

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HART EN VAAT VERPLEEGKUNDIGEN

4

2013

Interview Tiny Jaarsma

Ondervoeding na hartoperatie

Stappenplan voor patiëntenpad

Depressie en hartfalen

Raadsel rond diabetici

CORDIAAL

JAARGANG 33, OKTOBER 2013

inhoud

Pagina 111

Go with the flow & Samenwerking
Margje Vermeulen

Pagina 112

Van verpleegkundige tot hoogleraar; interview met Tiny Jaarsma
Jeroen Hendriks

Pagina 115

Vraag en antwoord: Een 68-jarige patiënte met acute pijn op de borst
Cyril Camaro

Pagina 116

Zien eten, doet eten. Ondervoeding na een hartoperatie
Tjitze Hoekstra, Gert Schaaij, Lilian Coops

Pagina 120

In drie stappen naar een patiëntenpad
Ellen Burgman, Debbie ten Cate, Tjitze Hoekstra

Pagina 124

NVVC Connect, project bij acuut hartinfarct
Moniek Elsendoorn

Pagina 125

Vraag en antwoord: Een 68-jarige patiënte met acute pijn op de borst
Cyril Camaro

Pagina 126

Onderzoek naar depressie bij patiënten met ernstig hartfalen in de thuissituatie
Gabi van der Laan

Pagina 130

Acuut Coronair Syndroom en Diabetes Mellitus
Nico Bruining

Pagina 134

Congresverslag: EuroPCR in Parijs
Marjo de Ronde

Pagina 136

Congresverslag: European Society of Cardiology in Amsterdam
Marije de Lange

Pagina 138

Congresverslag: Heart Failure in Lissabon
Ron Bakker

Pagina 139

Openhartig met MMT-verpleegkundige Ton Lems
Cobi Kroese

Pagina 140

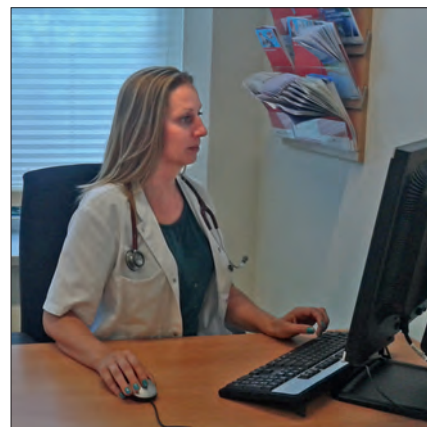
Hartruis
Hildelies van Oel

Pagina 141

Werkgroep Hartfalen
Jacqueline van Santvoord

Pagina 142

Verenigingsnieuws en Agenda



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

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

Redactie

Hildelies van Oel, Erasmus MC, Rotterdam

(hoofdredacteur)

Anne Geert van Driel,

Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht,

Cobi Kroese, Zorgbalans, Haarlem

Aletta van der Veen,

St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

Margje Vermeulen, UMC, Utrecht

Eindredactie

Maja Haanskorf, Journalistiek - Redactie - Teksten

Vormgeving

Bert Hooijveer,

HGVB Fotografie en Grafische Vormgeving

Omslagfoto

Tiny Jaarsma

Advertentie-exploitatie

Cross Advertising

Tel: 010-742 10 23

Email: gezondheid@crossadvertising.nl

Tariefkaart: www.cordiaal.nl

Redactieraad

Ron Bakker (VU medisch centrum, Amsterdam)

Margje Vermeulen. (Werkgroep Interventiecardiologie)

Marjan Aertsen (Werkgroep Hartfalen)

Anne-Margreet van Dishoeck

(Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek)

Toon Hermans (Werkgroep Atrium fibrilleren)

Toon Hermans (Werkgroep Communicatie)

Debbie ten Cate (Werkgroep Congressen)

Mieke Bril (Werkgroep Thoraxchirurgie)

Jan Koppes (Werkgroep Hartrevalidatie)

Anita Veldt (Werkgroep Vasculaire Zorg)

Vacant (Werkgroep Acute Cardiale Zorg)

Annette de Meijer (Werkgroep ICD-begeleiders)

Kees van Lent (Werkgroep congenitale cardiologie)

Redactiesecretariaat (NVHV-bureau)

Mechtild Stavenuiter

Postbus 2087, 3440 DB Woerden

Tel. 0348-446638

Email: secretariaat@nvhv.nl

Website: www.nvhv.nl

Abonnementen

Het NVHV-lidmaatschap is een voorwaarde voor het ontvangen van Cordiaal. Lidmaatschap kost €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 ten 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.



Go with the flow & Samenwerking

Afgelopen juli vond in het UMC Utrecht, waar ik werkzaam ben, de JCI-audit week plaats. Deze week stond in het teken van het verkrijgen van de JCI-accreditatie; een zeer spannende aangelegenheid. Zorgverlenend Nederland raakt steeds meer bekend met wat deze accreditatie betekent. Voor wie niet op de hoogte is, een korte toelichting. JCI staat voor Joint Commission International. Deze commissie geeft een gerenommeerd Amerikaans keurmerk af op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg met de patiënt als referentiekader. JCI vormt met haar normen een overkoepelend geheel over alle activiteiten die met kwaliteit en veiligheid te maken hebben. Denk bijvoorbeeld aan de geldende kwaliteitsindicatoren van het IGZ en het VMS veiligheidsprogramma met haar tien thema's.

De afgelopen twee jaar is het UMC Utrecht druk bezig geweest om haar zorg, onderwijs en onderzoekerrein 'JCI-proof' te krijgen. Ook onze afdeling hartkatheterisatie en de dagbehandeling ontkwamen hier niet aan. Oude gewoontes en werkwijzen moesten plaats maken voor nieuwe normen. Een enorme klus, die een goede onderlinge samenwerking van alle betrokkenen heeft gevraagd. Het doorbreken van een 'go with the flow' attitude (lees: we doen het al jaren zo en het gaat goed dus waarom nu anders) vormt bij het tot stand brengen van veranderingen een grote uitdaging. Afstand doen van oude gewoontes en werkwijzen gaat heel begrijpelijk niet vanzelf. Zeker niet wanneer vernieuwingen in eerste instantie niet altijd even praktisch of logisch lijken. Uiteindelijk is het hele UMC Utrecht in de 'go with the JCI-flow' terechtgekomen. Het valt niet te ontkennen dat de implementatie van de JCI-normen ons naast alle moeite ook zichtbare verbeteringen op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de zorg hebben gebracht. Het ziet er naar uit dat het UMC Utrecht als eerste academische centrum van Nederland de JCI-accreditatie in één keer heeft behaald. Een prestatie om trots op te zijn. Wat goede samenwerking al niet tot stand kan brengen!



Kort geleden las ik op het intranet van ons ziekenhuis dat de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) het project NVVC! Connect is gestart. Ook hier is samenwerking het sleutelwoord. Doelstelling van het project is betere samenwerking te bewerkstelligen binnen de zorgketen, waardoor de overlevingskans van een patiënt met een acuut hartinfarct wordt verhoogd. Gebleken is dat hier nog winst te behalen valt. Gehanteerde interventies zijn onder andere van elkaar leren en een grotere uniformiteit scheppen. Kortom, open staan voor elkaar en de bereidheid tot samenwerken zijn belangrijke - zo niet de belangrijkste - ingrediënten voor een organisatie en afdeling om successen zoals hierboven beschreven te kunnen behalen. U leest meer over NVVC! Connect in dit nummer van Cordiaal.

Daarnaast besteedt Cordiaal aandacht aan meer 'vernieuwende' zaken op het gebied van patiëntenvoorlichting, ondervoeding, diabetes en het voorkomen van depressies. En niet te vergeten een interview met hoogleraar verpleegwetenschappen Tiny Jaarsma, waarin het belang van onderzoek en - alweer - samenwerking, centraal staan. Prachtige artikelen waarvoor dank aan de auteurs. Ik wens u veel leesplezier!

Margje Vermeulen

De Nederlandse Tiny Jaarsma startte als verpleegkundige in Groningen en is nu bijna vier jaar hoogleraar verplegingswetenschappen met speciale aandacht voor patiënteneducatie aan de Universiteit van Linköping, Zweden. Cordiaal sprak met haar over haar opmerkelijke carrière, over het beroep van verpleegkundige, de noodzaak van onderzoek en over de verschillen tussen Zweden en Nederland. "In Zweden staat denken vanuit verpleegkundig perspectief in onderzoek niet ter discussie, in Nederland moet je als onderzoeker vechten voor erkenning."

Jeroen Hendriks, Maastricht Universitair Medisch Centrum

E-mail:
Jeroen.Hendriks@maastrichtuniversity.nl

"Patiëntenzorg is iets dat je met z'n allen doet, het is teamwork"

Van verpleegkundige tot hoogleraar; in gesprek met Tiny Jaarsma.

De carrière van hoogleraar verplegingswetenschappen Tiny Jaarsma begon in 1982 aan de HBO-V te Groningen. "Tijdens stages raakte ik geïnteresseerd in de destijds in opkomst zijnde 'integrerende verpleegkunde', waarbij vanuit ziekenhuisperspectief een antwoord werd gezocht op de vraag wat verbetering nu eigenlijk is. Het onderwerp van mijn afstudeerscriptie was dan ook geen moeilijke keuze: 'De tevredenheid van verpleegkundigen met rapportage in integrerende verpleegkunde.' Na mijn studie ben ik als verpleegkundige gaan werken in het UMCG. Iemand liet me een oproep van de Nederlandse Hartstichting zien, waarin een verpleegkundige werd gevraagd om opgeleid te worden tot verpleegkundig onderzoeker en ik dacht meteen, dat is iets voor mij." In het kader daarvan ging ze verplegingswetenschappen studeren aan de Universiteit Maastricht (UM). Deze parttime studie combineerde ze met haar werk als verpleegkundige in Groningen. Ook tijdens het afstudeeronderzoek van deze studie stond de vraag 'wat is verbetering?' opnieuw centraal. "Alleen de doelgroep was veranderd. Ik deed nu onderzoek naar de informatiebehoeften van patiënten na een hartinfarct", vertelt Jaarsma.

Na haar afstuderen koos ze voor een docentschap bij de vakgroep verplegingswetenschappen aan de UM. "Het was zo stimulerend om de mensen te ontmoeten wier boeken ik eerder had gelezen en die nu ook nog eens mijn collega's waren." Haar grote drijfveer

was dat ze zelf ook graag een boek zou willen schrijven. "Ik heb later inderdaad het boek 'Zorg rondom hartfalen' geredigeerd. Destijds genoot ik ook van het werken in een groep, want het is belangrijk om samen te werken en niet op een eiland te zitten", voegt Jaarsma eraan toe. "Net als bij patiëntenzorg, is teamwork heel belangrijk." Ook het buitenland trok, ze wilde graag over de landsgrenzen kijken. Gedurende een half jaar bezocht ze de UCLA (University of California) in Los Angeles, Verenigde Staten. "Ik werkte er in een grote onderzoeksgroep. Het was een hele interessante periode, waarin ik tot het inzicht kwam dat de combinatie van onderzoek doen en contact houden met de praktijk erg belangrijk is. Terug in Nederland ben ik begonnen aan mijn promotieonderzoek en in 1999 promoveerde ik met het proefschrift: 'Heart Failure: nurses care'. Het onderwerp was het effect van voorlichting en begeleiding bij patiënten met hartfalen."

Na een tijdje beleidsmatig werkzaam te zijn geweest als coördinator richtlijn hartfalen bij de Nederlandse Hartstichting, begon het toch weer te kriebelen en ging ze op zoek naar een onderzoeksfunctie. In 2001 werd ze hoofdonderzoeker in het COACH onderzoek, een groot onderzoek in 17 Nederlandse ziekenhuizen waaraan ruim duizend patiënten deelnamen. De – mede door de Nederlandse Hartstichting aangestuurde – centrale vraag in dit onderzoek luidde: Wat is de beste zorg voor hartfalenpolikliniek-

ken?" "Dit onderzoek heeft in feite de basis gelegd voor mijn verdere wetenschappelijke carrière. Het gaat er niet alleen om de centrale vraag te beantwoorden, maar het gaat ook en vooral om reflexie van de onderzoekers zelf. Wat kunnen we nu leren uit de resultaten van het onderzoek en hoe vertalen we dat naar de praktijk?"



Tiny Jaarsma is geboren in 1964 in Smallerland. Ze is gehuwd en heeft twee kinderen van 16 en 14 jaar. Met haar gezin woont ze bijna vier jaar in Zweden en ze spreekt een aardig woordje Zweeds. Haar werk als hoofdredacteur voor het 'European Journal for CV Nursing' is haar grote passie. Daarnaast leest ze graag. Ze is een echt watermens: ze houdt van duiken en tijdens de laatste zomervakantie heeft ze leren surfen.



Installatie als professor aan de LiU. Jaarsma draagt de academische doctorshoed.

Waarom bent u zich destijds gaan bezighouden met wetenschappelijk onderzoek?

“Het verpleegkundig beroep heeft behoefte aan evidence based practice. Verpleegkundigen moeten hun eigen beroep kunnen waarderen, bekritisieren en evalueren, met als doel de zorg te verbeteren. Een visie op het verpleegkundig beroep is belangrijk; wat betekent verpleegkundige zorg voor patiënten, voor verpleegkundigen en voor het beroep zelf. Hiervoor is wetenschappelijk onderzoek nodig. De finesses van wetenschappelijk onderzoek leer je door wetenschappelijk onderwijs te volgen.”

Waarom koos u voor wonen en werken in Zweden?

“In Groningen, waar ik tien jaar als onderzoeker heb gewerkt, had ik een onderzoeksgroep opgebouwd waarin ik mijn visie volledig heb kunnen neerleggen en waar ik nieuwe onderzoekers op weg kon helpen en aansturen. Ik kon écht zeggen dat mijn droom was uitgekomen. Maar toch miste ik een grotere inbedding van het verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek, met name op het gebied van de zorgaspecten binnen de cardiologie. In Zweden is die vele malen groter dan in Nederland. Er zijn in Zweden veel hoogleraren op het terrein van de verpleegkunde en verplegingswetenschappen, in tegenstelling

tot in Nederland. Naarmate mijn contacten met Zweedse collega's toenamen, zag ik dat verschil steeds scherper en besloot ik tenslotte om in Zweden te gaan werken.”

Hoe was dat om zo'n nieuw begin te maken in een ander land?

“Het was geen makkelijke beslissing, zeker niet voor mijn privé-leven. Ik ben dan ook heel blij dat mijn man en kinderen hun draai in Zweden goed gevonden hebben. Maar ook beroepsmatig was het een grote stap. Ik had natuurlijk in de loop der jaren al contacten opgebouwd in Zweden, dus helemaal een nieuw begin was het niet. Maar ik liet wel mijn onderzoeksgroep achter, waar ik zoveel jaren prettig mee had samengewerkt. We werken nog wel samen, maar toch is het anders als je elkaar dagelijks ziet en spreekt.

Waarin uiten zich de verschillen tussen Zweden en Nederland?

“In Zweden heerst een andere manier van werken en denken. Dat je denkt vanuit verpleegkundig perspectief wordt niet ter discussie gesteld, het wordt juist opgepakt en tot uitvoer gebracht. In Nederland moet een verpleegkundig onderzoeker zich meer verdedigen voor plannen en handelen. Je moet er vechten voor je erkenning als onderzoeker. Ook op de werkvloer zijn er verschillen. In Zweden is er

meer kritische massa qua onderzoekers. Een redelijk aantal van de verpleegkundigen die in de praktijk werkzaam zijn, hebben een master afgerond. Dat komt ook omdat de opleiding verpleegkunde gevolgd wordt aan de universiteit.”

Doen er veel verpleegkundigen onderzoek?

“(lachend) Doordat studenten bijvoorbeeld les van mij of een van mijn collega's krijgen, kunnen we ze al 'warm' maken voor het onderzoek. In Zweden doen inderdaad meer verpleegkundigen onderzoek dan in Nederland, wat ook komt doordat het klimaat om onderzoek te doen in Zweden veel vriendelijker is. In het algemeen is het vak cardiologie vaak erg medisch gericht. Maar hier in Zweden is het heel goed mogelijk om diverse verpleegkundige aspecten binnen de cardiologie uit te werken. Dat was voor mij vooral de reden om naar Zweden te gaan: om daadwerkelijk aan je beroep te kunnen werken.”

Wat houdt uw leerstoel 'verplegingswetenschappen met speciale aandacht voor patiënteneducatie' in?

“Het onderzoeksthema binnen deze leerstoel aan de Linköping University is gerelateerd aan zelfzorg, educatie en voorlichting aan patiënten, en aan technologische ondersteuning op dit terrein. Dit gebeurt in de meest uiteenlopende vorm. Zo loopt er momenteel een onderzoek waarbij patiënten gestimuleerd worden om meer te bewegen. Binnen dit onderzoek zetten we de Nintendo Wii spelcomputer in. Op deze manier vinden mensen het zelfs leuk om meer te gaan bewegen. Een ander voorbeeld is een onderzoek binnen de palliatieve zorg. De centrale vraag hier is hoe verpleegkundigen palliatieve zorgaspecten met de patiënten kunnen bespreken. Vaak zijn dit moeilijk besprekbare onderwerpen, die echter wel een belangrijk onderdeel van de zorg vormen.”

Bent u fulltime onderzoeker?

“Naast onderzoek verzorg ik ook onderwijs dat gericht is op de praktijk. Aan de HBO-V geef ik les over andere onderzoekstechnieken en verder geef ik les aan promovendi en gespecialiseerde verpleegkundigen. Zo

blijf ik ook betrokken bij de praktijk. Ook heb ik veel contacten met ziekenhuizen, maar ik ben niet zelf werkzaam in deze instellingen. Wellicht dat ik ooit toch weer in de directe patiëntenzorg ga werken, want dat mis ik."

Zijn er grote verschillen op het terrein van de (verpleegkundige) wetenschap tussen Zweden en Nederland?

"Die zijn er wel degelijk. In Nederland is het niveau van verpleegkundigen hoger, ze willen kennis verwerven, werken aan persoonlijke ontwikkeling. In Zweden zijn mensen sneller "tevreden" met het niveau van een genoten opleiding. Ik bedoel eigenlijk dat Zweden meer waarde hechten aan de kwaliteit van het leven, een goed huis om in te wonen en veel vrije tijd. In Nederland is het bijvoorbeeld "normaal" om bij het schrijven van een proefschrift of onderzoeksartikel tijdens de zomervakantie of in de week-ends door te werken. Dat is echt *not done* in Zweden. Ik besef hier weer wat belangrijke waarden in het leven zijn, een heel prettige gewaarwording."

Wat vindt u van de huidige ontwikkelingsmogelijkheden voor verpleegkundigen?

"Ik vind dat verpleegkundigen zich momenteel te weinig kunnen ontwikkelen in hun eigen beroep. De wetenschappelijke ontwikkeling van het beroep is te beperkt en verdient meer aandacht. Zo zijn de carrièrekansen na een promotie in Nederland zeer beperkt, er is weinig plek voor deze hoogopgeleide mensen. Daar komt nog bij dat er te weinig hoogleraren zijn op het gebied van bijvoorbeeld de verplegingswetenschap. Nederland telt momenteel maar een handvol hoogleraren op dit terrein, die dan ook te weinig tijd hebben om hun vakgebied nader te ontwikkelen. Dat is erg jammer. In Zweden is het daarentegen vanzelfsprekend om hoogleraren op het vakgebied van de verpleegkunde aan te stellen. In Linköping werk ik nauw samen met Anna Strömberg, hoogleraar verplegingswetenschap. Samen begeleiden we nu acht promovendi die we opleiden tot "leiders van de toekomst". De huidige investering leidt tot de ontwikkeling van kritische massa, die werkt aan de ontwikkeling van de toekomst. Ook voor Nederland



Tijdens oppositie bij promotie van Jeroen Hendriks in Nederland.

juich ik dat van harte toe. Meer hoogleraren op dit terrein om op deze manier gezamenlijk initiatieven te nemen om het vakgebied nader te ontwikkelen."

Wat heeft de toekomst voor u nog in petto?

Zonder enige aarzeling antwoordt Tiny: "Mijn motorrijbewijs halen", gevolgd door een hartelijke lach. Daarna zegt ze: "Ik ben nu vier jaar in Zweden en heb werk in overvloed. Maar het lijkt me heel interessant om over zo'n tien jaar een eigen onderzoekscentrum te hebben opgezet. De naam heb ik al, het 'cardio-care expertisecentrum'. Het moet een centrum zijn waarin zorg, opleiding en onderzoek centraal staan. Er werken verpleegkundigen die patiënten kunnen ontvangen voor zorg en advies. Ik denk dan niet alleen aan patiëntenzorg, maar ook aan het opleiden van verpleegkundigen en aan scholing voor cardiologieverpleegkundigen en het verzorgen van stages voor HBO-V studenten. De NVHVV zou hierin, als beroepsvereniging, een belangrijke rol kunnen spelen. Verder lijkt het me geweldig een groep onderzoekers aan te kunnen sturen en gebruik te maken van een grote databank met meetinstrumenten, die al voorhanden is."

Op de vraag waar dit expertisecentrum in de toekomst komt te staan, antwoordt Jaarsma lachend: "Ik ben niet aan plaats gebonden, maar de komende jaren blijf ik in Zweden. Ik heb het hier prima naar mijn zin." 

Lid van de NVHVV

Tiny Jaarsma was jarenlang actief betrokken bij de NVHVV. In het kader van het richtlijnenproject heeft ze de werkgroep hartfalen mede opgericht en vervolgens de werkgroep wetenschappelijk onderzoek, waarvan ze tevens voorzitter werd. Primair doel van deze werkgroep was om wetenschappelijk onderzoek te vertalen naar artikelen voor Cordiaal. Het was dan ook bijna vanzelfsprekend dat ze zitting nam in de redactie van Cordiaal.

Op de vraag wat de NVHVV voor haar betekent, antwoordt Jaarsma resoluut: "Het is heel belangrijk dat de NVHVV een platform biedt voor harten vaatverpleegkundigen in Nederland. Ook vind ik het bewonderenswaardig dat CarVasZ zo'n groot en goed congres is en dat het een breed publiek weet te boeien. Dat is echt geweldig."

Toch heeft ze ook een aantal aanbevelingen voor de NVHVV: "Het is nodig om samen te werken met andere verenigingen en niet op een eiland te opereren. De recente ondertekening van de intentieverklaring, waarin de samenwerking met de NVVC is vastgelegd, is daarvan een goed voorbeeld. Ik hoop dat hierdoor ook de multidisciplinariteit een push krijgt, zodat er oog is voor het geïntegreerde geheel. Dit kan door samenwerking op het gebied van richtlijnontwikkeling en betrokkenheid in (medische) opleidingen."

