BIG- herregistratie nog worden bepaald.

Ook al is aansluiting bij een kwaliteitsregister dus niet verplicht, dat neemt niet weg dat een kwaliteitsregistratie kan dienen als een bewijsstuk voor mogelijke herregistratie. Het blijft dus belangrijk om als verpleegkundigen inzichtelijk te maken wat er wordt gedaan aan deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering. Zie ook: www.nvhv.nl/scholing/kwaliteitsregister-info

Dag van de Verpleging/ Dag van de Zorg

Het was 12 mei 2015 de Dag van de Verpleging/Dag van de Zorg. Ook de NVHV heeft aan haar leden gedacht. U zult vast de speciale nieuwsbrief gezien hebben die aan deze dag was gewijd. De NVHV vindt het belangrijk om aandacht te besteden aan deze belangrijke dagen waarop zorgprofessionals in het zonnetje worden gezet. Daarom wil ik u nogmaals, mede namens het voltallige Bestuur van de NVHV, bedanken voor uw inzet in de zorg en uw interesse in ons als beroepsvereniging! 

29 augustus – 2 september
ESC Annual Congress
 Londen, United Kingdom
www.escardio.org

4 september, 29 oktober, 27 november *
Workshop Optical Coherence Tomography
 St Jude Medical Nederland, Veenendaal
www.sjm.com

9 september, 1 oktober, 19 en 26 november *
Basistraining Motivational Interviewing
 Academie voor Motivatie en Gedragsverandering,
 Eindhoven
www.academiemg.nl

11 september en 27 november *
**Reposition your knowledge;
 THE TAVI COURSE FOR CATH LAB EMPLOYEES**
 St Jude Medical Nederland, Veenendaal
www.sjm.com

15 september *
CNE Vasculaire Zorg “Vasculaire zorg; de juiste zorg op de juiste plaats”
 Vergadercentrum Domstad, Utrecht
www.nvhvv.nl/scholing

15 september *
CNE Gender “Gender maakt het verschil”
 Vergadercentrum Domstad, Utrecht
www.nvhvv.nl/scholing

17 – 19 oktober
Acute Cardiovascular Care
 Wenen, Oostenrijk
www.escardio.org

20 november *
CarVasZ 2015
 De Reehorst, Ede
www.congresscompany.com

20 november *
State of the joint innovative art in the treatment of atrial fibrillation
 Van der Valk, Zwolle
 Isala Zwolle, vakgroep Cardiothoracale Chirurgie

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

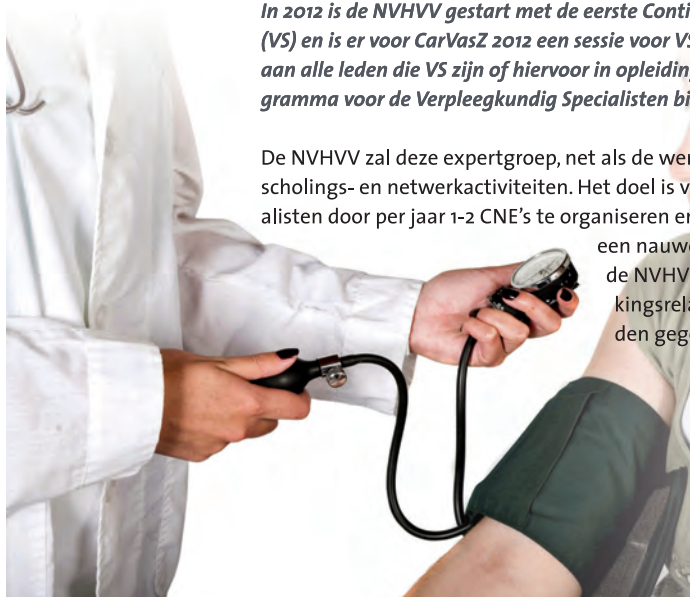
Expertgroep Verpleegkundig Specialist

De NVHVV is van plan om de scholing voor verpleegkundig specialisten binnen de cardiovasculaire zorg uit te breiden. In 2012 is de NVHVV gestart met de eerste Continuous Nursing Education(CNE) voor en door Verpleegkundig Specialisten (VS) en is er voor CarVasZ 2012 een sessie voor VS gerealiseerd. Om onze leden nog beter te bedienen doen we een oproep aan alle leden die VS zijn of hiervoor in opleiding zijn. Willen jullie je als experts sterk maken om het scholingsprogramma voor de Verpleegkundig Specialisten binnen de NVHVV vorm te geven?