Over de oprichting van een expertgroep VS binnen de NVHVV is Jaarsma zeer te spreken, want "deze specialisten hebben een eigen plek nodig binnen de vereniging. Daarnaast zou het goed zijn om deze expertgroep aan Cordiaal te verbinden. Het zijn juist de VS die (wetenschappelijke) artikelen zouden kunnen aanleveren."

Hieronder vindt u de casus van een 68-jarige patiënte met acute pijn op de borst. Ze was bezig met longrevalidatie vanwege een exacerbatie van haar obstructief longlijden. Ze heeft een blanco cardiale voorgeschiedenis. De auteur stelt u over deze casus enkele vragen die u kunt beantwoorden met behulp van onderstaande gegevens en elektrocardiogram en beelden op de website. De antwoorden vindt u op pagina 125 van deze Cordiaal.

Cyril Camaro, cardioloog UMC St Radboud Nijmegen, afdeling cardiologie

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

Bezoek ook de nieuwe website



Deze rubriek is multimediaal!

Ga naar

www.nvhvv.nl/cordiaal/cordiaal-multi-media.

Daar ziet u de linkerventrikelangiografie (video 1) en de figuren 2 t/m 4.



Vragen:

1. Wat ziet u op het elektrocardiogram (figuur 1)?
2. Er waren geen afwijkingen te zien aan de kransslagvaten. Was achteraf gezien een hartkatheterisatie wel een juiste beslissing?
3. Op de website ziet u de linkerventrikelangiografie. Wat valt u op? Aan welk ziektebeeld moet u denken?
4. Kunt u oorzaken noemen van dit ziektebeeld? In hoeverre draagt (acute) stress bij aan het ontstaan van deze cardiomyopathie?
5. Wat is uw conclusie aan de hand van het verhaal en het elektrogram?

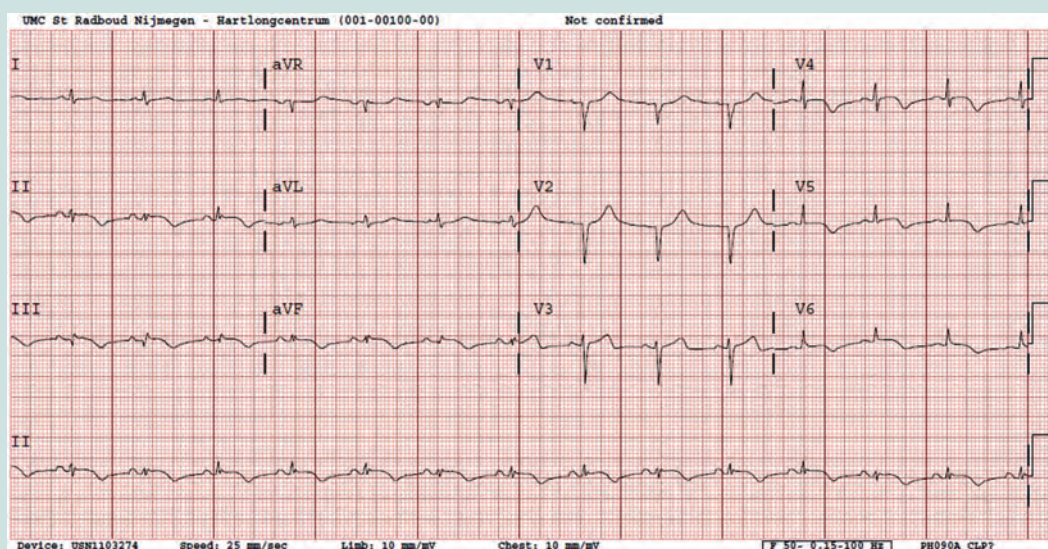
Wat vertelt deze casus?

Een 68-jarige patiënte met acute pijn op de borst

Casus:

Een 68-jarige vrouw wordt met spoed naar de afdeling cardiologie verwezen wegens plotseling ontstane thoracale pijn en een positieve troponine. Ze was bezig met longrevalidatie op de afdeling longziekten vanwege een exacerbatie van haar obstructief longlijden (COPD). Haar cardiale voorgeschiedenis is blanco. Bij presentatie op de Eerste Hart Hulp maakt ze een niet acuut zieke, angstige indruk. Ze zegt recentelijk geen stress te hebben ervaren, maar haar longlijden met exacerbaties belemmert haar in het dagelijks leven. Bij opname is de bloeddruk 117/71 mmHg bij een pols van 94/min., lengte 160 cm bij een geschat gewicht van 57 kg. Over het hart zijn normale tonen te horen zonder geruis en over de longen zijn geen crepitaties

hoorbaar. Het elektrocardiogram vindt u in figuur 1. In het laboratoriumonderzoek is de CK-waarde niet verhoogd. De troponine I meet maximaal 3.25 g/l (normaalwaarde < 0.20 g/l). Gezien het afwijkend ECG en de positieve troponine, besluit de cardioloog dat er sprake is van een Non ST-segment Elevatie Acuut Coronair Syndroom (NSTEMI ACS) en vraagt een diagnostische hartkatheterisatie met coronairangiografie aan. De coronairen blijken uiteindelijk geen significante afwijkingen te hebben. De linkerventrikelangiografie, die u op de video op de website kunt zien, is opmerkelijk. Na twee dagen observatie zonder ritmeproblemen kan de vrouw in goede conditie worden teruggeplaatst naar de afdeling longziekten voor verdere revalidatie. 



Figuur 1: ECG

Herstel na een hartoperatie vergt veel energie van het lichaam. De belangrijkste brandstofbron is het eiwit albumine. Bij een tekort hieraan ontstaat een verstoorde vochtbalans in de bloedvaten en weefsels, wat een negatieve invloed heeft op een snel herstel. Om te zorgen dat patiënten voldoende eiwitten binnenkrijgen, organiseert de verpleegafdeling cardiothoracale chirurgie van het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein op iedere werkdag een gezamenlijke maaltijd. Samen eten heeft een positief effect op de voedselinname en kan ondervoeding voorkomen.

Tjitze Hoekstra, zorginnovator; Gert Schaaij, afdelingshoofd verpleegafdeling cardiothoracale chirurgie; Lilian Coops, zorgassistent verpleegafdeling cardiothoracale chirurgie. Allen werkzaam in St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

E-mail: t.hoekstra@antoniusziekenhuis.nl

Ondervoeding na een hartoperatie

Zien eten, doet eten

Ziektegerelateerde ondervoeding staat de laatste jaren in de belangstelling. Ondervoeding heeft nadelige effecten op het herstel na een operatie en het verhoogt de kans op complicaties en overlijden.¹ Door vroegtijdige screening en focus op multidisciplinaire samenwerking bij de behandeling van ondervoeding, kunnen de risico's van ondervoeding mogelijk voorkomen worden. Op de verpleegafdeling cardiothoracale chirurgie (CTC) van het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein wordt elke patiënt bij opname gescreend op ondervoeding met als doel vroege herkenning en behandeling. Voor een voorspoedig herstel is het van belang dat een patiënt na een hartoperatie zo snel mogelijk voldoende eiwitten inneemt.

Een combinatie van een slechte eetlust en een zorgelijke voedingstoestand kan leiden tot ongewenst gewichtsverlies en ondervoeding. Verder leidt dit tot een hogere morbiditeit en mortaliteit en een lagere kwaliteit van leven als gevolg van complicaties.^{2,3} Screenen op ondervoeding is daarom een belangrijke eerste stap. In het St. Antonius ligt de focus, naast het gedetecteerde risico op ondervoeding, op patiënten die zeventig jaar of ouder zijn en patiënten die langer dan zeven dagen postoperatief op de afdeling liggen. Nog belangrijker dan het screenen op ondervoeding zijn interventies die bijdragen aan een voldoende eiwitinname. Hoe krijg je een patiënt met postoperatieve moeheid aan het eten?

Gezamenlijke lunch

Het eetgedrag van mensen wordt beïnvloed door verschillende factoren,

variërend van portiegrootte tot de aanwezigheid van anderen.⁴ De aanwezigheid van anderen beïnvloedt het menselijk eetgedrag aanzienlijk. Mensen eten meer als ze samen met anderen eten dan wanneer ze alleen eten. Dit wordt bevestigd in het onderzoek van Nijs.⁵ Bij verpleeghuisbewoners die in een huiselijke sfeer eten, blijkt de algehele kwaliteit van leven te verbeteren. Zaken als ervaren veiligheid, autonomie en zintuiglijk, fysiek en psychosociaal functioneren worden positief beïnvloed door het eten in huiselijke sfeer. Ook de fijne motoriek en het lichaamsgewicht verbeteren. Dit onderzoek is voor de verpleegafdeling CTC de inspiratiebron geweest om op 1 maart 2012 te starten met het project 'gezamenlijk eten'. Voorheen aten alle

patiënten op hun kamer in bed of aan tafel. Nu kunnen maximaal tien patiënten gezamenlijk de lunch gebruiken in het dagverblijf van de verpleegafdeling.

Lunch

Omdat het aantal lunchplekken beperkt is, hebben drie groepen patiënten met een verhoogd risico op ondervoeding prioriteit voor deelname.^{6,7,8} De patiënt heeft geen bedrust en voldoet aan een van de volgende voorwaarden.

- Risico op ondervoeding: dit is een vanzelfsprekende keuze. Uitgangspunt is de screening met behulp van de MUST (Malnutrition Universal Screening Tool, (zie kader), die op de preoperatieve poli uitgevoerd wordt.⁹
- Ouder dan 69 jaar: in de praktijkgids 'Kwetsbare ouderen' wordt

Essentie eiwitinname

Een hartoperatie is een forse ingreep. Naast de stress die het lichaam te verduren krijgt tijdens de operatie, vergt het herstel ook veel energie. Het lichaam gebruikt hiervoor de meest beschikbare brandstof: albumine. Dit is kwantitatief het belangrijkste eiwitmolecuul in het bloedplasma (35–55 gram per liter). Omdat het in de gezonde situatie niet uit de bloedhaartvaten kan treden, speelt het een belangrijke rol bij de handhaving van de juiste osmotische druk in de bloedvaten. De zogeheten colloïd-osmotische druk (COD) heeft een aanzuigende werking - vanuit de ruimte tussen de spiercellen naar de bloedvaten -, waardoor water uit de weefsels in het bloed wordt geresorbeerd.

De COD wordt grotendeels bepaald door de hoeveelheid eiwitten (colloïden, met name albumine) in het bloed. Wanneer er (te) weinig eiwitten in het bloed aanwezig zijn, is de aanzuigende kracht relatief laag, zodat er onvoldoende water in het bloed wordt geresorbeerd. Het vocht blijft achter in de weefsels en hoopt zich op, waardoor oedeem ontstaat. Om het probleem van te weinig albumine na een operatie op te lossen is het van belang veel eiwitten binnen te krijgen. Vanuit de aminozuren (bouwstenen van eiwitten) krijgt het lichaam weer nieuwe bouwstenen om albumine te maken. Kortom, eiwitten spelen een belangrijke rol in het herstelproces na een hartoperatie.



De gezamenlijke lunch

Patiënten hebben toestemming gegeven voor publicatie.

foto: Afdeling fotografie Antonius Academie

menlijk eten' blijkt dat patiënten tijdens de maaltijd veel steun in het herstelproces ervaren door het lotgenotencontact. Een gezellige sfeer heeft ook een positief effect op het eten, blijkt uit de reacties die patiënten in het logboek hebben geschreven (zie kader). Verpleegkundigen merken dat patiënten elkaar vaker opzoeken. Zo heeft het samen lunchen ook een positief effect op de mobilisatie van patiënten. Mobiliseren na een hartoperatie draagt bij aan het voorkomen van complicaties. Een mooie bijvangst.

Gevolgen ondervoeding

Ondervoeding heeft ernstige gevolgen voor de totale gezondheidstoestand van de patiënt. Het leidt tot langzamer herstel, meer en ernstigere complicaties, een verminderde spiermassa met als gevolg een afname van de algehele conditie en een verminderde hart- en longcapaciteit.^{11,12} Ondervoeding vermindert de immunologische afweer, zorgt voor een verminderde wondgenezing, een verhoogde kans op de ontwikkeling van decubitus, een afname van de levenskwaliteit en een verhoogde mortaliteit. Deze complicaties van ondervoeding hebben onder andere een langere opnameduur en een verhoogd gebruik van medicijnen tot gevolg, wat veel ongemak voor de patiënt met zich meebrengt en een toename van de ziekenhuiskosten.¹³

Ondervoedingcomplicaties kunnen op hun beurt weer de eetlust negatief beïnvloeden. De patiënt raakt dan in een neerwaartse spiraal. Deze spiraal van ziekte en ondervoeding is te doorbreken met een actief behandelingsprogramma. Het project 'samen eten' is hier een mooi voorbeeld van.

Tot slot

Het belang van een adequate voedselinname na een hartoperatie is duidelijk. Het project 'samen eten' draagt hier aan bij. Patiënten kunnen in een logboek, dat tijdens de maaltijd op tafel ligt, hun ervaringen schrijven. Bij een analyse van dit logboek valt iets bijzonders op. Naast het stimuleren van eten blijkt dit project nog een andere belangrijke functie te hebben: het praten over de hartoperatie met mensen die begrijpen wat je hebt doorgemaakt en het leren van elkaars ervaringen. Ofwel het lotgenotencon-

ondervoeding als een van vier geriatrische thema's benoemd die worden geassocieerd met functieverlies als gevolg van een complicatie door ziekenhuisopname.¹⁰

- Langer dan zeven dagen opgenomen: over het algemeen zijn dit patiënten die een complicatie na hun hartoperatie opgelopen hebben. Bij een stermaal wondinfect bijvoorbeeld heeft het lichaam door de ontsteking een verhoogde behoefte aan extra voeding en eiwitten.¹

Elke doordeweekse dag motiveren de zorgassistenten bovenstaande patiënten om deel te nemen aan de lunch. Tussen 12 en 13 uur wordt de lunch verzorgd door een team dat bestaat uit twee vrijwilligers, een medewerker van de roomservice, een zorgassistent en de voedingsconsulent. De laatste gaat over het bestellen van verantwoorde snacks waar veel eiwitten in zitten: kroketten, kaassoufflés, roomijs en ei. Daarnaast is ook vers fruit en verse jus d'orange beschikbaar. Met de keuze voor deze snacks is rekening gehouden met het feit dat de smaaksensatie van patiënten na een hartoperatie minder is.¹

Het valt op dat patiënten vaak al op de hoogte zijn van de gezamenlijke lunch als ze voor het eerst gevraagd worden. Ze blijken hier onderling over te spreken.

Lotgenotencontact

Een praktijkonderzoek dat in 2013 is

uitgevoerd door studenten van de Christelijke Hogeschool Ede toont aan dat patiënten die gezamenlijk de lunch gebruiken meer eiwitten naar binnen krijgen dan patiënten die wel in aanmerking komen voor de gezamenlijke lunch, maar op hun kamer blijven.⁸ De conclusie van dit onderzoek was dan ook: gezamenlijk eten, doet eten.

Uit de evaluatie van het project 'geza-

Patiënten in het logboek

"Mooie poging om mensen met ongeveer dezelfde problemen wat afleiding te bezorgen en daardoor een gezonde eetlust op te wekken"

"Je hebt gewoon wat om naar uit te kijken en het doorbreekt de sleur. Vaak heb je zelfmedelijden en vind je jezelf zielig na een operatie. Maar als je uitgenodigd wordt voor een gezamenlijke maaltijd knap je zichtbaar op. Je hoort verhalen van anderen en die zijn soms nog veel erger als wat jij meegemaakt hebt. Hierdoor krijg je een positieve boost en het stimuleert je om er tegenaan te gaan"

"Bijzonder project, de patiënten worden gestimuleerd om te eten. In mijn geval wisten ze precies wat ik gehad heb en dat dat toch nog te weinig was. Ze bleven stimuleren, goed hoor, mijn complimenten."

tact. Dit heeft mogelijk ook een positieve invloed op sneller herstel. Een nieuwe uitdaging om verder te onderzoeken. 

Literatuur

1. Sanchez JA, Sanchez LL, Dudrick SJ. Nutritional considerations in adult cardiotoracic surgical patients. *Surg Clin North Am* 2011;91:857-75.
2. Abbasi AA, Rudman D. Prevalence, consequences, causes and prevention. *Nursing home* 1994;52: 113-122.
3. Visschedijk JHM, Schols JMGA. Wat zijn de meest relevante parameters voor ondervoeding in een verpleeghuis? *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie* 2006; 37:218-226.
4. Hermans RCJ, Larsen JK, Engels RCME. Zien eten doet eten: een experimentele studie naar imitatie van eetgedrag bij jonge vrouwen psychologie & gezondheid 2008; 36:191- 199.
5. Nijs, KAND. Optimizing the ambiance during mealtimes in Dutch nursing homes. *Academisch proefschrift Wageningen; British Medical Journal* 2006; 20, 332 (7551). 1180-4.
6. Deij N, Hordijk L, Prins J, Versteeg L. Onderzoek naar het gebruik van de MUST door verpleegkundigen van de afdeling Cardio-Thoracale chirurgie, 2011; Kwaliteitsonderzoek St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
7. Kastelein N, van Meijeren G.E, van Ommen E.G. Postoperatieve screening op ondervoeding bij Cardio-thoracale chirurgische patiënten. 2011; Kwaliteitsonderzoek St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
8. Berman N, van Kreuningen D, Mauritz R, Heije H. Gezamenlijk eten op de Cardio-thoracale Chirurgie 2013; Kwaliteitsonderzoek St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein
9. Richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding, versie juni 2011 www.stuurgroepondervoeding.nl; 27 juni 2013 geraadpleegd.
10. VMS Praktijkids Kwetsbare ouderen
11. Elia M, Zellipour L, Stratton RJ. To screen or not to screen for adult malnutrition. *Clinical Nutrition* 2005;24:867-884.
12. Green CJ. Existence, causes and consequences of disease related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. *Clinical Nutrition* 1999;18:3-28.
13. Chima CS, Barco K, Dewitt ML, Relationship of nutritional status to length of stay, hospital costs, and discharge status of patients hospitalized in the medicine service, *J Am Diet Assoc.* 1997;97(9): 975-978



*De gezamenlijke lunch
Patiënten hebben toestemming gegeven voor publicatie.*

foto: Afdeling fotografie Antonius Academie

MUST

De Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) is een diagnostisch instrument om de voedingstoestand te bepalen. De MUST meet aan de hand van een screeningslijst:

1. Het actuele risico op ondervoeding (BMI);
2. Het retrospectieve risico (gewichtsverlies);
3. Het prospectieve risico (de te verwachten verminderde voedingsinname).

De screeningslijst MUST omvat vijf stappen.

Stap 1. De patiënt wordt gewogen en gemeten, waarna de BMI wordt berekend.

Is de BMI: >20 score 0;
18,5 - 20 score 1; < 18,5 score 2.

Stap 2. Het percentage ongewenst gewichtsverlies wordt bepaald door het stellen van de volgende twee vragen: Bent u de laatste zes maanden afgevallen? Zo ja, hoeveel kilo bent u de laatste zes maanden afgevallen? Het aantal kilo's gewichtsverlies wordt ingevuld op de screeningslijst en het percentage gewichtsverlies wordt berekend, waarbij < 5% score 0; 5% - 10% score 1 en > 10% score 2 is.

Stap 3. In deze stap wordt aangegeven of de patiënt gedurende vijf dagen geen voeding heeft gehad of zal krijgen (oraal, via sonde of TPN). Als hiervan sprake is, wordt een score toegekend: > 5 dagen geen voeding, score 2.

Stap 4. De scores van de vorige drie stappen worden opgeteld. Aan de totaalscore kan de mate van risico worden afgelezen:

- * score 0: laag risico;
- * score 1: matig risico;
- * score 2: hoog risico.

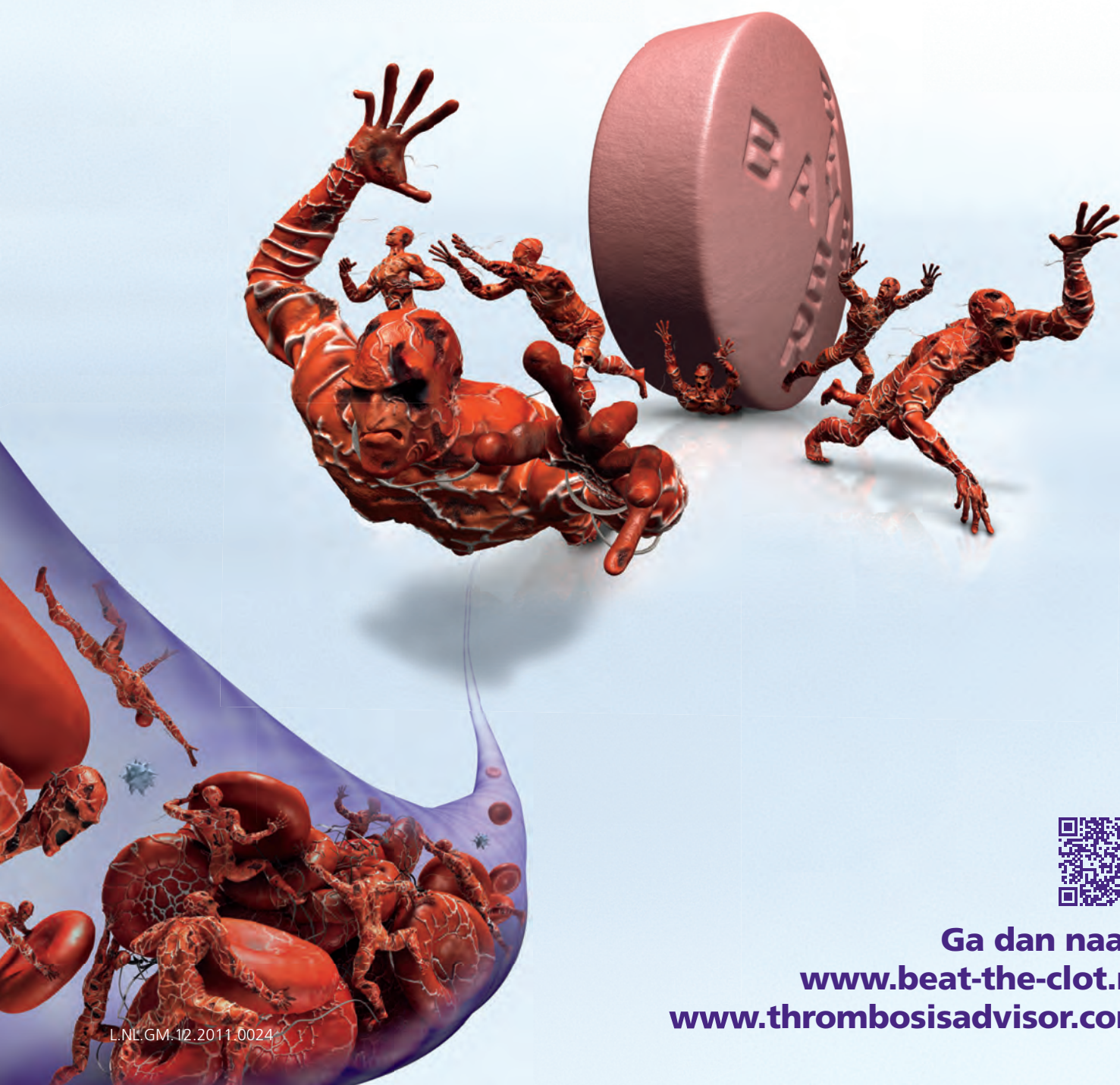
Stap 5. Na bepaling van de scores wordt er een interventie aan gekoppeld. Score 0: er is geen interventie nodig, de routinezorg kan worden gecontinueerd. Score 1: de patiënt krijgt energie- en eiwitverrijkte voeding. Score 2: de patiënt krijgt energie- en eiwitverrijkte voeding en consult van de diëtist.

Bron:

www.stuurgroepondervoeding.nl



Gaat u samen met Bayer het gevecht aan tegen trombose?



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

Patiëntenpaden zijn 'hot'. In dit artikel vertellen de auteurs hoe in het kader van een afstudeerproject van de Hogeschool Utrecht voor de afdeling cardiologie van het St. Antonius Ziekenhuis, locatie Nieuwegein een patiëntenpad is ontwikkeld. In drie stappen laten ze u zien hoe u zelf zo'n voorlichtingstraject kunt maken.

Ellen Burgman, BN, verpleegkundige afdeling cardiologie, Diaconessenhuis, Utrecht
Debbie ten Cate, RN, hogeschooldocent Bachelor Verpleegkunde, Instituut Verpleegkundige Studies, Hogeschool Utrecht, Utrecht
Tjitze Hoekstra, zorginnovator St. Antonius Ziekenhuis.

Email: eburgman@diakhuis.nl

In drie stappen naar een patiëntenpad

Nieuw voorlichtingsmateriaal geeft patiënt de regie

Patiëntenparticipatie in de zorg is zeer actueel. Steeds meer krijgen patiënten de regie in handen. Daarnaast wordt de maatschappij steeds individualistischer. De opnamen gaan sneller; binnen 24 uur een behandeling is geen uitzondering meer. Hierdoor is de zorg patiëntgericht en efficiënt. Het patiëntenpad sluit goed aan op deze individuele vraag.¹⁻⁶ Deze nieuwe manier van patiëntenvoorlichting geeft de patiënt een stuur in handen.

Sinds 2010 zijn er in het St. Antonius Ziekenhuis tien patiëntenpaden ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te verbeteren en daarmee ook de patiënttevredenheid te verhogen.⁷ Op de afdeling cardiologie was het patiëntenpad echter nog een nieuw concept. Wel bestond de wens om op de Short Stay, waar 24-uurs opnames voor ablaties, hartkatheterisaties en dotters plaatsvinden, het patiëntenpad te introduceren met het doel de voorlichting aan de patiënt te optimaliseren. Als afstudeerproject voor de Bachelor Verpleegkunde aan de Hogeschool Utrecht is in samenwerking met het St. Antonius Ziekenhuis een kwaliteitsproject uitgevoerd. Gedurende drie maanden is dit project in fases

uitgevoerd met als eindresultaat: het patiëntenpad.

Stappenplan

We geven het kwaliteitsproject weer als een stappenplan, zodat u ook zelf een patiëntenpad kunt maken. Door de kwaliteitscyclus van 'plan-do-check-act' (PDCA) driemaal te doorlopen, kunt u een patiëntenpad ontwikkelen en optimaliseren. De drie cycli zijn:

- Stap 1, het ontwerpen van een patiëntenpad met behulp van experts.
- Stap 2, het houden van een pilotonderzoek bij patiënten/verpleegkundigen op de afdeling.
- Stap 3, het doorspreken van het patiëntenpad met een patiëntenpanel.

Hierna worden de verschillende stappen beschreven en toegelicht met voorbeelden uit het project dat is uitgevoerd in het St. Antonius Ziekenhuis.

Stap 1, experts

Voor het opstellen van een patiëntenpad gelden enkele voorwaarden. Zo moet het gaan om een gestandaardiseerde behandeling en moet er een

verpleegkundig klinisch pad aan ten grondslag liggen (zie figuur 2).

Tenslotte moet het gebruikte klinische pad maximaal drie jaar geleden zijn geüpdatet. Als aan deze voorwaarden is voldaan, kan het werkelijke ontwikkelingsproces beginnen met behulp van ervaren verpleegkundigen en patiëntenparticipatie. Experts benoemen de belangrijkste informatie voor het patiëntenpad uit het verpleegkundige, klinische pad. Deze informatie uit het klinische pad betreft punten waar de patiënt zelf actief bij kan meehelpen en meedenken in de behandeling. Deze items komen in het patiëntenpad. Ook antwoorden op veel gestelde vragen kunnen worden toegevoegd. Een patiëntenpad kan op chronologische volgorde worden ingedeeld, maar ook per onderwerp.

Stap 1 van patiëntenpad cardiologie Short Stay

Door het analyseren van klinische paden met behulp van experts is het patiëntenpad ontworpen. Uit eerder afstudeeronderzoek zijn al formats gekomen voor de lay-out, de formulering in patiëntentaal, het inleiden van een patiëntenpad, de stappenverdeling en het belang om in de gebiedende wijs te schrijven: "U gaat ...".^{4,5,6} Vanuit de klinische paden kwamen stappen naar voren die de verpleegkundige en de patiënt kunnen ondernemen. Stappen van de verpleegkundige zijn bijvoorbeeld het maken van een hartfilmpje en het meten van de bloeddruk. Stappen die de patiënt kan ondernemen zijn onder andere het meenemen van een medicatieoverzicht, het melden van allergieën en pas eten en drinken na een operatie. Hieruit volgt een patiëntenpad dat wordt meegenomen

Wat is een patiëntenpad?

De verpleegkundige houdt zelf tijdens de opname een klinisch pad bij, een checklist voor verpleegkundige handelingen ter voorbereiding van bijvoorbeeld een onderzoek of behandeling.

Het patiëntenpad is een voorlichtingsmiddel (zie figuur 1a en b) voor de patiënt, dat op basis van een verpleegkundig klinisch pad en met antwoorden op de meest gestelde vragen over de behandeling vertaald is in patiëntentaal. Zo kan de patiënt volgen wat er zoal gebeurt en daarop anticiperen. De verpleegkundige stelt zich meer op als coach. Door het stappenplan te volgen, heeft de patiënt grip op wat er gaat gebeuren.

Patiëntenpad 24-uurs opname Kort Verblijf: Uw stuur in eigen handen

U ondergaat vandaag een behandeling op de afdeling Kort Verblijf (Short Stay). Om dit verblijf zo goed mogelijk te laten verlopen, neemt u samen met de verpleegkundige dit 'patiëntenpad' door. In dit stappenplan staat duidelijk wat er gaat gebeuren en daarmee heeft u het stuur in eigen handen. Hebt u vragen?

Stel ze gerust aan de verpleegkundige. Naam verpleegkundige: _____

Start van de dag

De verpleegkundige bespreekt met u

- uw medicijngebruik, de tromboselijst, allergieën en uw ziektegeschiedenis;
- of u nog bloed moet laten afnemen als u antistollingsmedicatie gebruikt
- of u een plaatselijke of algehele verdoving krijgt;
- of u 's ochtends medicatie hebt ingenomen?
- of u nog mag eten en/of drinken
- waar u uw bed, uw kast voor uw spullen, de douche en het toilet kunt vinden.;
- of u al een folder thuis heeft ontvangen over de behandeling;
- wie uw twee contactpersonen zijn. Zij mogen de hele dag in het ziekenhuis aanwezig zijn, andere bezoekers mogen afwisselen tijdens bezoektijden.

Onderzoeken voor de behandeling

De verpleegkundige maakt voor de behandeling een hartfilmpje, meet uw bloeddruk en temperatuur.

Behandeling

De verpleegkundige roept u op voor de ingreep. Het kan gebeuren dat de afgesproken tijd niet wordt gehaald, bijvoorbeeld door een spoedgeval of door het uitlopen van het behandelprogramma.

We vragen hiervoor uw begrip.

Voor uw oproep kunt u:

- uw blauwe operatiekleding aantrekken;
- warme sokken aantrekken;
- naar het toilet gaan.

Verpleegkundigen of vrijwilligers van de vervoersdienst brengen u met bed naar de behandelkamer.

Tijdens de ingreep krijgt u een plaatselijke verdoving en blijft u bij kennis.

U gaat naar de OK als uw cardioloog voor de opname een algehele verdoving heeft afgesproken. U gaat dan na de behandeling ter controle naar de uitslaapkamer. Zodra u goed wakker bent, komt u weer terug op de afdeling Kort Verblijf.

Direct na de behandeling

- wordt u in bed teruggebracht naar de afdeling;
- maken wij een hartfilmpje;
- meten wij in de eerste uren na terugkomst op de afdeling, een aantal keren uw bloeddruk en temperatuur;
- mag u weer eten en drinken;
- kunt u bellen voor een po of urinaal om te kunnen plassen.
- bespreekt de verpleegkundige twee punten met u, namelijk:

1. U moet tot _____ uur plat blijven liggen.

2. U mag om _____ uur uit bed.

(Bel de verpleegkundige voor begeleiding als u voor het eerst uit bed gaat.)

Hebt u pijn; bloed bij de wond; een bult bij de wond of hebt u geplast, waarschuw dan de verpleegkundige.

ZIEKENHUIS
ST ANTONIUS

Figuur 1a. Het patiëntenpad van afdeling Cardiologie Short Stay, St. Antonius Ziekenhuis, locatie Nieuwegein.

Medicijnen

De verpleegkundige bespreekt met u of

- u weer overgaat op uw eigen medicatie.
- u diabetes hebt. In dat geval meet de verpleegkundige uw bloedsuiker en vertelt u hoeveel medicijnen u mag innemen (en wanneer) of hoeveel insuline u mag spuiten
- u uzelf mag aankleden, wassen en douchen;
- u zelfstandig naar het toilet kan;
- het 'drukverband verwijderd mag worden;
- het infuus verwijderd mag worden

Overnachting

- U verblijft 1 nacht in het ziekenhuis ter observatie.
- De verpleegkundige wekt u tussen 06:00 - 08:00 uur voor de laatste controles. (hartfilmpje, bloeddruk en temperatuur);
- Schrijft u mogelijke vragen op voor de zaalarts.

Figuur 1b. Het patiëntenpad van afdeling Cardiologie Short Stay, St. Antonius Ziekenhuis, locatie Nieuwegein.

Ontslag

- De zaalarts voert het ontslaggesprek met u en bekijkt de wond;
- Bent u via de pols geholpen? De verpleegkundige geeft u instructie over het gebruik van een mitella;
- De verpleegkundige geeft u de ontslagpapieren (uw vervolgspraken krijgt u thuis gestuurd) en u krijgt een 'angioseal'-kaartje mee voor in de portemonnee.
- Lees in uw folder de leefregels voor thuis en wat te doen in noodgevallen. De leefregels zijn specifiek voor uw behandeling;
- U krijgt het telefoonnummer van de afdeling. Bij vragen kunt u ons altijd bellen.

Naar Huis

- Het is belangrijk dat u thuis nog minimaal een week rustig aan doet.
- Hebt u recepten meegekregen, haal de nieuwe medicijnen bij de apotheek op (en vergeet ze niet in te nemen).
- Volg de leefregels uit de folder goed op. Zo werkt u zelf aan een optimaal herstel!

naar de afdeling om tijdens zes pilotdagen te gebruiken.

Stap 2, op de afdeling

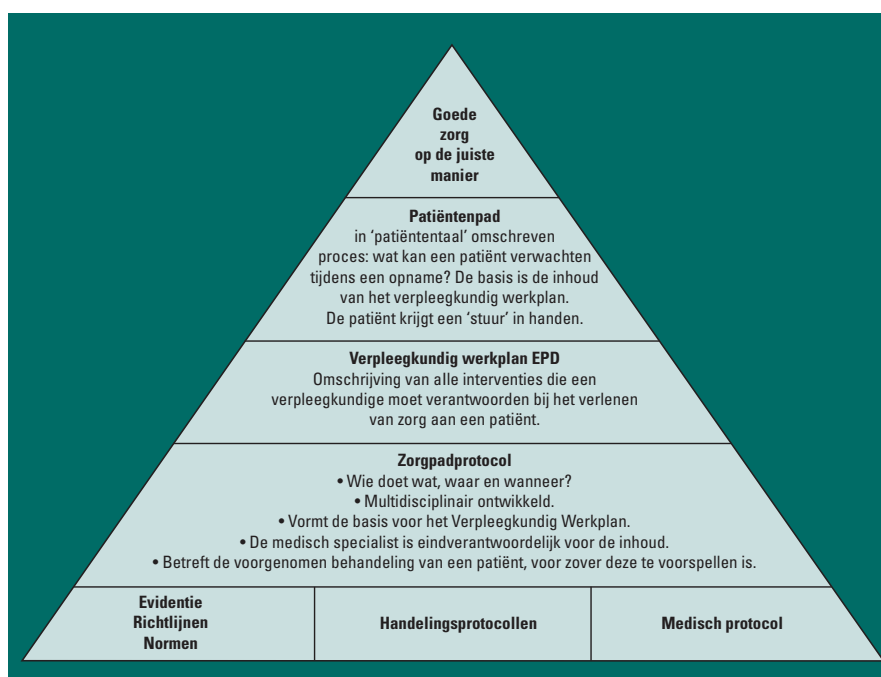
Het betrekken van patiënten in het onderzoek naar het juiste patiëntenpad blijkt een meerwaarde te hebben voor de functionaliteit van het eindproduct. De patiënt is gebruiker van

het eindproduct en geeft in de twee opvolgende kwaliteitscycli feedback op het voorlopige patiëntenpad. Door middel van korte enquêtes onder patiënten en verpleegkundigen kunt u de functionaliteit van het patiëntenpad en de ervaringen onderzoeken. De vragen van de enquêtes kunt u opstellen in overleg met een expert; er zul-

len zeker discussiepunten zijn over bepaalde items die in het patiëntenpad zijn gezet. Neem deze mee in de enquête. Experts kunnen collega's zijn uit het werkveld, mensen die met onderzoek bezig zijn of medewerkers van de communicatieafdeling, die meedenken met het ontwikkelen van het patiëntenpad. Na deze testperiode heeft u veel feedback over de functionaliteit en kunt u het patiëntenpad verbeteren.

Stap 2 van patiëntenpad cardiologie Short Stay

De onderzochte patiëntengroep bestaat uit 22 patiënten van de afdeling cardiologie Short Stay die opgenomen worden voor behandeling, zoals de plaatsing van een pacemaker of Implanteerbare Cardioverter Defibrillator (ICD), een hartonderzoek CAG, het wegsnijden van harttoortje of een ablatie. Tijdens de zes pilotdagen tussen 14-24 maart 2012 is aan alle patiënten gevraagd deel te nemen aan het onderzoek als zij boven de 18 jaar waren en Nederlands konden lezen. In dezelfde periode zijn de toen werkzame verpleegkundigen gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Aan alle 22 patiënten is via enquêtes gevraagd naar kenmerken van de patiënten, hun ervaring met het patiëntenpad



Figuur 2: Opbouw 'goede zorg op de juiste manier' (Hoekstra, 2012)

Tabel 1: kenmerken van pilotonderzoek

Kenmerken onderzoek (N=22)

Mannelijk geslacht/ vrouwelijk geslacht n/ (%)	16/6	(73)/(27)
Leeftijd (gemiddelde (bereik))	64	(25-85)
Behandeling		
- CAG n/ (%)	2	(9)
- Harttoortje verwijderen n/ (%)	1	(4,5)
- Pacemaker/ ICD n/ (%)	6	(27)
- Ablatie n/ (%)	13	(59,5)
Eerste opname op Short Stay n/ (%)	16	(73)

en mogelijke aanvullingen. Op basis van de resultaten is het patiëntenpad verbeterd. De enquêtes van de patiënten zijn onderverdeeld in kenmerken (zie tabel 1) en resultaten (zie tabel 2).

Uit de enquêtes onder patiënten (N=22) die waren opgenomen op de afdeling cardiologie Short Stay blijkt dat 55% het patiëntenpad gebruikt heeft. Bij navraag of het patiëntenpad werkt, blijkt 68% het voorlichtingsmiddel van toegevoegde waarde te vinden.

Daarnaast is aan vijf verpleegkundigen gevraagd vier korte vragen te beantwoorden over hun observaties van patiënten en hun eigen ervaring. Tijdens de pilotdagen blijken de verpleegkundige enquêtes enkele malen te zijn ingevuld; er worden geen nieuwe verbeterpunten genoemd. Verpleegkundigen geven aan dat het patiëntenpad voor zichzelf spreekt.

Stap 3, patiëntenpanel

Met behulp van een patiëntenpanel,

oud-patiënten die bekend zijn met de behandelingen en onderzoeken, kan verdiept en specifiek nagevraagd worden op verschillende onderdelen van het patiëntenpad. Zij nemen het patiëntenpad door en/of bespreken met u de laatste verbeteringen. Hierna begint het werkelijke ontwikkelproces met het ontwerpen van huiskleuren en het uiteindelijk laten drukken van het patiëntenpad.

Stap 3 van patiëntenpad cardiologie Short Stay

Het patiëntenpanel van twee oud-patiënten heeft mondeling en via een brief feedback gegeven op het patiëntenpad. Uit het overleg met het patiëntenpanel kwam naar voren dat het patiëntenpad het juiste voorlichtingsmiddel is om aan de informatievraag van de patiënten te voldoen. Het panel heeft ook feedback op lay-out en inhoud gegeven.

Op deze manier heeft u een patiëntenpad ontworpen waarmee de patiënt bij de behandeling zelf het stuur in handen heeft en kan meehelpen om de behandeling zo goed mogelijk te laten verlopen. Tenslotte nog een tip: Als in de toekomst de klinische paden veranderen, zal het patiëntenpad ook moeten worden aangepast, omdat de klinische paden de basis vormen van dit voorlichtingsmiddel.

Conclusie

Het is mogelijk zelf een patiëntenpad te ontwerpen op basis van meningen van experts en van bestaande verpleegkundige klinische paden en met medewerking van patiënten die een bepaalde behandeling ondergaan. Uit eigen praktijkonderzoek op de afdeling cardiologie Short Stay in het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein blijkt dat 55% van de patiënten het pad gebruikt. Van hen vindt 68% het een toegevoegde waarde hebben. Het lijkt een duidelijke meerwaarde voor de patiënt te hebben en een juist voorlichtingsmiddel te zijn om aan de informatievraag te voldoen.

Sinds 14 mei 2012 is het patiëntenpad geïmplementeerd op de afdeling cardiologie Short Stay. Er volgt nog onderzoek naar de mogelijkheid om het patiëntenpad ook aan klinische patiënten bij behandeling te geven. 

Literatuur

1. Elberse, J.E. Getrainde patiëntenvertegenwoordigers betrokken bij onderzoek. Nederlands Tijdschrift voor de reumatologie, 2009, 40-44.
2. Graven, A. (2006). Variantieanalyse klinische paden: een eerste verkenning.
3. Bureau Taal (2008). Wat is eenvoudig Nederlands? Europees beleidsdocument.
4. Crombeecke, M. (2011). Afstudeeronderzoek: Stuur in eigen handen.
5. Hertog, den, H. (2011). Afstudeeronderzoek: Inzicht in uw genezingsproces.
6. Weerdestijn, L. (2011). Afstudeeronderzoek: Stap voor stap door het patiëntenpad.
7. St. Antonius Ziekenhuis (2011). Tevredenheidsonderzoek Short Stay. Nieuwegein: Siegmund, G.

Tijdens dit onderzoek was Ellen Burgman student van de Bachelor Verpleegkunde, Hogeschool Utrecht, Utrecht.

Tabel 2: resultaten van pilotonderzoek

Resultaten onderzoek (N=22)

Patiëntenpad gekregen n/(%)	20	(91)
Informatie voor opname n=21/ (%)	21	(100)
- folder n/(%)	7	(33)
- mondeling n/(%)	5	(24)
- folder en mondeling n/(%)	9	(43)
Patiëntenpad gebruikt n/(%)	12	(55)
- vraag onduidelijk n/(%)	1	(4)
Patiënt vindt het een toegevoegde waarde n/(%)	15	(68)
- geen mening n/(%)	2	(9)
Ervaring volgorde stappen		
- goed n/(%)	12	(55)
- redelijk n/(%)	0	(0)
- voldoende n/(%)	2	(9)
- onvoldoende n/(%)	0	(0)
- slecht n/(%)	0	(0)
- geen mening n/(%)	8	(36)
Patiënt wil aan pad verder niks toevoegen n/(%)	13	(59)

Het acute hartinfarct is nog steeds een van de meest voorkomende oorzaken van sterfte en invaliditeit in Nederland. Per jaar worden er meer dan 27.000 patiënten opgenomen met een acuut hartinfarct. NVVC Connect heeft tot doel de zorg voor patiënten met een acuut hartinfarct te verbeteren.

Moniek Elsendoorn

E-mail: melsendoorn@nvvc.nl

Met dank aan Esther Zwaan, verpleegkundig specialist MC Alkmaar en lid van de werkgroep Connect van de NVVC

Samen zichtbaar in het verbeteren van de cardiologische zorg

NVVC Connect, project bij acuut hartinfarct

‘Samen zichtbaar’ is het motto van NVVC Connect, het project dat de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) is gestart om de zorg voor patiënten met een cardiologisch ziektebeeld te verbeteren. De komende jaren richt het project zich op het acuut hartinfarct. Het is goed zichtbaar wat er in de zorg al is bereikt: in vijftig jaar is de sterfte na een infarct van 40% teruggebracht naar 2,5%. Met NVVC Connect wil de NVVC opnieuw een verbeterslag maken.