De NVHVV zal deze expertgroep, net als de werkgroepen, faciliteren met een eigen budget voor de organisatie van scholings- en netwerkactiviteiten. Het doel is vorm te geven aan een scholingsprogramma voor Verpleegkundig Specialisten door per jaar 1-2 CNE's te organiseren en bij te dragen aan het CarVasZ-programma. De expertgroep VS streeft een nauwe samenwerking na met de actieve Verpleegkundig Specialisten binnen de NVHVV en aanpalende verenigingen, waarmee al een intensieve samenwerkingsrelatie bestaat. Vanuit de NVHVV kan begeleiding en ondersteuning worden gegeven aan de Expertgroep VS.

Ben je Verpleegkundig Specialist (io), lid van de NVHVV, en heb je interesse om deel te nemen aan deze expertgroep? Neem dan contact op met Annette Galema-Boers, voorzitter expertgroep verpleegkundig specialist, j.galema-boers@erasmusmc.nl. Ben je nog geen lid, wellicht is dit dan het moment je aan te melden. De NVHVV heeft je nodig!

Bestuur NVHVV



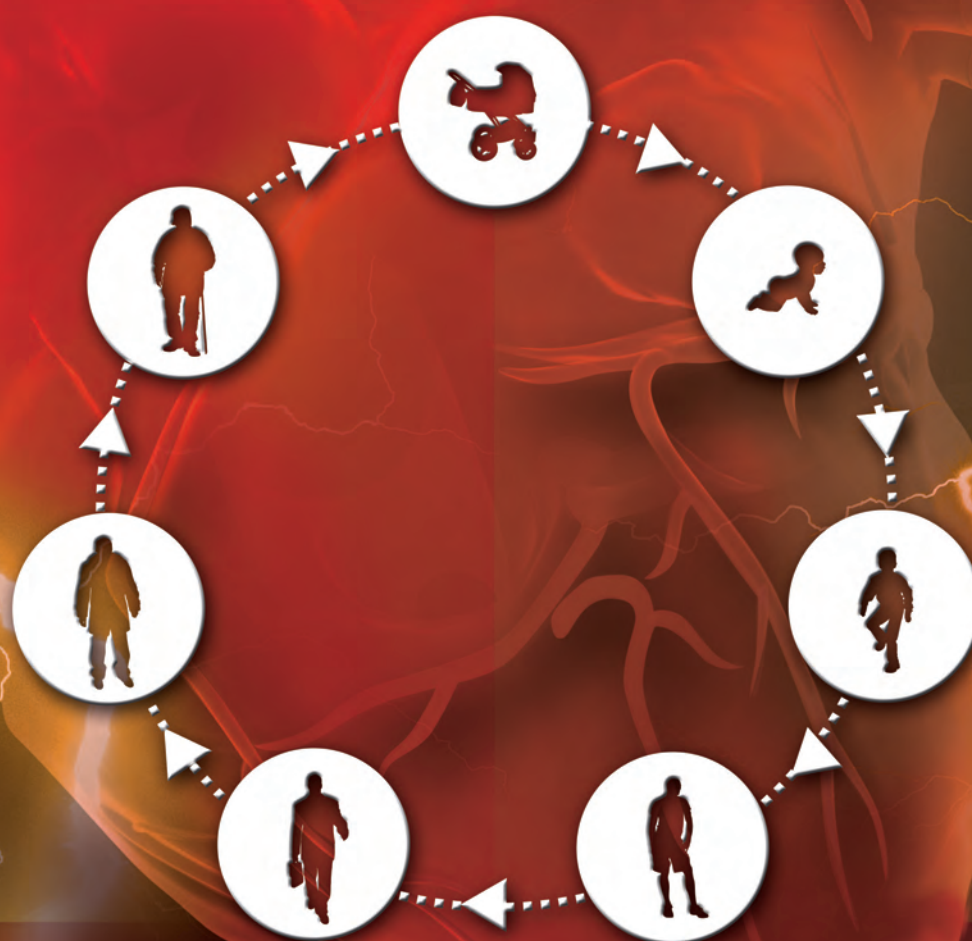


CarVasZ

Hét congres voor de Cardio Vasculaire Zorg

Vrijdag 20 november 2015

De ReeHorst, Ede



Thema:

Van Jong tot Oud

Hart- en vaatziekten geschikt voor **AL**

 #carvasz2015

www.carvasz.nl