Het uitgangspunt voor goede zorg rondom een patiënt met een acuut infarct is een sterke en goed samenwerkende keten. Het project richt zich zowel op de organisatie van de zorg als op de inhoud. Een goede, eenduidige dataregistratie kan bijdragen aan verbetering van de inhoud van de zorg.

Landelijk worden de volgende doelstellingen nagestreefd:

- veilige hartinfarctzorg van deur tot deur
- efficiënte zorg volgens de geldende richtlijnen
- verhoging van het aantal patiënten dat hartrevalidatie krijgt aangeboden
- optimale afstemming tussen alle hulpverleners
- de juiste patiënt, op de juiste plaats, op het juiste moment
- centrale registratie van de kwaliteitssindicatoren (ACS) in National Cardiovascular Data Registry

Regionale ketenzorg

De regionale invalshoek is kenmerkend voor het project. De partijen in de regio – van ambulance-organisatie tot cardioloog, huisarts en gespecialiseerde verpleegkundige – brengen samen in kaart hoe in hun regio de keten is georganiseerd. Dat levert geen

landelijke blauwdruk op, maar wel inspirerende voorbeelden voor andere regio's.

Inmiddels zijn zeven regio's gestart met het project en meerdere regio's willen ermee beginnen.

Voorbeelden van regionale doelstellingen zijn:

- primaire en secundaire preventie aan hartinfarctpatiënten aanbieden
- de rol van de huisarts in de ketenzorg
- zorgpad voor STEMI en NSTEMI hartinfarctpatiënten
- therapeutische ontwikkelingen bij STEMI
- triage van het non-STE-ACS
- optimale triage op de meldkamer
- hartrevalidatie volgens de VMS-criteria

Rol van de verpleegkundig specialist

De specialistisch verpleegkundige speelt een grote rol binnen Connect. Zo is in het MC Alkmaar op de afdeling cardiologie voor verpleegkundigen tijd vrijgemaakt voor de zorg rondom patiënten met een hartinfarct. Hierdoor is het zorgproces geoptimaliseerd en gestandaardiseerd middels de klinisch pad methode. De verpleegkundige is ingezet op onderstaande niveaus:

• Patiëntniveau

De patiënt geeft via een “spiegelgesprek” directe feedback over het zorgproces rondom het hartinfarct. De verpleegkundig specialist houdt, naast het ontslaggesprek, ook voorlichtingssprekken. Hier krijgen hartinfarctpatiënten (en familie) informatie over hun ziektebeeld en leefgewoontes. Daarnaast begeleidt de verpleegkundige de patiënt met een ‘dedicated’ spreekuur in de poliklinische fase na ontslag, waarbij de

huisarts op de hoogte wordt gebracht van de zorg rondom zijn patiënt.

• Management van ACS-zorgproces

Om de kwaliteitsindicatoren te kunnen programmeren in de bestaande digitale omgeving is een extra ICT-programmeur binnen de cardiologie aangenomen. De specialistisch verpleegkundige vertaalt de wensen uit het cardiologieteam naar deze programmeur.

• Management van ACS-registratieproces

Om de uitkomsten van de ACS-kwaliteitsindicatoren terug te koppelen is geïnvesteerd in een databeheerder. Deze werkt samen met de verpleegkundig specialist om de definities van de ACS-indicatoren te kunnen begrijpen en te programmeren. Daarnaast is contact gezocht met de databeheerder van de veiligheidsregio om tot een gestroomlijnde dataset zonder dubbelingen te komen. Dit geeft inzicht in de keten rondom de hartinfarctpatiënt. De specialistisch verpleegkundige heeft toegang tot de data en koppelt die periodiek terug naar het team.

• Regionale taak

De specialistisch verpleegkundige bezoekt de omringende ziekenhuizen. Door samen te werken en van elkaar te leren, gaat de hartinfarctzorg van goed naar beter.

Meer informatie over het NVVC Connect-project vindt u op www.nvvcconnect.nl. Daar treft u ook het Connect-tijdschrift aan uit april 2013. Hierin staan interviews met deelnemers uit de hele keten en een impressie van de kick-off bijeenkomsten van de gestarte regio's. U kunt ons ook bereiken via bureau@nvvc.nl of op 030-2345000. 

Op pagina 115 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 UMC St Radboud Nijmegen, afdeling cardiologie

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

Dit vertelde de casus!

Een 68-jarige patiënte met acute pijn op de borst

Bezoek ook de nieuwe website



Antwoorden:

1. Op het elektrocardiogram ziet u een sinusritme 80/min. De hartas is niet duidelijk te bepalen. De PQ-tijd meet 160 msec, QRS-duur 90 msec en QT-tijd 400 msec. Er zijn opgetrokken ST-segmenten in de onderwandsafleidingen II, III en aVF en in de laterale afleidingen V4 – V6 met negatieve T-toppen. Er is afwezigheid van R-progressie in V2-V3. Opmerkelijk is dat zowel de inferior als de anterior afleidingen 'ischemische' afwijkingen vertonen en ook dat er geen sprake is van reciproke ST-depressies.
2. Ja. Klachten van pijn op de borst, nieuwe (ischemische) afwijkingen op het elektrocardiogram én positieve hartenzymen wijzen op een ACS en daarom is een diagnostische hartkatheterisatie de logische vervolgstap. Bovendien kan dit therapeutische consequenties hebben, denk daarbij bijvoorbeeld aan een Percutane Coronaire Interventie bij een ACS.

3. De linkerventrikel heeft een opmerkelijke vorm tijdens systole. De apicale en midventriculaire segmenten zijn akinetisch (apicaal ballooning). Het beeld lijkt op een Japanse inktvispot (zie figuur 2, 3 en 4 op de website). Dit ziektebeeld heet ook wel takotsubo cardiomyopathie of stress induced cardiomyopathie of apical ballooning syndroom. Leken kennen dit als het 'gebroken hart syndroom'. Belangrijk feit is dat er aan de coronairen géén significante afwijkingen zijn te zien. De gestoorde wandbewegingen op de linkerventrikelangiografie passen ook niet bij een specifiek stroomgebied van een van de kransslagaders.
4. Takotsubo cardiomyopathie komt vooral voor bij vrouwen in de postmenopauzale fase. De oorzaak moet gezocht worden in endocriene, hormonale, neuropsychologische en microvasculaire factoren. Acute stress met sterke activatie van het sympathisch zenuwstelsel wordt vaak genoemd als trigger om een

Deze rubriek is multimediaal!

Ga naar

www.nvhvv.nl/cordiaal/cordiaal-multi-media.

Daar ziet u de linkerventrikelangiografie (video 1) en de figuren 2 t/m 4.



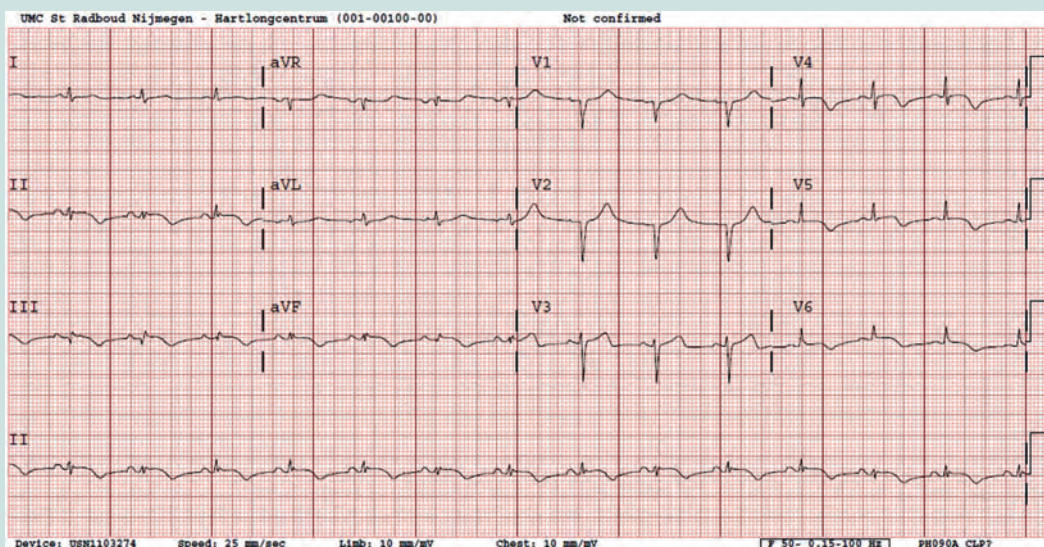
cascade op te starten die uiteindelijk leidt tot een tijdelijke afname van linkerventrikelcontractiliteit.¹ Er worden bij deze patiënten hoge concentraties van catecholamines gemeten. Stress of een emotionele gebeurtenis speelt in 85% van de gevallen een rol.²

Conclusie

Takotsubo cardiomyopathie

Literatuur

1. Wittstein IS, Thiemann DR, Lima JA et al. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. N Engl J Med 2005;352:539-548
2. Sharkey SW, Lesser JR, Maron BJ. Takotsubo (stress) Cardiomyopathy. Circulation 2011;124:e460-e462



Figuur 1: ECG

Onbehandelde depressie kan bij patiënten met hartfalen leiden tot een verminderde therapietrouw en een slechtere prognose van hartfalen. Daarnaast heeft het een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Onderzoek door thuiszorgorganisatie Zorgbalans bij patiënten met ernstig hartfalen in de thuissituatie laat zien welke patiënten een verhoogd risico lopen op depressieve klachten.

Gabi van der Laan, verpleegkundig specialist, Zorgbalans, Haarlem

E-mail: g.v.d.laan@zorgbalans.nl

Onderzoek naar depressie bij patiënten met ernstig hartfalen in de thuissituatie

Depressief van ernstig hartfalen?

Inleiding

Hartfalen is een complex klinisch syndroom en geen objectief te definiëren ziekte. Hartfalen ontwikkelt zich als gevolg van een hartaandoening en wordt gekenmerkt door verschillende symptomen die samenhangen met een slechte doorbloeding van weefsel gedurende inspanning en het vasthouden van vocht. Verschijnselen die zich presenteren zijn onder andere vermoeidheid, dyspneu en oedeem.¹ Op grond van de klachten is hartfalen volgens de classificatie van de New York Heart Association (NYHA) onder te verdelen in vier klassen.² Hoe hoger de klasse, hoe meer beperkingen in fysieke activiteit en des te slechter de prognose (zie figuur 1).³

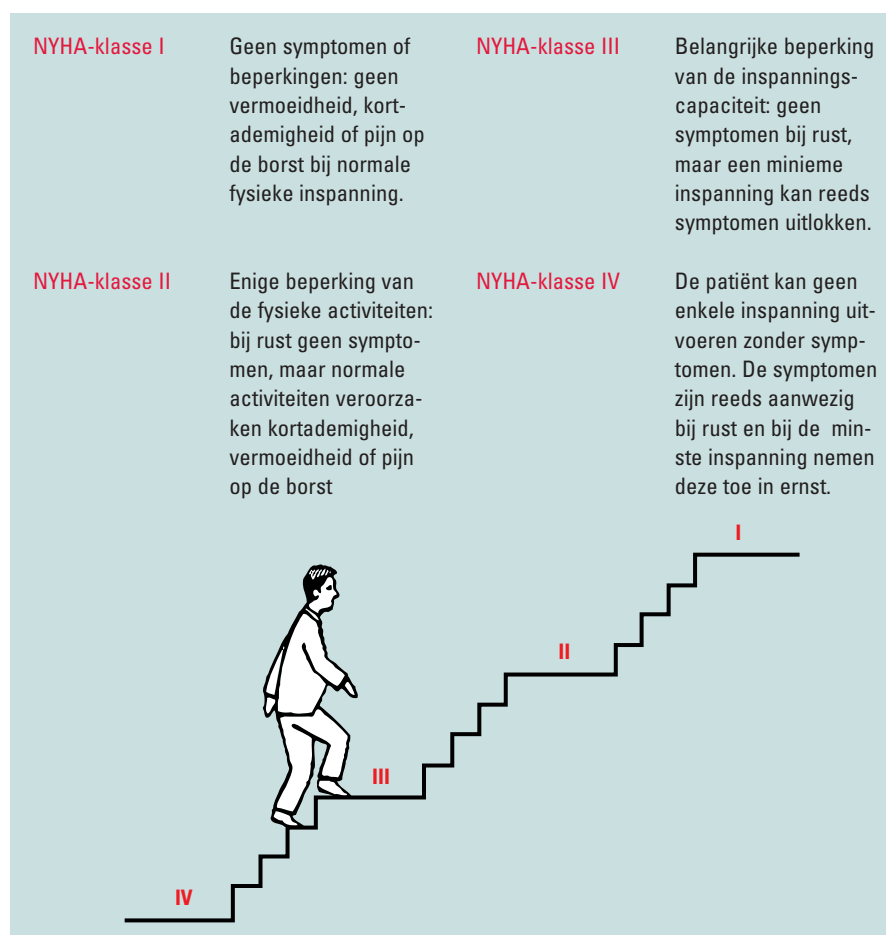
Op 1 januari 2007 waren er in Nederland 120.200 mensen met hartfalen. Er zijn geen cijfers bekend waarbij onderscheid wordt gemaakt in de vier klassen van het hartfalen.⁴ In het algemeen is er bij hartfalen geen genezing mogelijk. Er zijn patiënten die jarenlang stabiel zijn onder hartfalenmedicatie en er zijn patiënten die een snelle achteruitgang laten zien met steeds kortere perioden tussen de ziekenhuisopnames.⁵ Patiënten met hartfalen in de palliatieve fase worden vaak gekenmerkt door NYHA klasse III-IV, klinische tekenen van hartfalen (met name kortademigheid en/of vermoeidheid in rust/gedurende inspanning, enkeloedeem), hypotensie, ejectiefractie (hoeveelheid bloed die bij 1 hart(pomp)slag weggepompt wordt) <20% en therapieresistentie.⁵ De levensverwachting van patiënten met hartfalen blijft tot op het laatst moeilijk in te schatten. Als de patiënt in de palliatieve fase van een behandeling is

gekomen, waarin de hoop op genezing is vervlogen, wordt dit geassocieerd met verlies van gezondheid, pijn, angst, wanhoop en dood. Kenmerkend is dat er sprake kan zijn van verdriet, angst, somberheid of depressiviteit.

Overlap van symptomen

Deze depressiviteit is zo vanzelfsprekend dat nogal eens over het hoofd wordt gezien dat de sombere stemming ook pathologische vormen kan aannemen.⁵ Veel symptomen, zoals

vermoeidheid, weinig energie, slaapstoornissen, gewichtstoename of -verlies en concentratie- en geheugenproblemen komen zowel bij depressie als bij hartfalen voor. De overlap van symptomen kan leiden tot onderdiagnose van depressie.⁶⁻⁹ Herkenning van depressiviteit bij patiënten met hartfalen NYHA klasse III-IV is belangrijk, omdat gerichte behandeling zin heeft en het lijden van de patiënt in de palliatieve fase aanzienlijk kan verlichten. Een onbehandelde depressie kan verminderde therapie-



Figuur 1. New York Heart Association (NYHA) classificatie voor hartfalen.

trouw, een slechtere prognose en een negatieve invloed op de kwaliteit van leven veroorzaken. Verbetering van kwaliteit van leven is in de palliatieve zorg het belangrijkste doel en geen enkel ziektebeeld beïnvloedt deze kwaliteit zo negatief als juist een depressie.⁵

Richtlijn ontbreekt

Uit diverse onderzoeken blijkt dat depressie gezien wordt bij 14% tot 60% van de patiënten met hartfalen.⁹⁻¹² Het brede bereik van deze cijfers is te wijten aan verschillende meetmethoden, de steekproefomvang en de selectiecriteria.¹⁰ Voor het onderscheiden van depressie bij patiënten met gediagnosticeerd hartfalen is geen enkele richtlijn beschikbaar. Wat het meest geschikte meetinstrument is, hangt af van de doelgroep (leeftijd), de omgeving (klinisch, poliklinisch of in de thuissituatie) en de beoordeling van het meetinstrument.⁹ Onderzoek specifiek naar depressie bij patiënten met hartfalen NYHA klasse III-IV is niet beschikbaar.

Risicofactoren

Uit onderzoek komt naar voren dat er verschillende factoren zijn die samenhangen met het voorkomen van depressie. Het vrouwelijk geslacht, alleenwonend, hoge leeftijd en een hoge NYHA classificatie worden beschreven als mogelijke risicofactoren.^{8-10,13} Bij deze patiëntenpopulatie spelen naast hartfalen dikwijls ook andere ziektebeelden een rol (comorbiditeit). Frequent komen Diabetes Mellitus (DM), chronisch obstructieve longziekte (COPD) en nierfunctiestoornissen voor als comorbiditeit.¹⁴⁻¹⁵ Nierfunctiestoornissen kunnen bij patiënten met hartfalen optreden of verergeren door de medicatie die wordt voorgeschreven in de behandeling van hartfalen (ACE-remmer, AT II antagonist, diuretica).¹⁶ Uit de literatuur is bekend dat bij genoemde comorbiditeit depressie vaker voorkomt dan bij gezonde mensen.¹⁷⁻¹⁹ Ook is beschreven dat depressiviteit een mogelijke bijwerking is van de medicatie die veelvuldig bij hartfalen wordt voorgeschreven (Bètablokker, Digoxine).¹⁶

Methode

De onderzoekspopulatie bestond in

februari 2011 uit zestig patiënten met chronisch hartfalen (NYHA klasse III-IV) die door inspanningstolerantie de hartfalenpoli niet konden bereiken. De verpleegkundig specialist van de thuiszorgorganisatie Zorgbalans te Haarlem begeleidde hen voor hun hartfalen in de thuissituatie. Patiënten onder behandeling van een psychiater en patiënten gediagnosticeerd met depressie waren uitgesloten van het onderzoek, evenals patiënten die werden behandeld met morfine. Het gebruik hiervan kan leiden tot een verminderd reactie- en concentratievermogen, waardoor men niet in staat wordt geacht de vragenlijst adequaat in te vullen.¹⁶ Daarnaast dienden patiënten de Nederlandse taal voldoende te beheersen om de vragenlijst te kunnen beantwoorden.

Na toepassing van bovenstaande inclusie- en exclusiecriteria bestond de uiteindelijke populatieomvang uit veertig patiënten die schriftelijk zijn uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Hiervan konden 29 vragenlijsten gebruikt worden voor de data-analyse (zie figuur 2).

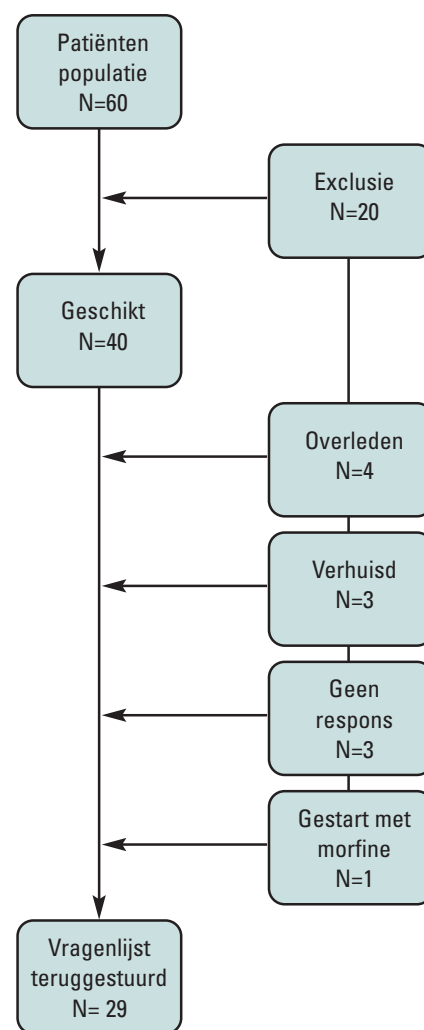
Gegevensverzameling

Depressie is gemeten met behulp van de Geriatric Depression Scale (GDS-30).¹⁹⁻²² Een score hoger dan 10 is aangehouden als indicatie voor de aanwezigheid van depressieve klachten. De totaalscore op de GDS is als volgt geïnterpreteerd: 0-10 = niet depressief, 11-20 = mild depressief en 21-30 = ernstig depressief.²³

Om het hartfalen en de risicofactoren van elke deelnemer in kaart te brengen, zijn vanuit het medisch dossier gegevens verzameld over het voorgeschreven medicatiegebruik (ACE-remmer, AT II antagonist, diuretica, Bètablokker of Digoxine), de eventuele aanwezigheid van comorbiditeit (COPD, nierfunctiestoornissen en Diabetes Mellitus) en de demografische gegevens (geslacht, leeftijd en woonsituatie).

Data-analyse

Voor de data-analyse is gebruik gemaakt van SPSS 17.0. Het percentage deelnemers bij wie sprake was van depressieve klachten volgens GDS-30 is geanalyseerd aan de hand van de beschrijvende statistieken van de



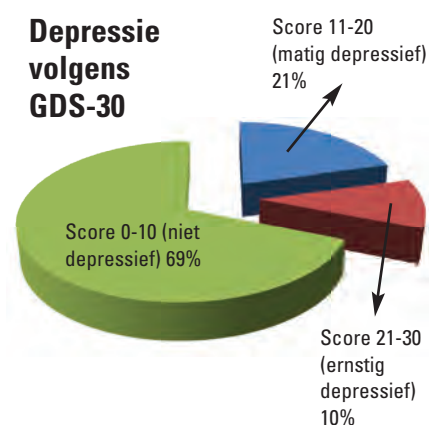
Figuur 2. Respons onderzoekspopulatie.

score op de GDS-30. Om na te gaan of er een verband bestaat tussen geslacht, leeftijd, woonsituatie, medicatie, comorbiditeit en depressie is - afhankelijk van het meetniveau - de chikwaadraattoets of Pearson's correlatiecoëfficiënt gebruikt. Als significantieniveau is $p < 0.05$ gehanteerd.

Resultaten

De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie was 86 jaar. Van het totaal aantal deelnemers (29) waren er 12 van het mannelijk en 17 van het vrouwelijk geslacht; 19 deelnemers woonden alleen en 10 waren samenwonend.

Van de 29 deelnemers hadden 20 deelnemers een GDS-30 score tussen de 0-10 (niet depressief), zes deelnemers een GDS-30 score tussen de 11-20 (matig depressief) en drie deelnemers een GDS-30 score hoger dan 21 (ernstig depressief) (zie figuur 3).



Figuur 3. Aanwezigheid van depressie volgens GDS-30.

Demografie en hartfalen

Deelnemers met een hoge GDS-30 score waren gemiddeld ouder dan deelnemers met een lagere GDS-30 score. Bij een GDS-30 score tussen 11-20 (matig depressief) waren meer mannen dan vrouwen aanwezig (5 tegen 1). Maar de deelnemers met een GDS-30 score tussen 21-30 (ernstig depressief) waren allen van het vrouwelijk geslacht, alleenwonend, kregen geen Digoxine voorgeschreven, hadden geen COPD als comorbiditeit en waren allemaal bekend met een nierfunctiestoornis. Het verband tussen de GDS-30 score en het vrouwelijk geslacht is significant ($p=0.033$). Verbanden tussen andere demografische en hartfalen risicofactoren met de GDS-30 score waren niet significant aantoonbaar (zie tabel 1).

Discussie

In dit onderzoek is gekeken naar de prevalentie van depressie bij patiënten met hartfalen (NYHA klasse III-IV) in de thuissituatie en naar de mogelijke relatie tussen demografische variabelen, medicatie en comorbiditeit met de prevalentie van depressie bij deze groep patiënten. Uit het onderzoek blijkt dat van de 29 geïnccludeerde patiënten zes aangemerkt kunnen worden als matig depressief en drie als ernstig depressief volgens de GDS-30 vragenlijst. Dit is een percentage van 31% en komt overeen met de uitkomsten van diverse andere onderzoeken.⁹⁻¹²

Maar op de vraag of men zich depressief voelde, antwoordden de patiënten met een score die kan wijzen op een

matige vorm van depressiviteit dat zij zich niet of soms depressief voelden. Het verschil kan te maken hebben met het gebruikte meetinstrument. De GDS-30 is een screeningsinstrument en geen diagnostisch instrument. Het is denkbaar dat het prevalentiecijfer van 31% anders uitpakt wanneer de patiënten gediagnosticeerd worden met behulp van een diagnostisch interview. Het uitvoeren van zo'n interview is echter tijdrovend (45-90 minuten), terwijl een meting met de GDS-30 nog geen vijf minuten duurt. Daarnaast dient men voor het voeren van een diagnostisch interview te beschikken over specifieke psychiatrische kennis.^{10,12}

Ook de overlap van hartfalensymptomen en depressiesymptomen zou een rol kunnen spelen. De deelnemers kunnen naar bepaalde symptomen hebben gekeken als horend bij hartfalen en vanuit dat oogpunt bepaalde vragen uit de vragenlijst hebben beantwoord. Het ontwikkelen van een gericht screeningsinstrument naar depressie bij patiënten met chronisch hartfalen, dat rekening houdt met de overlap van symptomen, zou een verbetering kunnen betekenen voor vroege opsporing van depressie. Met name voor een tijdige, gerichte behandeling van depressie bij patiënten met hartfalen (NYHA klasse III-IV) zou een dergelijk screeningsinstrument van meerwaarde kunnen zijn. Een onbehandelde depressie kan immers leiden tot verminderde therapietrouw en een slechtere prognose van de lichamelijke problematiek en heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven.⁵

In dit onderzoek is er een significante relatie tussen depressie bij hartfalenpatiënten (NYHA klasse III-IV) en het vrouwelijk geslacht, wat overeenkomt met de bevindingen uit diverse andere onderzoeken.^{8-10,13} Andere significante relaties tussen demografische variabelen, medicatie en comorbiditeit met depressie bij patiënten met hartfalen (NYHA klasse III-IV) in de thuissituatie kwamen niet naar voren. Dit kan mede veroorzaakt zijn door bovenstaande discussiepunten, omdat de score op de GDS-30 vragenlijst is vergeleken met demografische variabelen, medicatie en comorbiditeit. Het

onderzoek is uitgevoerd binnen het adherentiegebied van Zorgbalans te Haarlem bij een beperkte en selecte groep patiënten. Deze stonden onder behandeling van een cardioloog uit het Haarlemse Kennemer Gasthuis en werden thuis begeleid voor hun hartfalen door de verpleegkundig specialist. De uitkomsten van dit onderzoek zijn daarom niet te generaliseren naar alle hartfalenpatiënten met NYHA klasse III-IV, die niet meer in staat zijn om naar het ziekenhuis te komen.

Conclusie

Van de deelnemende patiënten kunnen er negen (31%) aangemerkt worden als depressief. Van hen geven zes patiënten echter aan zich niet of soms depressief te voelen en drie patiënten voelen zich wel depressief.

Een relatie tussen depressie en het vrouwelijk geslacht is significant aangetoond ($p=0.033$). Daarnaast zijn er geen significante relaties tussen demografische variabelen, medicatie en comorbiditeit met de prevalentie van depressie bij patiënten met hartfalen (NYHA klasse III-IV) in de thuissituatie aangetoond.

Een vervolgonderzoek op grotere schaal bij deze patiëntengroep is aan te bevelen. Hierbij dienen de patiënten gescreend te worden op depressie met de GDS-30. Als de score > 11 is, moet er vervolgens een diagnostisch interview plaatsvinden. Op die manier kan vastgesteld worden of er werkelijk sprake is van een depressie. Mogelijk wordt dan ook duidelijk of er een relatie is tussen de verschillende risicofactoren en een depressie. ♥

Literatuur

1. Luttink ML, Jaarsma T, Wal van der M, Veldhuizen van DJ, Lesman Leegte I. Het COACH-onderzoek van start! Cordiaal 2003;2:17-20.
2. New York Heart Association (NYHA) classificatie voor hartfalen. URL:<http://www.minerva-ebm.be/articles/nl/.../NYHA.htm>. geraadpleegd 10 september 2010.
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationaal Kompas Volksgezondheid 2010: versie 3.22. Wat is hartfalen en wat is het beloop? URL:<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-.../beschrijving/-geraadpleegd> 14 januari 2011.
4. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en

Variabelen	Alle hartfalenpatiënten (n=29) Mean ± SD N	Patiënten met hartfalen GSD-30 score 0-10 (niet depressief) (n=20) Mean ± SD N	Patiënten met hartfalen GSD-30 score 11-20 (matig depressief) (n=6) Mean ± SD N	Patiënten met hartfalen GSD-30 score 21-30 (ernstig depressief) (n=3) Mean ± SD N	p-waarde
Leeftijd	86 ± 20	85 ± 12	84 ± 18	90 ± 5	0.933
Vrouwen	17	13	1	3	0.033
Mannen	12	7	5	0	
Woonsituatie					0.329
Alleen	19	13	3	3	
Samenwonend	10	7	3	0	
Medicatie					
ACE/ATII	20	14	4	2	0.984
Diuretica	28	19	6	3	0.792
Bètablokker	22	15	5	2	0.848
Digoxine	9	6	3	0	0.306
Comorbiditeit					
COPD	6	4	2	0	0.503
NF stoornis	26	18	5	3	0.738
DM	13	9	3	1	0.893
Aantal comorbiditeiten					0.922
0 comorbiditeiten	2	2	0	0	
1 comorbiditeiten	13	8	3	2	
2 comorbiditeiten	11	8	2	1	
3 comorbiditeiten	3	2	1	0	

SD= standaard deviatie n= aantal COPD= chronisch obstructieve longziekte NF stoornis= nierfunctie stoornis (MDRD<60) DM= Diabetes Mellitus
Significantieniveau p=0.05

Tabel 1. Demografische en hartfalen risicofactoren van alle hartfalenpatiënten, uitgezet tegen de GDS-30 score .

- Milieu. Nationaal Kompas Volksgezondheid 2010;versie 3.22. Cijfers hartfalen (prevalentie, incidentie en sterfte) uit de VTV 2010, URL:<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en...en.../hartfalen/->. geraadpleegd 10 september 2010.
- Vereniging Integratie Kankercentra. Richtlijnen palliatieve zorg bij chronisch hartfalen (concept) URL:[http://www.palliatieve.nl/.../Hartfalen/RichtlijnHartfalen2010-0413%20\(commentaarfase\).pdf](http://www.palliatieve.nl/.../Hartfalen/RichtlijnHartfalen2010-0413%20(commentaarfase).pdf). geraadpleegd 15 september 2010.
- Artinian NT, Artinian CG, Saunders MM. Identifying and Treating Depression in Patients With Heart Failure. J Cardiovasc Nurs 2004 Nov-Dec;19(6 Suppl):S47-56.
- Häggglund L, Boman K, Lundman B, Brulin C. Depression among elderly people with and without heart failure, managed in a primary healthcare setting. Scand J Caring Sci 2008;22:376-382.
- Dimos AK, Stougiannos PN, Kakkavas AT, Trikas AG. Depression and heart failure. Hellenic J Cardiol 2009 Sep-Oct;50(5):410-7.
- Smith L. Evaluation and Treatment of depression in patients with heart failure. J Am Acad Nurse Pract 2010;22:440-448.
- Norra C, Skobel EC, Arndt M, Schauerte. High impact of depression in heart failure: Early diagnosis and treatment options. Int J Cardiol 2008 Apr 10;125(2):220-31.
- Dewille CL, McDougall G. Systematic review of depression in adults with heart failure: instruments and incidence. Issues Ment Health Nurs 2008;29:1002-1017.
- Thomas SA, Chapa DW, Friedmann E, Durden C, Ross A, Lee MC, et al. Depression in Patients With Heart Failure: Prevalence, Pathophysiological Mechanisms, and Treatment. Crit Care Nurse 2008 Apr;28(2):40-55.
- Scherer M, Himmel W, Stanske B, Scherer F, Koschack J, Kochen MM, et al. Psychological distress in primary care patients with heart failure. Br J Gen Pract 2007 Oct;57(543):801-7.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationaal Kompas Volksgezondheid 2011;versie 4.3. Comorbiditeit bij 15 veelvoorkomende aandoeningen in de huisartspraktijk. URL:<http://www.nationaalkompas.nl/.../comorbiditeit-bij-15-veelvoorkomende-aandoeningen-in-de-huisartspraktijk/>. geraadpleegd 16-1-2011
- Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Zorg rondom hartfalen. 1e druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2004.
- Farmacotherapeutisch Kompas. URL:<http://www.farmacotherapeutischkompas.nl/default.asp?soort...> geraadpleegd 14 januari 2011.
- Nederlandse Huisartsen Genootschap. Presentatie Angst en depressie bij COPD. URL:<http://nhg.artsennet.nl/web/file?uuid=1f6c7038-02c2...> geraadpleegd 14 januari 2011.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationaal Kompas Volksgezondheid 2011: versie 4.3. Diabetes en depressie, een zorgelijk samenspel - RIVM rapport ... URL:<http://www.rivm.nl/bibliotheek/.../260801003.html>. geraadpleegd 14 januari 2011.
- Kenniscentrum Psychologie. Depressie bij nierpatiënt blijft meestal onbehandeld. URL:<http://www.kenniscentrumpsychologie.nl/.../Depressie-bij-nierpatiënt-blijft-meestal-onbehandeld.html>. geraadpleegd 14 januari 2011.
- Dassen ThWN, Keuning FM. Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties. 6e druk. Baarn:ThiemeMeulenhof; 2009.
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek, URL:<http://www.ccmo.nl>. geraadpleegd 15 november 2010.
- Medscape Today. The Geriatric Depression Scale (GDS), URL:<http://www.medscape.com/viewarticle/447735>. geraadpleegd 3 november 2010
- Nederlands kenniscentrum ouderenspsychiatrie. Geriatric Depression Scale (GDS), URL:<http://www.ouderenspsychiatrie.nl/Home/Dossiers> . geraadpleegd 19 november 2010.

Diabetici hebben meer problemen met hun bloedvaten dan niet-diabetici. Ze verschijnen echter pas in de interventiekamer met hun eerste acute probleem als het vaatstelsel meestal al zeer ernstig is aangetast. Zo ernstig dat men zich afvraagt waarom ze al niet veel eerder met klachten zijn gekomen. De grote vraag is dus hoe het atherosclerotische proces bij diabetici verloopt.

Nico Bruining, PhD FESC thoraxcentrum/
afdeling cardiologie Erasmus MC, Rotterdam

E-mail: n.bruining@erasmusmc.nl

Het raadsel rond diabetici en hun late verschijning in een interventiekamer

Acuut Coronair Syndroom en Diabetes Mellitus

Inleiding

Dat patiënten met diabetes mellitus meer hart- en vaatproblemen hebben dan niet-diabetici is bij nagenoeg de gehele bevolking bekend. Veel grote studies hebben aangetoond dat er bij diabetici significant meer calcium in de vaatwand aanwezig is. Met de huidige beeldvormende technieken, zoals de multi-slice computed tomography (MSCT), is dit uitstekend te achterhalen (zie figuur 1 en 2).¹⁻⁴ Hoewel MSCT pas het laatste decennium op grote schaal wordt toegepast voor visualisatie van de coronairen, is het zeer sensitief om calcium in de bloedvaten aan te tonen. Er is zelfs een aparte calcium scan modus en een kwantitatieve methode ontwikkeld door - en genaamd naar - Agatston⁵ (zie figuur 1). Deze methode laat de omvang en locaties zien van calcium in de vaatwanden van de coronairen. In grote populatiestudies die gebruik maakten van deze techniek zijn relatief veel grotere hoeveelheden calcium in de coronaire vaten van diabetici aangetoond dan in die van niet-diabetici.⁶

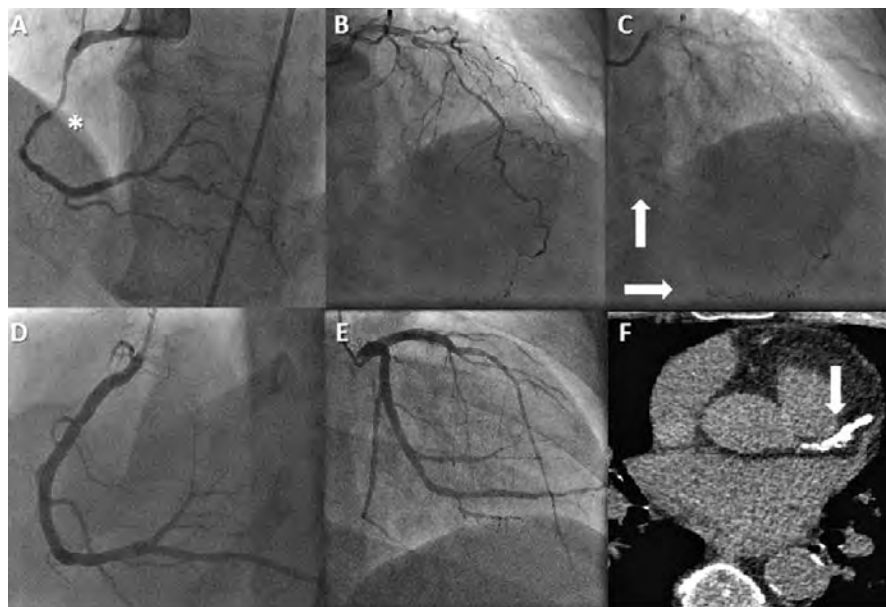
Verstoord signaleringssysteem

Er was natuurlijk al eerder bekend dat ook het perifere vaatstelsel bij diabetici vaak ernstig is aangetast, wat zich onder andere uit door het slecht ter been zijn en door afstervende ledematen, zoals tenen en voeten. Uit de coronaire angiografie weten we dat diabetici vaak meerdere problemen hebben in de coronaire vaten (zie figuur 1) wanneer een diagnose of zelfs een interventie nodig is, zoals bij een acuut coronair syndroom (ACS). Tegenwoordig is er in de preventieve sfeer veel op gericht om (verdere) aan-

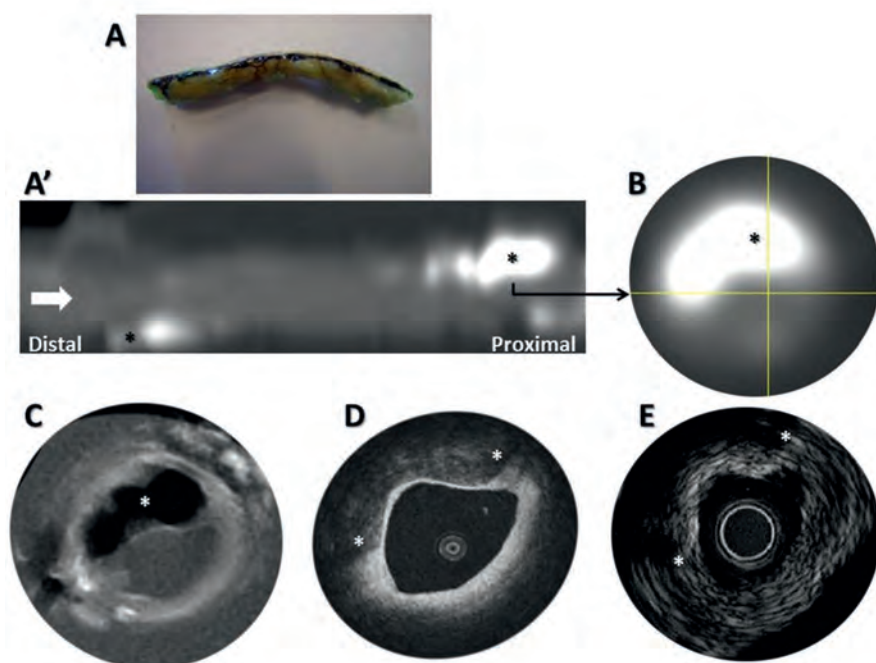
tasting van het vaatstelsel bij deze patiënten zoveel mogelijk uit te stellen en te voorkomen.

Mocht het toch tot een ACS komen, dan blijkt het coronaire vaatstelsel er bij deze patiënten tijdens hun eerste bezoek aan een interventiekamer relatief zo slecht uit te zien, dat je je afvraagt of ze al niet veel eerder problemen hebben gehad en waarom ze toen niet in een interventiekamer zijn verschenen.⁷ Het relatief “slecht” uitzien van het coronaire systeem uit zich in vernauwingen in bijna alle

vaten, vaak ook over de hele lengte van de vaten en collateraal gevulde vaten (zie figuur 1), door bijvoorbeeld totale occlusies. Tijdens ballondilatatie of het plaatsen van een stent gaat dit gepaard met complicaties zoals dissecties. In vergelijking met niet-diabetici die met hun eerste ACS in een interventiekamer komen, zijn de vaten in een relatief veel slechtere toestand met een veel complexere behandeling tot gevolg. De grote vraag is dus: Waarom komen diabetici zo laat in een interventiekamer en waarom



Figuur 1. In paneel A is de rechtercoronair en in B en C de linker- en rechtercoronair te zien van een patiënt met diabetes. In alle vaten zitten vernauwingen waarvan er één is aangegeven met * in A. In de linker- en rechtercoronair valt het op dat alle vaten “dun” zijn met diffuse vernauwingen over de volledige lengte. In de late contrastfase (C) is vuling te zien naar de rechterkant van het hart door collaterale vaatjes (pijlen). Paneel F toont een calciumscore Multi-Slice Computed Tomography (MSCT) scan, waarin de pijl wijst naar een wit vlak. Dit is een indicatie voor verkalkingen, in dit geval in de proximale linker- en rechtercoronair. Ter vergelijking zijn in panelen D en E de rechter- (D) en de linker- (E) coronair te zien van een patiënt die geen diabetes heeft en waar de coronairen een veel grotere bloeddorstrooming hebben (een groter lumen).



Figuur 2. Paneel A toont een foto van een geëxplanteerde coronair (LAD) waarvan een MSCT opname is te zien in panelen A' en B (L = Lumen en C = Catheter). In A' is een gereconstrueerde longitudinale afbeelding te zien van dit vat waarvan links distaal is en rechts proximaal. De witte vlakken, aangegeven met *, zijn calcium. Het lumen loopt dus van links naar rechts in deze afbeelding. In B is een dwarsdoorsnede van het vat afgebeeld met wederom de grote hoeveelheid calcium in een ring van bijna 180 graden. In C, D en E zijn respectievelijk dezelfde dwarsdoorsnedes als in B te zien, maar gemaakt met MRI, OCT en IVUS. Goed te zien is dat elke beeldmodaliteit het weefsel anders afbeeldt. In de MRI is calcium zwart (met *, witte vlakken zijn hier vetweefsel). In D is de calcium afgebeeld als de lichtgrijze massa tussen de twee * (van 8 uur tot 1 uur) en bij IVUS in E op ongeveer dezelfde locatie. Hier veroorzaakt de kalk een schaduw.

hebben zij hun eerste ACS niet in een vroeger stadium?⁸

De algemene aanname tot op heden is dat diabetici waarschijnlijk een verstoord signalerings- en waarschuwingssysteem hebben.⁹ De hypothese hierbij is dat deze patiënten mogelijk wel kleine infarcten doormaken, maar dat die blijkbaar geen aanleiding zijn om verdere medische hulp in te roepen. Dit gaat zo door totdat de vernauwing/afsluiting op een dusdanige locatie in de coronairen plaatsvindt dat de klachten wel leiden tot alarmering en behandeling.

Intrigerende hypothese

De aanwezigheid van calcium in bloedvaten wordt gezien als overblijfselen van ontstekingen. Eénmaal uit de acute onstekingsfase en in de daarop volgende fibrotisering en calcificering van het weefsel resulteert het in zogenaamde stabiele plaques.^{10, 11} Dit zijn dus plaques waaruit geen ACS ontstaat en juist dat (calcium) hebben

diabetici relatief veel. Recent is in het European Heart Journal een studie gepubliceerd, waarin de coronairen van diabetici tot in detail zijn bekeken met aanvullende beeldvormende technieken, zoals Optical Coherence Tomography (OCT, zie figuur 2).⁸ Met behulp van OCT, een techniek die werkt met licht, kunnen coronairen van binnenuit worden bekeken met een resolutie die bijna gelijk is aan die van een microscoop die normaliter door pathologen wordt gebruikt¹² (zie figuur 2B). Ook de aanwezigheid van calcium in de vaatwanden kan bijzonder goed worden weergegeven. Gebruik makend van angiografie en OCT kwamen deze onderzoekers tot de hypothese dat er niet iets mis is met het signaleringssysteem van diabetici, maar dat ze misschien beschermd worden voor een ACS door een “systeem” of “systemen”, die we nu nog niet kennen. Een intrigerende hypothese, die het zeker waard is om verder onderzocht te worden.

Samenvoeging beeldtechnieken

Zoals gezegd zijn beeldvormende technieken cruciaal bij dit onderzoek en standaard angiografie en MSCT hebben hun waarde hiervoor al bewezen (zie figuur 2). De laatste jaren zijn de ontwikkelingen in cardiale beeldvorming razendsnel verlopen en nu wordt er aan gewerkt om al deze verschillende technieken samen te gaan voegen, wat ook wel multi-modality imaging wordt genoemd.¹³ Dit heeft als voordeel dat de sterke kanten van elke beeldmodaliteit de zwakke punten van de andere vaak opheffen. Het raadsel omtrent diabetici en hun late verschijning in een interventiekamer met hun eerste ACS zal waarschijnlijk alléén kunnen worden ontrafeld in een studie die zowel deze multi-modality beeldvorming gebruikt als analyses van bloedwaarden. Naast de al eerder genoemde invasieve beeldtechnieken - waarbij met een catheter beeldvorming van binnenuit de coronair plaatsvindt - staan ons ook nog “near-infrared spectroscopy” (NIRS) en “intravascular ultrasound” (IVUS) ter beschikking.

Coronaire beeldvorming

De huidige non- (of minimum) invasieve en invasieve beeldmodaliteiten kennen voor- en nadelen. Een overzicht.

- MSCT is minimaal invasief en zou gebruikt kunnen worden om grote groepen patiënten te onderzoeken. Bovendien is het zeer sensitief om calcium te detecteren. Een nadeel is echter, buiten de kosten, dat er straling nodig is, hoewel die in de laatste generatie scanners significant minder is dan een aantal jaren geleden. De sensitiviteit van MSCT om calcium zichtbaar te maken, hindert wel vaak een goede visualisatie van het coronaire lumen. Dit is belangrijk om te bepalen of zich binnen zo'n gecalcificeerd stuk ook een significante stenose bevindt (zie figuur 2 A en B).
- Standaard coronaire angiografie is natuurlijk altijd nodig tijdens een interventie. Het toont uitstekend aan of er ook collaterale vulling vanuit andere vaten plaatsvindt naar vaten waarin zich een totale occlusie bevindt. Om te bepalen of andere vernauwingen, die visueel ernstig

lijken, ook daadwerkelijk een interventie nodig hebben in aanvulling op de coronair waarin de ACS plaats heeft gevonden, wordt ook veel gebruikt gemaakt van de fractional flow reserve (FFR) metingen.¹⁴ Hiermee kan het drukverschil over de vernauwing worden gemeten in rust en bij gesimuleerde maximale inspanning en kan fysiologisch worden bepaald of een vernauwing behandeling nodig heeft of niet.

- Tot een paar jaar terug was intravasculair ultrasound (IVUS) de standaard methode om de coronaire vaten van binnenuit te bekijken. IVUS diende in veel studies om progressie en/of regressie van atherosclerose te evalueren. Het was ook de referentiemethode om in-stent restenosestudies te evalueren van zowel de permanent geïmplanteerde stents als van de latere generatie drug-eluting stents (DES). In de huidige tijd, met de laatste generatie stents - de bioresorbable stents - wordt echter steeds meer gebruik gemaakt van zowel MSCT als OCT in aanvulling op IVUS. Het grote voordeel van IVUS ten opzichte van OCT is de penetratiediepte in het weefsel. Dat is bij OCT enigszins gelimiteerd. IVUS is in staat ook grote plaques zichtbaar te maken.
- OCT is een relatief nieuwe techniek, die pas een paar jaar beschikbaar is om coronairen te visualiseren. Binnen de interventiecardiologie is OCT zeer snel geaccepteerd en de techniek valt niet meer weg te denken uit de interventiekamers.^{12, 15} Het heeft een resolutie die gelijk is aan die van een microscoop die gebruikt wordt voor pathologisch onderzoek. Voorheen was het onmogelijk om dat met IVUS te bereiken. OCT werkt met licht (IVUS met geluid), dat echter vaak sterk geabsorbeerd wordt door weefsel. De penetratiediepte is daardoor gelimiteerd tot enkele mm's. Relatief grote plaques zijn dan ook niet helemaal in beeld te brengen, wat wel belangrijk is om bijvoorbeeld in longitudinale studies groei en/of afname van plaque te kunnen kwantificeren. Hiervoor kan IVUS het "gat" opvullen. Vandaar dat vaak beide modaliteiten voor onderzoek worden gebruikt.

- Een andere, relatief nieuwe beeldtechniek, die ook intracoronair kan worden gebruikt, is near-infrared spectroscopy (NIRS).¹⁶ Hiermee kan een chemogram gemaakt worden van de vaatwand en dat kan de hoeveelheid lipides (vet) in de wand, en dus de plaque, laten zien en zelfs kwantificeren. Het zichtbaar maken gebeurt door kleuren en wordt tegenwoordig samengevoegd met IVUS-beelden. Zo is goed te zien waar in de plaques lipides zijn, wat vaak een aanwijzing is voor een ontsteking. Het is tevens een uitstekend middel om - mocht de patiënt terugkeren in een interventiekamer - te evalueren of de gekozen behandelingsstrategie het beoogde effect heeft.

Zoektocht

Deze beeldvormende technieken zullen samen met biochemische analyses - de zogenaamde biomarkers - meer inzicht geven in welk(e) proces(sen) nu precies gaande zijn bij zowel patiënten met als zonder diabetes. Tot op heden was de zoektocht naar plaques die gevaarlijk zouden kunnen zijn, de "vulnerable plaques" (VP), toch wat teleurstellend.¹⁷ Het is een zeer complex gebeuren waarbij één beeldmodaliteit om te bepalen of een plaque vulnerable is of niet, niet afdoende is. Het gebruik van meerdere modaliteiten zou de beperkingen van een enkele techniek kunnen opheffen, zeker omdat de bovengenoemde onderzoeksmethodes geen concurrenten zijn, maar elkaar grotendeels aanvullen. Het lastigste is om de verschillende technieken aan elkaar te koppelen; al helemaal als dat in de kliniek of de interventiekamer "on-line" moet gebeuren. Daar wordt nu door verschillende industrieën aan gewerkt en de komende jaren zal een verdere integratie van de nu nog vaak op zichzelf staande technieken zeker plaatsvinden.

Waarom diabetici pas zo laat klachten krijgen, is tot op heden nog onopgehelderd. Verder onderzoek is noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in de onderliggende complexe processen. 

Literatuur

1. Dayan A, Narin B, Biteker M, Aksoy S, Fotbolcu H, Duman D. Coronary calcium

score, albuminuria and inflammatory markers in type 2 diabetic patients: Associations and prognostic implications.

Diabetes Res Clin Pract. 2012;98:98-103

2. Wolski C, Rotkiewicz A, Grzelak P, Elgall M, Stefanczyk L. Comparison of tomographic coronary artery calcification index (calcium score) and ultrasonographic measurement of intima-media complex thickness in diabetic subjects. Pol J Radiol. 2011;76:15-20
3. Qu W, Le TT, Azen SP, Xiang M, Wong ND, Doherty TM, et al. Value of coronary artery calcium scanning by computed tomography for predicting coronary heart disease in diabetic subjects. Diabetes Care. 2003;26:905-910
4. Hoff JA, Quinn L, Sevruckov A, Lipton RB, Daviglus M, Garside DB et al. The prevalence of coronary artery calcium among diabetic individuals without known coronary artery disease. J Am Coll Cardiol. 2003;41:1008-1012
5. Agatston AS, Janowitz WR, Hildner FJ, Zusmer NR, Viamonte M, Jr., Detrano R. Quantification of coronary artery calcium using ultrafast computed tomography. J Am Coll Cardiol. 1990;15:827-832
6. Elkeles RS, Feher MD, Flather MD, Godsland IF, Nugara F, Richmond W, et al. The association of coronary calcium score and conventional cardiovascular risk factors in type 2 diabetic subjects asymptomatic for coronary heart disease (the predict study). Diabet Med. 2004;21:1129-1134
7. Pundziute G, Schuijff JD, Jukema JW, van Werkhoven JM, Nucifora G, Decramer I, et al. Type 2 diabetes is associated with more advanced coronary atherosclerosis on multislice computed tomography and virtual histology intravascular ultrasound. J Nucl Cardiol. 2009;16:376-383
8. Niccoli G, Giubilato S, Di Vito L, Leo A, Cosentino N, Pitocco D, et al. Severity of coronary atherosclerosis in patients with a first acute coronary event: A diabetes paradox. Eur Heart J. 2013;34:729-741
9. Janand-Delenne B, Savin B, Habib G, Bory M, Vague P, Lassmann-Vague V. Silent myocardial ischemia in patients with diabetes: Who to screen. Diabetes Care. 1999;22:1396-1400
10. Rodriguez-Granillo GA, de Winter S, Bruining N, Ligthart JM, Garcia-Garcia HM, Valgimigli M, et al. Effect of perindopril on coronary remodelling: Insights from a multicentre, randomized study. Eur Heart J. 2007;28:2326-2331
11. Ehara S, Kobayashi Y, Yoshiyama M, Ueda

- M, Yoshikawa J. Coronary artery calcification revisited. *J Atheroscler Thromb.* 2006;13:31-37
12. Tearney GJ, Regar E, Akasaka T, Adriaenssens T, Barlis P, Bezerra HG, et al. Consensus standards for acquisition, measurement, and reporting of intravascular optical coherence tomography studies: A report from the international working group for intravascular optical coherence tomography standardization and validation. *J Am Coll Cardiol.* 2012;59:1058-1072
13. Bruining N, de Winter S, Serruys PW. Intravascular ultrasound registration/integration with coronary angiography. *Cardiol Clin.* 2009;27:531-540
14. Pijls NH, Fearon WF, Tonino PA, Siebert U, Ikeno F, Bornschein, et al. Fractional flow reserve versus angiography for guiding percutaneous coronary intervention in patients with multivessel coronary artery disease: 2-year follow-up of the fame (fractional flow reserve versus angiography for multivessel evaluation) study. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56:177-184
15. Regar E, Ligthart J, Bruining N, van Soest G. The diagnostic value of intracoronary optical coherence tomography. *Herz.* 2011;36:417-429
16. Caplan JD, Waxman S, Nesto RW, Muller JE. Near-infrared spectroscopy for the detection of vulnerable coronary artery plaques. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47:C92-96
17. Xu Y, Mintz GS, Tam A, McPherson JA, Iniguez A, Fajadet J, et al. Prevalence, distribution, predictors, and outcomes of patients with calcified nodules in native coronary arteries: A 3-vessel intravascular ultrasound analysis from providing regional observations to study predictors of events in the coronary tree (prospect). *Circulation.* 2012;126:537-545

Hoogtepunt van de tweede congresdag van het jaarlijkse 'European Society of Cardiology' congres was het benefietconcert. Op zondagavond 1 september speelde in het Koninklijk Concertgebouw Amsterdam eenmalig een orkest, bestaande uit cardiologen, verpleegkundigen en hartpatiënten uit heel Nederland. Doel van het concert was om zoveel mogelijk geld in te zamelen voor reanimatieonderwijs aan studenten op MBO- en HBO-scholen.

Mechtild Stavenuiter

E-mail: secretariaat@nvhvv.nl

RECENSIE

Benefietconcert 'Connecting People': een impressie

Terwijl de prachtige concertzaal langzaam volstroomt met publiek, nemen de leden van het Orkest der Nederlandse Cardiologie met gespannen gezichten hun plaats op het podium in. Onder hen is Jeroen Hendriks (dwarsfluit), voorzitter van de NVHVV. De musici hebben elkaar pas enkele maanden geleden ontmoet en konden niet dagelijks met elkaar repeteren. Wat een belevenis en uitdaging om in het Concertgebouw te Amsterdam te mogen musiceren.

Onder leiding van dirigent Jacob Slager wordt ietwat aarzelend 'Peer Gynt suite nr. 1, opus 46' van Edvard Grieg ingezet. Al snel na de eerste noten verdwijnt de aarzeling en worden vol overtuiging de vier delen ten gehore gebracht. Aansluitend zingt mezzosopraan Tania Kross drie aria's: 'Da Vspomnila!' uit de opera *Pique Dame*, 'Ah Tanya, Tanya' uit *Eugene Onegin*, beiden van Tchaikovsky, en 'Voi Che Sapete' uit de opera *Le Nozze di Figaro* van Mozart. Een zeer inne-

mende persoonlijkheid op het podium met een prachtige warme stem.

Na de pauze speelt het orkest de 'Symphony nr. 8 in G majeur' van Antonín Dvořák. Het tempo van ieders hart wordt meegevoerd met het tempo van de muziek. Het publiek moet, net als ik, zijn vergeten dat hier geen professioneel orkest staat te spelen. Na een overweldigend applaus wordt het publiek nog getraakteerd op een mooie toegift. Chapeau voor de orkestleden en de organisator NVVC voor deze unieke, maar bovenal prachtige, muzikale voorstelling.

Zeker ook prachtig is de opbrengst van dit benefietconcert. Victor Umans, voorzitter van de NVVC, overhandigt een cheque van € 25.000,- aan de directeurs van het ROC Amsterdam en de Nederlandse Reanimatie Stichting. Hiermee kunnen studenten getraind worden in reanimatie en AED-gebruik om zo het aantal burgerhulpverleners sterk te vergroten.

Een ontroerende en indrukwekkende avond! 

Het concert is een onderdeel van het NVVC-programma: NVVC Connect.



Foto: Toon Hermans

Ook dit jaar was er in Parijs weer een editie van het congres van de European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions. Verpleegkundigen en technici konden zich drie dagen laven aan nieuwe inzichten en technieken. Samenwerking en uitwisseling waren de sleutelwoorden.

Marjo de Ronde, coördinator interventiecardiologie Erasmus MC Rotterdam, voorzitter werkgroep Interventiecardiologie NVHV

E-mail: m.j.a.g.deronde@erasmusmc.nl

Parijs, 21 – 24 mei 2013

EuroPCR: Congres van de European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions

Van 21 tot en met 24 mei vond opnieuw het jaarlijkse EuroPCR, het officiële congres van de European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) plaats in Parijs. Ook dit jaar had de congrescommissie een driedaags programma georganiseerd voor verpleegkundigen en technici, dat bestond uit zeven wetenschappelijke sessies. Deze gaven een overzicht van de nieuwste ontwikkelingen, technieken, onderzoeken en materialen die dagelijks worden toegepast in hartkatheterisatieafdelingen. De patiëntenzorg in de dagelijkse praktijk stond hierbij centraal. De leden van de congrescommissie waren Siro Buendia (Hospital Universitario Son Dureta, Palma, Spanje), Lene Kløvgaard (Copenhagen University Hospital, Denemarken), Martin Oberhoff (Kreisklinikum Calw, Duitsland) en Robert Vermeulen (UMCG, Groningen, Nederland).

In alle cathlabs wereldwijd is het voornameste doel de beste uitkomst te bereiken voor de patiënt. Teamwork is hierbij essentieel en leidend. Kenmerkend voor de drie conferentiedagen waren dan ook de participatie tijdens de sessies, de deelname aan discussies en de uitwisseling van informatie in een prettige en open sfeer.

Nieuwe technieken

Tijdens de sessies met als onderwerp “toekomstige ontwikkelingen in het cathlab” wordt duidelijk hoe belangrijk het is dat verpleegkundigen, hartkatheterisatielaboranten en technici adequaat getraind worden bij de introductie van een nieuwe techniek of behandeling. Aan de orde komt de Optical Coherence Tomography (OCT) techniek, die meer inzicht geeft

in de morfologie van coronaire laesies bij patiënten met STEMI en Non-STEMI. Een andere nieuwe imaging-techniek, de Near Infrared Spectroscopy (NIRS), heeft in combinatie met de Intra Vascular Ultra Sound (IVUS) de eigenschap om lipide plaques te identificeren. De klinische relevantie wordt nog nader onderzocht. Bij gebruikmaking van deze nieuwe technieken in het cathlab is het van belang dat cathlabmedewerkers op de hoogte zijn van het gebruik, de toepassing en de interpretatie van de uitkomsten om te kunnen anticiperen tijdens PCI-behandelingen. Het klinisch gebruik van deze nieuwe technieken vereist aanvullende vaardigheden van de medewerkers, zoals het veilig toedienen van intracoronair contrast tijdens OCT-opnames en het voorbereiden van de steriele catheters.

Stents

Naast nieuwe mogelijkheden komen ook de huidige praktijk van resorbereerbare stents en de resultaten daarvan tijdens deze sessie aan bod. De oplosbare, medicijnafgevend vasculaire draagstructuur (scaffold) lost op in een periode van circa twee jaar, waarna alleen nog de twee markers zichtbaar blijven. Deze oplosbare stents



zijn gemaakt van een langgeketend melkzuur (polylactide, PLLA), een volledig lichaamseigen stof die al jaren wordt toegepast in andere oplosbare medische hulpmiddelen, zoals hechtmateriaal. Deze PLLA-stent is gecoat met het langzaam vrijkomende medicijn everolimus, een middel met ontstekings- en weefselgroeiremmende eigenschappen. In 2007 zijn de eerste 30 patiënten hiermee behandeld in de ABSORB-studie (2e fase). Voordelen zijn dat deze draagstructuur tijdelijk aanwezig blijft, waardoor de coronair zijn oorspronkelijke vorm en vasculaire eigenschappen behoudt en een eventuele re-interventie in hetzelfde gebied mogelijk blijft. Er blijft geen metaal achter, waardoor MRI of CT-onderzoeken beter te interpreteren zijn. Daarnaast is de patiënt makkelijker te opereren doordat er (uiteindelijk) geen stent in het lichaam achterblijft. Het gebruik van zelf-expandeerbare stents bij STEMI-patiënten is een nieuwe en succesvolle behandeling die in studies heeft aangetoond veilig en toepasbaar te zijn bij deze indicatie. Deze stent ontplooit zich geleidelijk en gelijkmatig tegen de binnenkant van de vaatwand, waardoor er minder risico is op in-stent trombose.

Pijnmedicatie

Renale denervatie is een van de nieuwste technieken die momenteel in veel cathlabs wordt toegepast als reguliere behandeling van resistente hypertensie. Hierbij wordt de nervus



De congrescommissie

sympaticus van de renale slagader, verantwoordelijk voor de regulering van de bloeddruk, radiofrequent geabbeeld. In studies is gebleken dat deze behandeling veilig, toepasbaar en effectief is. Mogelijke andere indicaties zullen in de toekomst onderzocht worden, zoals slaap-apneu, insuline resistente/type 2 diabetes en hartfalen. Een bijkomende vraag is hoeveel pijnmedicatie de patiënten die deze behandeling ondergaan, zouden moeten krijgen. Deze behandelingen zijn namelijk erg pijnlijk en de vraag of gedeeltelijke sedatie een betere optie is, wordt tijdens een volgend congres opnieuw besproken.

TAVI

Tijdens de 'TAVI update' wordt duidelijk dat een opgeleide en gespecialiseerde TAVI-verpleegkundige de zorg voor deze patiënten kan optimaliseren. TAVI is een behandeling voor patiënten met ernstige aortastenose, waarbij een kathetergeleide aortaklep wordt geïmplant. De introductie van deze hoogcomplexe behandeling in cathlabs heeft geresulteerd in de vraag naar nieuwe competenties en specialisatie van verpleegkundigen, hartfunctielaboranten en technici. Multidisciplinaire samenwerking is hierbij essentieel. Daar TAVI wordt uitgevoerd bij patiënten op hoge leeftijd, betreft dit een specifieke patiëntengroep waar de aandacht ligt op voorkomen van complicaties, zoals vasculaire, embolische en infectieuze complicaties. In deze sessie is er ook aandacht voor de nieuwste aortaklep-systemen die beschikbaar zijn voor toepassing van deze behandeling.

Radiale toegang

PCI via radiale toegang is een veel besproken techniek, die in alle cathlabs inmiddels geïntroduceerd is. Sinds de introductie door Dr. F. Kiemeneij in 1993 is de radiale toegang de eerste keuze bij PCI. Sinds maart dit jaar is in de ESC-guidelines opgenomen dat radiale toegang bij AMI, mits uitgevoerd door een ervaren interventiecardioloog in radialisprocedures, de voorkeur heeft. De reden is dat radiale toegang minder kans geeft op bloedingcomplicaties die een hogere mortaliteit veroorzaken. Andere voordelen zijn ontslag op dezelfde dag

als opname en patiëntencomfort door vroegtijdige mobilisatie. Tijdens de discussie zijn er vragen over het type compressiesysteem, de veiligheid in verband met de stralingsdosis en de radialisocclusie als complicatie.

Risicofratificatie

Een actueel onderwerp bij de sessie over "risicofratificatie pre-PCI" is de implementatie en het gebruik van checklisten tijdens multidisciplinaire besprekingen in bijzijn van een interventiecardioloog en een thoraxchirurg. In het Skane University Hospital in Lund, Zweden, is een studie uitgevoerd naar dit onderwerp. In het ziekenhuis wordt pre-PCI risicofratificatie toegepast bij hoogrisico patiënten die in aanmerking komen voor een complexe PCI en/of chronisch totale occlusie (CTO). In de matrix zijn de volgende aspecten opgenomen: ondersteuning van anesthesische assistentie, Intra Aortale Ballon Pomp (IABP) en vaatverwijdende medicatie tijdens PCI. Er werd een positieve trend gezien wat betreft stabiliteit van de haemodynamiek en veiligheid alsmede een adequatere reactie van de teamleden bij het optreden van complicaties.

Posters

Voor de eerste keer is er op dit congres een postersessie georganiseerd. Onder de acht deelnemers zijn een poster van collega-technicus Patrick Geeve en een van mij zelf. Alle getoonde posters hebben duidelijk meerwaarde; ze geven inzicht in nieuwe technieken, strategieën en aandachtsgebieden van de sprekers. Zo toont de poster van Geeve non-invasieve 3-D beelden van de stentmorfologie, gepresenteerd vanuit het Erasmus MC Rotterdam. In zijn studie wordt gebruik gemaakt van rotational angiografie, een non-invasieve techniek die de mogelijkheid biedt om meer inzicht te krijgen in de vorming en morfologie van geïmplanteerde stents, zoals een bifurcatiestent. Uit mijn poster, ook uit het Erasmus MC, blijkt dat vervroegd ontslag – op de dag van opname – na PCI veilig is en dat patiënten niet per se in het ziekenhuis hoeven te blijven post-PCI. Complicaties post-PCI komen vooral voor 24-48 uur post procedure. Voorwaarde is het gebruik maken van een risicofratificatie. Een presentatie



Patrick Geeve en Marjo de Ronde bij hun posters

over 'telehealth' cardiale consultatie komt vanuit het Mazankowski Alberta Haert Institute, Edmonton, Canada. Een verpleegkundig specialist houdt een videoconsult ter vervanging van een controlebezoek aan de poli voor patiënten die op afstand van het ziekenhuis wonen. Het bespaart de patiënt tijd, geld en inspanning.

Tot slot

De sessies voor verpleegkundigen, hartfunctielaboranten en technici tijdens dit EuroPCR-congres boden een goede gelegenheid tot verdieping en verbreding van het kennisniveau. De nadruk lag op het delen van onderlinge expertise, nieuwe technieken, teamwork, professionaliteit, evidence based en best practice en niet te vergeten, plezier in het dagelijkse werk. Mijn "take home messages" voor dit jaar zijn vooral de presentatie over de TAVI, de contacten met collega-verpleegkundigen, de uitwisseling van gedachten en ervaringen en het drinken van een goed glas wijn met mijn collega en vriendin uit Nieuw-Zeeland, Marieke van der Heijden, op een terrasje tegenover Palais de Congrès.

Ik kijk met plezier uit naar het volgende EuroPCR-congres in mei 2014, in Parijs! 

Het jaarlijkse congres van de European Society of Cardiology vond dit jaar plaats op eigen bodem. Circa 30.000 deelnemers uit de hele wereld waren te vinden in de Amsterdam Rai. In de schijnwerpers dit jaar: "The heart interacting with systemic organs".

Marije de Lange, verpleegkundig specialist cardiothoracale chirurgie, St. Antonius ziekenhuis, Nieuwegein

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

Amsterdam, 31 augustus – 4 september 2013

Congres van de European Society of Cardiology

Het enorme congres van de European Society of Cardiology (ESC) - ruim 30.000 deelnemers - dat dit jaar plaatsvond in de Amsterdam Rai, stond boordevol onderzoeksresultaten en klinische ontwikkelingen. Het congres kende een eigen televisiekanaal, een dagelijkse krant, een dik programma-boek, een app voor telefoon en tablet, een fietsroute door de stad en grote aantallen presentaties. Hieronder volgt een selectie.

Atriumfibrilleren en antistolling

Antistolling blijft een veelbesproken onderwerp. Naast aandacht voor de nieuwe antistollingsmiddelen, kwam ook de evaluatie van al langer bestaande behandelingen aan de orde. Een opvallende conclusie was dat personen die volgens de richtlijnen een hoog risico hebben op ischemisch CVA door atriumfibrilleren (met risicofactoren) en daarom in aanmerking komen voor vitamine-K-antagonisten (warfarine, acenocoumarol of fenprocoumon), deze vaak te weinig krijgen. Patiënten met atriumfibrilleren die een relatief laag risico hebben (<65 jaar, alleen atri-

umfibrilleren met een zogenaamde CHA2DS2-VASc-score van 0), worden juist vaak overbehandeld met antistollingsmiddelen, met onnodige bijbehorende bloedingsrisico's. Een goede maat voor het inschatten van het bloedingsrisico hierbij is de HAS-BLED-score. Ook blijkt uit een lopende, grote cohortstudie (GARFIELD) dat veel mensen die vitamine-K-antagonisten voorgeschreven krijgen, die niet innemen of niet binnen de juiste INR-grenzen zitten. De therapie is dus nog verre van optimaal.

Transcatheter aortaklepimplantatie

Steeds vaker wordt gekozen voor een transcatheter aortaklepimplantatie (TAVI). Dit jaar worden er waarschijnlijk 100.000 aortakleppen geïmplan-teerd met behulp van een catheter via de a. femoralis of transapicaal. Deze ingreep is volgens de richtlijnen voor-behouden aan patiënten die afgewezen zijn voor chirurgische aortaklepvervanging of aan diegenen, voor wie een ope-ratie een hoog risico inhoudt. Gezien de goede resultaten rijst de vraag of de ingreep ook niet voor (oudere) patiën-ten met een gemiddeld operatierisico geschikt is. In sommige landen gebeurt dit al, maar omdat langetermijnresulta-ten en onderzoeksresultaten voor deze groep ontbreken, wordt dit nog steeds niet aangeraden. Op dit moment lopen er diverse onderzoeken (SURTAVI, UK TAVI en Partner II) die moeten aantonen wat de uitkomsten voor deze groep patiënten zijn.

Om het risico op ischemisch CVA door embolie na TAVI verder te verlagen, zijn er embolie devices ontwikkeld. Daarnaast worden er inmiddels kleppen geïmplan-teerd in eerder geplaatste bio-logische kunstkleppen. Ook worden de diameters van de sheaths steeds kleiner. In Duitsland zijn recent een aortaklep



en mitralisklep via catheter geïmplan-teerd.

Arteriële hypertensie

Robert Fagard en Giuseppe Mancia pre-senteerden een van de vier nieuw uitge-komen praktijkrichtlijnen van de ESC/ESH (European Society of Hyper-tension) over arteriële hypertensie. Het gaat om de verfijning van het diagnosti-ceren en behandelen van hypertensie. De grens om hoge bloeddruk hyperten-sie te noemen blijft op RR 140/90 mmHg. Het behandeldoel is een bloed-druk onder de 140/90 mmHg voor iedereen, behalve voor ouderen. Bij hen kan een wat hogere bloeddruk geaccep-teerd worden. Thuisbloeddrukme-tingen worden gezien als een belangrij-ke aanvulling op het diagnosticeren van hypertensie. Bij de start van medicatie bestaat er geen echte eerste, tweede en derde keus als het om groepen antihy-pertensiva gaat. Alle groepen (bètablok-kers, calciumantagonisten, ACE-rem-mers, thiazide diuretica en angiotensi-ne-II-antagonisten) zijn bruikbaar. Voor iedere patiënt bestaan er middelen met voor- en nadelen. Als het gestarte middel onvoldoende effect heeft, gaat



de voorkeur niet uit naar vervangen of ophogen, maar naar het bijstarten van een tweede middel. Alleen de combinatie van een ACE-remmer met een angiotensine-II-antagonist wordt afgeraden. In de richtlijn worden ook specifieke patiëntengroepen of patiëntcondities benoemd, waar wel aparte behandeladviezen voor gelden, bijvoorbeeld bij diabetes mellitus of ouderen.

Daarnaast werd nog ingegaan op therapieresistente hypertensie. Volgens de industrie geeft renale denervatie (nierarterie-ablatie) goede effecten, maar een nefroloog merkte bij de discussie op dat er nog geen goede gerandomiseerde studie is. Ook blijkt de patiënt de antihypertensiva vaak niet goed in te nemen. Therapieontrouw moet dus eerst worden uitgesloten.

Asymptomatische stenose van a. carotis

Wanneer een carotisstenose symptomatisch is (TIA of CVA in voorgeschiedenis), is er een indicatie voor behandeling. Op het moment dat er geen symptomen zijn, maar er bij duplexonderzoek van de carotiden wel een carotisstenose is en patiënt in aanmerking komt voor een CABG, dan zijn er voor- en tegenargumenten voor ingrepen. Tijdens een CABG-operatie zijn er namelijk flow- en perfusieveranderingen. Door een lagere bloeddruk kan in combinatie met de stenose in de a. carotis hypoperfusie optreden, wat het risico op een ischemisch CVA zou kunnen verhogen. Aan het chirurgisch of percutaan behandelen van de carotisstenose zijn echter ook risico's verbonden. De discussie gaat om drie vragen: Wel of niet asymptomatische carotisstenose behandelen voor CABG? Chirurgisch of percutaan? In etappes, of synchroon met CABG? In Duitsland loopt er een gerandomiseerd onderzoek, waarbij synchroon CABG met carotisendarteriëctomie (CEA) vergeleken wordt met alleen CABG (de CABACS-trial). De uitkomsten worden in 2015 verwacht.

Percutane stentplaatsing (Carotid Artery Stenting – CAS) is minder invasief. Maar in verschillende grote onderzoeken en meta-analyses zijn de resultaten niet altijd beter dan bij chirurgische CEA. Enerzijds moeten langetermijnresultaten nog afgewacht worden, anderzijds zijn er ook centra die aantonen dat met grote ervaring in stentplaatsingen in de carotiden de risico's juist lager zijn. Uiteindelijk wordt er voor gepleit om in multidisciplinair overleg per patiënt de risico's tegen elkaar af te wegen, ook afhankelijk van zowel de ernst van het coronairlijden als de ernst van de carotisstenose. Als de juiste expertise in een centrum aanwezig is, zou preoperatief stenten van carotiden overwogen moeten worden.

Al met al een leerzaam congres, waarbij het bovenstaande maar een kleine selectie is van het totale aanbod. Voor wie meer wil weten, is er de website van het ESC: www.escardio.org. Daar is ook een online webshow te zien met 'Best of ESC Congress 2013'. Daarnaast zijn er abstracts en presentaties te vinden van onderwerpen die hier niet zijn toegelicht (congress365.escardio.org). Volgend jaar vindt het congres van 30 augustus tot en met 3 september plaats in Barcelona. 

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

Met 4400 inschrijvingen was Heart Failure 2013, dat van 25 tot 28 mei in Lissabon plaatsvond, een van de best bezochte edities van dit congres van de European Society of Cardiology.

Ron Bakker, Verpleegkundig Specialist hartfalen/cardiologie, VU medisch centrum, Amsterdam

Email: r.bakker@vumc.nl

Lissabon, 25 – 28 mei 2013

Heart Failure 2013

Het programmaboekje van Heart Failure 2013 omvatte tweehonderd pagina's met (satelliet) symposia, zogenaamde hoofd- en focussessies, wetenschappelijke presentaties en posterpresentaties. Helaas was niet al het gepresenteerde even "nieuw" en bestond er tussen sommige sessies een behoorlijke overlap. In deze Cordiaal een korte impressie.

De paradox van obesitas

Er is sprake van adipositas (overgewicht) bij een Body Mass Index (BMI) van 25 – 30 en van obesitas (zieklijk overgewicht) bij een BMI > 35. Patiënten met hartfalen en een lagere BMI (<27) blijken een hogere mortaliteit te hebben dan patiënten met een BMI van 27 – 35. Bij een BMI > 35 stijgt de mortaliteit weer. Ook gewichtsverlies leidt tot meer problemen. De tweejaarmortaliteit bij patiënten met een stabiel gewicht is ongeveer 11%. Bij onvrijwillig afvallen is dat 28% en bij vrijwillig afvallen zelfs 36%. De moraal van dit verhaal lijkt dat je maar beter een normale BMI (20-25) kan hebben om te voorkomen dat je ziek wordt. Wanneer je eenmaal ziek bent, lijkt iets meer reserve juist in het voordeel te werken, omdat cardiale cachexie daardoor minder snel optreedt.

Hartfalen en zwangerschap

Tijdens deze sessies werd een onderscheid gemaakt tussen de zorg voor de zwangere met congenitale hartafwijkingen en de peripartum cardiomyopathie (PPCMP). Bij de eerste groep vormen hartfalen en ritmestoornissen het grootste probleem. De moedersterfte is in deze groep laag (1%), maar het aantal abortussen ligt hoog: 20 – 40%. Het blijkt dat vrouwen met hartaandoeningen die zwanger zijn substandaard cardiale zorg krijgen; 50%

wordt niet vervolgd door een cardioloog en 50% van de complicaties zouden zijn te voorkomen.

Bij verdenking van PPCMP is het aan te bevelen om een ECG te maken en een echocardiogram en om de peptiden (NT-proBNP) en het CRP te laten bepalen. Over de prognose lopen de cijfers nogal uiteen. Zo worden er mortaliteitspercentages genoemd van 1,5 – 28%! Bij 30% van de vrouwen met PPCMP treedt volledig herstel van de linkerventrikelfunctie (LVF) op (gedefinieerd als een EF van > 50%). Lange termijn follow-up gegevens zijn nog niet bekend, zodat geadviseerd wordt ook na herstel van de LVF de medicamenteuze behandeling te continueren en 2 jaar te wachten alvorens weer zwanger te worden.

Vele bruggen

De 'Bridge-to-Transplant' voor mechanische ondersteuning van het hart tot harttransplantatie is uitgebreid. Er zijn nu vele 'bruggen'. Zoals de 'Brug tot besluitvorming', de 'Brug tot kandidaat' (voor mechanische ondersteuning), de 'Brug tot herstel' en de 'Brug tot uiteindelijke behandeling' (en afzien van transplantatie). Tijdens een sessie kwam de Intra Aortale Ballonpomp (IABP) er niet goed vanaf. Andere percutane vormen van mechanische ondersteuning lieten wel een hogere mortaliteit en kans op complicaties zien dan het gebruik van de IABP. Of deze patiëntencategorie ook zeker was dan wanneer alleen een IABP ingebracht was, werd niet duidelijk. Wel duidelijk is dat de ontwikkelingen in nieuwe mechanische ondersteuning van het hart niet stilstaan.

Verpleegkundig Nederland

Josianne Boyne uit Maastricht sprak op een sessie over telemonitoring. Een vergelijking van verschillende onder-

zoeken is nog steeds niet mogelijk, onder andere doordat er verschillende eindpunten worden gebruikt, verschillende patiëntengroepen geïncordeerd worden en er meerdere soorten telemonitoring plaatsvinden. Als mogelijk oplossingen schetste zij: meer (inter)nationale samenwerking waardoor kennis over telemonitoring verbetert, het creëren van patiëntenprofielen, het structureren van de financiële middelen, zowel professionals als patiëntengroepen betrekken bij de ontwikkelingen en het reorganiseren van de zorg bij telemonitoring. Daniël Smidi uit Amsterdam (OLVG) presenteerde een poster over de positieve effecten op de lange termijn wat betreft functionele capaciteit na een korte periode (3 maanden) van fysiotherapie bij patiënten met chronisch hartfalen. Zowel na 3 als na 6 maanden liet de interventiegroep een significante verbetering zien in de functionele capaciteit (NYHA klasse). Na 6 maanden was er ook een positieve trend in de kwaliteit van leven en de BNP-waarde. Dit laatste is opmerkelijk, omdat eerdere studies aantoonde dat het effect van training snel weg is na het staken van de training.

Heart Failure 2014 van de ESC vindt van 17 tot 20 mei plaats in de Griekse hoofdstad Athene. 

Het uitgebreide congresverslag kunt u lezen op: www.nvhv.nl/cordiaal/congres-verslag-okt-2013



Openhartig

Cobi Kroese
E-mail: c.kroese@zorgbalans.nl

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

Ton Lems



In deze aflevering komt Ton Lems aan het woord. Hij is sinds 2000 in dienst bij het Mobiel Medisch Team van het Universitair Medisch Centrum Groningen en is vanaf 1 januari 2011 chief nurse. "Het eerste uur na een ongeval is bepalend voor het genezingsproces."

Wat doet een MMT-verpleegkundige?

MMT staat voor: Mobiel Medisch Team. Globaal bestaat ons werk uit twee verschillende onderdelen. Ten eerste assisteren we de arts van ons team en zijn we een aanvulling op de ambulance. Dat is op zich al een veelomvattende taak. Belangrijk daarbij is het "golden hour": het eerste uur na een ongeval waarbij de patiënt vaak meerdere letsels heeft opgelopen. De verrichtingen die in dit uur plaatsvinden, zijn bepalend voor het verdere verloop van het genezingsproces van een (poly)traumapatiënt. Het doel is dan ook om de arts zo snel mogelijk bij de patiënt te brengen. Bijvoorbeeld bij een beknelling in een auto. Het kan dan soms wel even duren voordat het lukt om iemand te bevrijden. Het MMT-team kan al direct medische hulp bieden, waardoor verdere complicaties voorkomen kunnen worden.

Onze tweede taak is het assisteren van de piloot. We vliegen zelf niet, maar hebben wel een soort copilootfunctie. Daar zijn we apart voor opgeleid. We helpen met navigeren en houden onder andere het weer in de gaten.

Hebben jullie nog andere taken?

We houden ons natuurlijk ook bezig met kwaliteitmanagement en het veiligheidsmanagementsysteem, maar verder hebben we het druk genoeg met de parate dienst. We vliegen drie tot vier keer per dag. Per keer zijn we daar tussen de twee en tweeënhalve uur mee bezig, het terugvliegen en tanken meegerekend.

Hoeveel MMT-teams zijn er in Nederland?

Er zijn nog drie andere teams, in Amsterdam, Rotterdam en Nijmegen. Landelijk zijn er ongeveer 40 MMT-verpleegkundigen. Het bijzondere aan ons team is dat wij ook op de Waddeneilanden vliegen. Dat betekent dat we, naast traumaslachtoffers, patiënten vervoeren die vitaal bedreigd worden door bijvoorbeeld een CVA of een hartinfarct.

Welke opleiding is er voor nodig?

Ons team bestaat uit 9 MMT-verpleegkundigen, de HCM ofwel HEMS Crew Members. HEMS staat voor Helicopter Emergency Medical Services. We hebben allemaal een verschillende achtergrond. Sommigen zijn gedetacheerd van de ambulance of de eerste hulp. Als basis hebben we de opleidingen IC, SEH of SOSA (Stichting Opleidingen Scholingen Ambulancehulpverleners) gevolgd. Aanvullend hebben we de volgende opleidingen gedaan:

- PHTLS: Pre-Hospital Trauma Life Support. Met deze methodiek wordt ieder traumaslachtoffer, van Groningen tot Maastricht, volgens een vaste volgorde behandeld. Belangrijk daarbij is de hoge mate van professionaliteit en de ruimte voor zelfstandig handelen van Nederlandse ambulancehulpverleners.
- ENPC: Emergency Nursing Pediatric Course. Deze opleiding is speciaal gericht op de behandeling van kinderen. Trauma's zijn nog steeds de belangrijkste

doodsoorzaak bij kinderen, dus het belang hiervan is duidelijk.

- CRM: Een Crew Resource Management training is een veiligheidstraining voor multidisciplinaire teams in de spoedeisende zorg. CRM is eind jaren zeventig ontwikkeld in de luchtvaart om incidenten aan te pakken die voortvloeiden uit een gebrekkige samenwerking in de cockpit. De nadruk ligt vooral op communicatie, besluitvorming en leidinggeven.
- De opleiding voor het vliegoperationele deel vindt plaats in samenwerking met de operator van de helikopter. Wij zijn gedetacheerd bij de ANWB Medical Air Assistance (MAA). Tijdens de opleiding wordt aandacht besteed aan onder andere navigatie, meteorologie, simulators trainingen voor instrumentenkennis, brandoefeningen, veiligheidstrainingen en radioverkeer.

Je maakt de meest ernstige ongevallen mee. Hoe ga je daar mee om?

We houden een uitgebreide debriefing, waarin we alles nog eens nalopen; de reactietijd, de navigatie, de behandeling. Er wordt goed over nagepraat. Het een blijft je natuurlijk meer bij dan het ander. Met name kinderen raken je. Vooral 's zomers zijn er veel drenkelingetjes. Dat is wel eens moeilijk. Eventueel kunnen we het bedrijfsopvangteam inschakelen, maar ik heb nog niet meegemaakt dat iemand daar gebruik van heeft gemaakt. ♥

Wilt u ook iets vertellen over uw specifieke werksituatie? Stuur dan een mail naar secretariaat@nvhv.nl o.v.v. Cordiaal Openhartig en geef kort aan wat uw werkterrein is en over welke ervaringen u wilt vertellen.

hart FRUIS

Samenstelling: Hildelies van Oel
E-mail: h.vanoel@erasmusmc.nl

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

Angela Maas in Opzij

"Weer zo'n patiënte met rare klachten", hoort hoogleraar cardiologie voor vrouwen Angela Maas (57) nogal eens van collega-cardiologen. Maar de klachten zijn niet raar, ze zijn alleen anders dan die van mannen. In Opzij's nieuwe serie over vrouwen in de wetenschap vertelt Maas over haar vak, de machocultuur in de cardiologie en hoe het volgens haar anders moet.



Bron: Maandblad Opzij aug. 2013, foto: Hans van Oostrum

MultiPoint Pacing

De eerste implantatie van de Quadra Assura MPTM cardiale resynchronisatietherapie defibrillator (CRT-D) is in de Isala klinieken in Zwolle uitgevoerd door dr. Peter Paul Delnoy. De nieuwe MultiPoint™ Pacing-technologie (MPP) maakt het voor artsen mogelijk om meerdere locaties aan de linkerkant van het hart te stimuleren, waardoor de medisch specialist meer keuzemogelijkheden heeft om de pacingbehoefte bij cardiale resynchronisatietherapie (CRT) optimaal op de patiënt af te stemmen. Delnoy: "De mogelijkheid om een behandeling met MPP te ondergaan, kan voor sommige patiënten het verschil betekenen tussen goed reageren op CRT en daardoor een verbeterde samentrekking van het hart krijgen, of door blijven lijden aan hartfalen en een slechte pompwerking van het hart, waardoor zelfs de eenvoudigste dagelijkse bezigheden enorm veel moeite kosten."

De Quadra Assura MP CRT-D is een doorontwikkeling van St. Jude Medical en is ontworpen voor gebruik met de Quartet™ Lead, die vier elektroden heeft en maximale flexibiliteit biedt voor verschillende pacingconfiguraties.

Bron: Persbericht St. Jude medical



Geen afslankpil Dexaprine

De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) waarschuwt consumenten voor afslankpillen met de naam Dexaprine. Ze adviseert hen direct met het middel te stoppen en bij lichamelijke klachten naar de huisarts te gaan. Dit naar aanleiding van elf ernstige klachten die het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) van UMC Utrecht en de NVWA binnenkregen van mensen die Dexaprine gebruiken als afslankmiddel. Al na 1 tablet kunnen bijwerkingen optreden als hartstilstand, hartkloppingen, pijn op de borst, misselijkheid en hoofdpijn. Op sociale media staan ook berichten van bodybuilders met dezelfde klachten; zij gebruiken het product om meer energie te krijgen en af te vallen.

Onlangs dat op dit moment niet duidelijk is om welke varianten Dexaprine het hier gaat, zijn de 11 ernstige meldingen voor de NVWA voldoende aanleiding om direct actie te ondernemen. Ze heeft webwinkels die Dexaprine verkopen, opgedragen afdoende maatregelen te treffen en hun klanten zo snel en goed mogelijk te informeren.

Bron: www.blikopnieuws.nl

Pelgrimstocht verbetert cholesterol

Het lopen van de pelgrimstocht naar Santiago de Compostela in Spanje heeft een gunstig effect op het cholesterolgehalte, aldus onderzoekers van het UMC Utrecht in het tijdschrift Atherosclerosis. Ze volgden 29 gezonde vrijwilligers tussen de 40 en 70 jaar die vorig jaar 280 kilometer van deze pelgrimstocht liepen. De deelnemers legden twaalf dagen lang ruim 23 kilometer per dag af. Om de dag bepaalden de onderzoekers gewicht, bloeddruk, polsfrequentie, middelomtrek en de bloedwaarden van de deelnemers. Ze vergeleken de waarden met een controlegroep van gezonde thuisblijvers. Tijdens de meerdaagse wandeling daalde het gewicht van de deelnemers gemiddeld met 1,4 kilo, nam hun buikomvang af met 1,8 centimeter, daalde het 'slechte' LDL-cholesterol met ongeveer 30% en steeg het 'goede' HDL-cholesterol juist. Na enkele weken waren al deze waarden echter weer op het niveau van vóór de pelgrimstocht, al waren de lopers na twee maanden nog wel twee kilo meer afgevalen dan de thuisblijvers. De sterke cholesterolverlaging kwam voor de onderzoekers als een verrassing. Het lopen van de tocht blijkt net zo effectief als het gebruik van cholesterolverlagende medicijnen.

Bron: UMC Utrecht



In 2011 hebben alle werkgroepen zich aan u voorgesteld. Dit jaar gaan leden van de werkgroepen dieper in op hun activiteiten of op nieuwe ontwikkelingen.

WERKGROEP

Hartfalen

Volgens de CBS Doodsoorzakenstatistiek zijn in Nederland 24.520 mensen overleden aan hartfalen in de periode van 2007 t/m 2010. Dit zijn jaarlijks gemiddeld 6.205 sterfgevallen (ongeveer 3.28 sterfgevallen per 10.000 mensen per jaar). Onderzoek van het Nationaal Zorgkompas verwacht dat tussen 2010 en 2025 dit aantal met 46% zal stijgen, gezien de vergrijzing van de bevolking. Naast een hogere leeftijd spelen ook ontwikkelingen in risicofactoren (diabetes, bloeddruk, roken, verhoogd cholesterol) een rol. Het is nu nog niet duidelijk welk effecten die hebben op het aantal nieuwe patiënten met hartfalen. De hoge prevalentie van hartfalen in Nederland vraagt om blijvend onderzoek met als doel verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënten met hartfalen, vermindering van opnames en beheersing van de kosten.

De Werkgroep Hartfalen houdt zich bezig met verschillende zaken die de hartfalenzorg kunnen verbeteren. Via symposia en CNE's is er de mogelijkheid ervaringen te delen en uit te wisselen en op de hoogte te blijven van ontwikkelingen en van knelpunten. Zo kan de samenwerking met de eerste lijn intensiever worden. Vragen hierbij zijn onder andere: Hoe functioneren de hartfalenpoli's; kunnen patiënten eerder worden terugverwezen naar de huisarts en zijn daar crite-

ria voor te benoemen? De ketenzorg zal een steeds grotere rol spelen, waarvoor de patiënt wordt behandeld op die plaats waar hij op dat moment behoefte aan heeft. Ook zullen bezuinigingen in de gezondheidszorg mogelijk tot veranderingen in de hartfalenzorg leiden. Er moeten keuzes gemaakt worden bij de patiëntenzorg: volgen van de richtlijnen, behandeling met ICD of CRT-P/D naast medicatie en voorlichting. Moet elke patiënt die volgens de richtlijnen recht heeft op een bepaalde behandeling, deze ook krijgen? Ook de palliatieve zorg kan verder worden uitgewerkt in een zorgpad of protocol. In verschillende ziekenhuizen en thuiszorginstellingen is dit al gebeurd, maar in andere instellingen moet dit nog opgestart worden.

Richtlijnen

Door de Hart&Vaatgroep zijn er in 2012 kwaliteitscriteria zorg voor mensen met hartfalen uitgebracht, gezien vanuit patiëntenperspectief. Deze criteria zijn voor diverse doeleinden geschikt, zowel binnen ziekenhuizen (hartfalenpoli) voor evaluatie van zorg, protocol of zorgpad, maar ook zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen er gebruik van maken. In 2012 heeft er opnieuw een verandering plaatsgevonden in de richtlijn voor chronisch symptomatisch systolisch hartfalen (HFrEF) door de toevoeging van Ivabradine (procoralan).

Jacqueline van Santvoord, hartfalenverpleegkundige, Diakonessenhuis Utrecht / Zeist en lid werkgroep hartfalen NVHV

E-mail: jvsantvo@diakhuis.nl

Is deze richtlijn al ingebed in ziekenhuizen en hartfalenpoli's? Ook in 2012 is de Nederlandse vertaling van de website 'heartfailurematters' gelanceerd. Interessant te weten in hoeverre er van deze site gebruik wordt gemaakt en of dit leidt tot verbetering in het zelfmanagement van de hartfalenpatiënt en van zijn omgeving.

Telemonitoring

Verder zijn er studies verricht naar telemonitoring, zoals 'In Touch'. Hierbij is onderzocht wat het effect is van een ICT gestuurd diseasesmanagement-programma op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. De uitkomsten zijn wisselend; telemonitoring biedt niet altijd een verbetering in hartfalenzorg. Er zijn nog veel vragen, zoals: Wie bepaalt of een patiënt in aanmerking komt voor telemonitoring; wie beoordeelt dit; hoelang moet de telemonitoring duren; wie is ervoor verantwoordelijk; wie kijkt naar de uitslagen en kan dit een face-to-face contact met een cardioloog of hartfalenverpleegkundige vervangen? Deze en andere kwesties zullen aan bod komen op de Nationale Hartfalendag in september dit jaar. Naar verwachting zullen meer patiënten en hun familie naar telemonitoring vragen, omdat sinds vorig jaar zorgverzekeraars deze behandeling vergoeden. Het is de vraag in hoeverre hartfalenpoli's klaar zijn voor deze methode.

Een andere boeiende ontwikkeling is het stamcelonderzoek, waarin de Nederlandse Hartstichting investeert (2008-2013). De resultaten daarvan moeten we nog afwachten. Nieuw onderzoek naar stamceltherapie loopt. De werkgroep hartfalen, die in 2013 met een aantal nieuwe leden is versterkt, probeert iedereen op de hoogte te brengen van de diverse ontwikkelingen, ook door het leveren van een aandeel aan meerdere bijeenkomsten (zie kader). Al met al liggen er voor de werkgroep en het vakgebied een heleboel mooie ontwikkelingen en uitdagingen in het verschiet! 



Noteert u vast!

- De Nationale Hartfalendag op 27 september in Zeist.
- CNE hartfalen (cardiogenetica, cardiomyopathie en echocardiografie) op 29 oktober in Utrecht.
- CarVasZ op 15 november in Ede.

Hartfalenverpleegkundige Vicky Kneijber.

Foto: Jacqueline van Santvoord

Berichten van het NVHV-bestuur

Nieuwe website

Eindelijk is het dan zo ver: eind augustus is de nieuwe website van de NVHV gelanceerd! Een aantal leden heeft hard gewerkt om deze website vorm te geven en zo in te richten dat u als lid optimaal wordt geïnformeerd over de activiteiten en het laatste nieuws van de NVHV. Nieuw is dat u zelf uw persoonlijke gegevens kunt wijzigen. Hiervoor heeft u nieuwe inlogcodes nodig: uw e-mailadres is uw gebruikersnaam en het wachtwoord zal door het systeem worden aangemaakt zodra u de eerste keer inlogt. Vervolgens kunt u via "MIJN NVHV" uw lidmaatschapnummer raadplegen en uw adresgegevens inzien en wijzigen. Ook kunt u hier Cordiaal en uw dossier in het kwaliteitsregister inzien.

Indien uw actuele e-mailadres nog niet binnen onze administratie bekend is, verzoek ik u dit zo spoedig mogelijk door te geven via secretariaat@nvhv.nl.

NVHV op Twitter

In het verlengde van de nieuwe website willen wij u ook graag via Twitter op de hoogte houden van de ontwikkelingen en het laatste nieuws binnen de NVHV. Volg ons daarom ook via: #NVHV1.

Continuing Nursing Education

Dit najaar worden twee interessante Continuing Nursing Educations (CNEs) georganiseerd in Utrecht. Op 10 oktober de CNE Hartrevalidatie met het onderwerp 'Ethiek binnen de hartrevalidatie' en op 29 oktober de CNE Hartfalen met het thema 'Cardiogenetica, cardiomyopathie, echocardiografie en de meerwaarde van CRT-P bij hartfalen'. Beide CNE's bestaan uit een dagprogramma en zijn geaccrediteerd. Naast de educatieve component is er mogelijkheid om te netwerken met uw collega's. Daarnaast is de Expertgroep Verpleegkundig Specialisten NVHV bezig met de organisatie van een CNE-VS. De datum van deze CNE wordt binnenkort op onze website kenbaar gemaakt. Ik nodig u dan ook van harte uit om aan deze CNE's deel te nemen.

CarVasZ 10 jaar

Op vrijdag 15 november vindt een feestelijke editie van CarVasZ plaats in Hotel en Congrescentrum de Reehorst te Ede, want CarVasZ viert zijn tiende verjaardag! Onder het thema 'Cardiovasculaire zorg(en). Uitdagingen voor verpleegkundig Nederland' belooft het een bijzondere editie te worden. Zo zijn er interessante parallelsessies en workshops over uiteenlopende onderwerpen en is er een heuse Twitterfontein. Volg CarVasZ dus op Twitter #CarVasZNL. In het programma van de plenaire sessie heeft een wijziging plaatsgevonden. Helaas kan professor Tiny Jaarsma van de Linköping University in Zweden niet aanwezig zijn. We hebben echter een uitstekende vervangster gevonden in Dr. Wilma Scholte op Reimer van de Universiteit van Amsterdam. Zij zal het onderwerp 'verpleegkundige autonomie' belichten.

Een mini-cabaretvoorstelling sluit de plenaire sessie af. CarVasZ wordt geaccrediteerd voor verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en hartfunctielaboranten. Er zijn nog enkele plaatsen beschikbaar, dus meldt u snel aan en zorg dat u deze editie van CarVasZ zeker niet mist!

Kenhethart.nl

Tijdens de jaarlijkse 'Dress Red Day' op 29 september kleurde Nederland weer rood om aandacht te vragen voor vrouwen en hart- en vaatziekten. Het is natuurlijk zaak om ook de rest van het jaar hieraan aandacht te besteden. Dat is precies wat de werkgroep Gender van de NVVC doet, onder andere via de website 'www.kenhethart.nl'. U kunt hier terecht voor informatie over de verschillen tussen mannen en vrouwen op dit terrein, ziektebeelden, casuïstiek en speciaal geselecteerde interessante artikelen. Het is absoluut de moeite waard om deze website te bezoeken!

Daarnaast is de werkgroep Gender op zoek naar enthousiaste verpleegkundigen met interesse in het onderwerp vrouwen en hart- en vaatziekten, die de werkgroep willen ondersteunen.

Jeroen Hendriks
voorzitter NVHV

e-mail: jeroen.hendriks@maastrichtuniversity.nl



Jeroen Hendriks
voorzitter NVHV

Heeft u interesse of vragen, stuur dan een bericht naar secretariaat@nvhv.nl.

Werkgroep Acute CardioVasculaire Zorg

In Cordiaal 3 van dit jaar berichtte ik u dat de werkgroep Acute Zorg nieuw leven ingeblazen zou worden. Inmiddels hebben zich enkele enthousiaste verpleegkundigen gemeld en de eerste vergadering van deze vernieuwde werkgroep heeft plaatsgevonden. Omdat acute zorg zich niet alleen beperkt tot de cardiale zorg en vasculaire componenten hierin vaak verweven zijn, is er besloten het werkteerrein van deze werkgroep uit te breiden tot de cardiovasculaire zorg. Derhalve spreken we nu van de werkgroep Acute CardioVasculaire Zorg. De werkgroep heeft interessante plannen en de toekomst ziet er rooskleurig uit. Een van de taken van de werkgroep is een bijdrage leveren aan de organisatie van Venticare. Versterking is natuurlijk welkom. Dus bent u werkzaam in de acute cardio(vasculaire) zorg en wilt u deel uitmaken van een inspirerende werkgroep, neem dan snel contact met ons op door een mail te sturen naar secretariaat@nvhv.nl.

2013

29 oktober*

CNE Hartfalen “Cardiogenetica, cardiomyopatie, echocardiografie en de meerwaarde van CRT-P bij hartfalen”

Cursus- en Vergadercentrum Domstad, Utrecht

www.nvhvv.nl/opleidingen

7 november

Landelijk Medium Care Symposium 2013

Locatie volgt

www.mediumcaresymposium.nl

8 november*

LVAD brug naar transplantatie of 'destination' therapie

Woudschoten Conferentiecentrum te Zeist

www.hartentweecongres.nl/lvad

15 november*

CarVasZ 2013 “Cardiovasculaire zorg(en). Uitdagingen voor verpleegkundig Nederland”

Hotel en Congrescentrum De ReeHorst, Ede

www.carvasz.nl en www.nvhvv.nl

10 december

Vitale Vaten “Cardiovasculair risicomanagement: van weten naar doen!”

De Eenhoorn, Amersfoort

www.vitalevaten.nl

18 december

Algemene Ledenvergadering NVHVV

www.nvhvv.nl

2014

Datum wordt via www.nvhvv.nl bekend gemaakt*

CNE Verpleegkundig Specialisten

Locatie: Rotterdam

www.nvhvv.nl/opleidingen

13 maart

4e Jaarcongres ClaudicationNet

1931, Congrescentrum Brabanthallen, 's-Hertogenbosch

www.claudicationet.nl

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

Algemene ledenvergadering

Hierbij nodigen wij de NVHVV-leden uit voor de ALV op 18 december 2013.

Datum

Woensdag 18 december 2013

Locatie

Vergadercentrum Vredenburg,
Vredenburg 19, 3511 BB Utrecht

Tijd

12.00 – 14.00 uur

Concept AGENDA

1. Opening 12.00 uur
2. Vaststellen van de agenda
3. Mededelingen
4. Concept notulen ALV
d.d. 4 april 2013*
5. Presentatie
concept Jaarplan 2014*

Pauze 13.00 – 13.15 uur

6. Vervolg presentatie
concept Jaarplan 2014
7. Presentatie
Nederlandse Hartstichting
8. Concept Begroting 2014
9. Bestuurlijke wisselingen

10. Rondvraag en sluiting 14.00 uur

De agenda en routebeschrijving kunt u downloaden van de NVHVV website. De bijlagen* worden uiterlijk één week voor de vergadering op de website van de NVHVV (www.nvhvv.nl) geplaatst. Wij verzoeken de leden verdere mededelingen m.b.t. de ALV via de website te blijven volgen.

CarVasZ

Hét congres voor de
Cardio Vasculaire Zorg

Thema:

Cardiovasculaire zorg(en),
uitdagingen voor verpleegkundigen

Vrijdag 15 november 2013

De ReeHorst, Ede

- Schrijf een abstract en informeer je collega's over je onderzoek/project
- Accreditatie voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten
- Gereduceerd tarief voor studenten Bachelor Verpleegkunde

Congressecretariaat:

Congress Company

Tel 073 - 700 35 00

info@congresscompany.com

www.congresscompany.com



#carvaszn1

www.carvasz.nl



Nederlandse Vereniging voor
Hart en Vaat Verpleegkundigen

www.nvhvv.nl

Met 4400 inschrijvingen was *Heart Failure 2013*, dat van 25 tot 28 mei in Lissabon plaatsvond, een van de best bezochte edities van dit congres van de *European Society of Cardiology*.

Ron Bakker, Verpleegkundig Specialist hartfalen/cardiologie, VU medisch centrum, Amsterdam

Email: r.bakker@vumc.nl

Lissabon, 25 – 28 mei 2013

Heart Failure 2013

Het programmaboekje van *Heart Failure 2013* omvatte tweehonderd pagina's met (satelliet) symposia, zogenaamde hoofd- en focussessies, wetenschappelijke presentaties en posterpresentaties. Ruime keus dus voor de 4400 bezoekers van dit congres, dat in mei te Lissabon plaatsvond. Helaas was niet al het gepresenteerde even "nieuw" en bestond er tussen sommige sessies een behoorlijke overlap. En hoewel er uit verpleegkundig Nederland veel deelnemers waren, was de inhoudelijke inbreng mager; slechts twee personen hielden een presentatie. Een greep uit het aanbod.

De paradox van obesitas

Dat overgewicht (adipositas) en ziekelijk overgewicht (obesitas) mede verantwoordelijk kunnen zijn voor het ontstaan van diabetes mellitus (DM), hypertensie, hart- en vaatziekten en problemen aan het bewegingsapparaat is bekend. Er is sprake van adipositas bij een Body Mass Index (BMI) van 25 – 30 en van obesitas bij een BMI > 35. Overigens gelden deze getallen voor de westerse populatie, voor bijvoorbeeld Aziaten gelden lagere getallen. Patiënten met hartfalen en een lagere BMI (<27) blijken een hogere mortaliteit te hebben dan patiënten met een BMI van 27 – 35. Bij een BMI > 35 stijgt de mortaliteit weer. Ook gewichtsverlies leidt tot meer problemen. De tweejaarmortaliteit bij patiënten met een stabiel gewicht is ongeveer 11%. Bij onvrijwillig afvallen is dat 28% en bij vrijwillig afvallen zelfs 36%. De moraal van dit verhaal lijkt dat je maar beter een normale BMI (20-25) kan hebben om te voorkomen dat je ziek wordt. Wanneer je eenmaal ziek bent, lijkt iets meer reserve juist in het voordeel te werken, omdat cardiale cachexie daardoor minder snel optreedt.

Hartfalen en zwangerschap

Tijdens deze sessies werd een onderscheid gemaakt tussen de zorg voor de zwangere met congenitale hartafwijkingen en de peripartum cardiomyopathie (PPCMP). Bij de eerste groep vormen hartfalen en ritmestoornissen het grootste probleem. De moedersterfte is in deze groep laag (1%, onder andere door hartfalen, ischemische hartziekten en plotselinge hartoedood), maar het aantal abortussen ligt hoog: 20 – 40%. Ook worden er meer prematuren en dismaturen geboren en is de perinatale sterfte hoger. Oorzaken die tot een hoger risico leiden zijn divers: de aanwezigheid van Pulmonale Hypertensie (PHT), hypertensie, de aanwezigheid van klepaandoeningen en mechanische kleppen, roken en obesitas. Het blijkt dat vrouwen met hartaandoeningen die zwanger zijn substandaard cardiale zorg krijgen; 50% wordt niet vervolgd door een cardioloog en 50% van de complicaties zouden zijn te voorkomen. Risicofactoren zouden al voor de zwangerschap moeten plaatsvinden door het maken van een echocardiogram, een inspanning ECG en evaluatie van hartritmestoornissen (en eventueel een MRI). Er moet een behandelplan en vervolgplan worden opgesteld, waarin de medicatie wordt geëvalueerd: wat kan worden gecontinueerd, wat dient te worden gestart en wat veranderd. Ook moet er een plan zijn rond de bevalling. In deze plannen is een multidisciplinaire samenwerking tussen de cardioloog, gynaecoloog, kinderarts en anesthesist essentieel. Er bestaan voor hartaandoeningen tijdens zwangerschap zowel richtlijnen van de ESC als van de Wereld Gezondheid Organisatie.

Peripartum cardiomyopathie

Bij verdenking van PPCMP is het aan



te bevelen om een ECG te maken en een echocardiogram en om de peptiden (NT-proBNP) en het CRP te laten bepalen. Het ECG is bij bijna alle patiënten met PPCMP afwijkend, maar hierin is niet iets specifiek afwijkend. Op het echocardiogram wordt vaak een linkerventrikeldisfunctie gezien. Als er ook sprake is van rechterventrikelfalen is de prognose slechter. Het CRP en (NT-pro)BNP zijn bijna altijd verhoogd, waarvan het (NT-pro)BNP meer specifiek is. Patiënten met een PPCMP hebben een betere prognose bij een verminderde neurogene activatie, een hogere bloeddruk (hierdoor kunnen patiënten beter ingesteld worden op medicatie) en een hogere BMI. Over de prognose zelf lopen de cijfers nogal uiteen. Zo worden er mortaliteitspercentages genoemd van 1,5 – 28%! Bij 30% van de vrouwen met PPCMP treedt volledig herstel van de linkerventrikelfunctie (LVF) op (gedefinieerd als een EF van > 50%). Lange termijn follow-up gegevens zijn nog niet bekend, zodat geadviseerd wordt ook na herstel van de LVF de medicamenteuze behandeling te continueren en 2 jaar te wachten alvorens weer zwanger te worden. Na de theoretische uiteenzetting werden twee casussen gepresenteerd. De eerste casus betrof een vrouw in haar eerste zwangerschap waarbij pre-eclampsie optrad en het kind overleed. Een tweede zwangerschap liet geen problemen zien (de

moeder was na de eerste zwangerschap wel ingesteld op hartfalenmedicatie). De tweede casus betrof een vrouw die tijdens de zwangerschap een normale EF hield en pas na de bevalling een daling van de EF kreeg tot 30%. Binnen enkele maanden herstelde de EF naar 50%.

Vele bruggen

Tijdens meerdere sessies was er aandacht voor positieve inotropica als dopamine en dobutamine. Er is vanuit wetenschappelijk onderzoek weinig bekend over deze middelen. In de Verenigde Staten was eerder sprake van een dalende trend in het gebruik van deze middelen dan in Europa. Voortdurend gebruik van dobutamine gedurende 14 dagen laat een toename zien van mortaliteit. Oorzaken hiervan zouden zijn het ontstaan van een tachycardie, toename van ritmestoornissen, hoger zuurstof gebruik van het myocard en het vasodilatatoire effect. Deze aspecten kwamen in meerdere sessies aan bod.

De 'Bridge-to-Transplant' voor mechanische ondersteuning van het hart tot harttransplantatie is uitgebreid. Er zijn nu vele 'bruggen'. Zoals de 'Brug tot besluitvorming', de 'Brug tot kandidaat' (voor mechanische ondersteuning), de 'Brug tot herstel' en de 'Brug tot uiteindelijke behandeling' (en afzien van transplantatie). Tijdens een sessie kwam de Intra Aortale Ballonpomp (IABP) er niet goed vanaf. Het al dan niet gebruiken van de IABP bij patiënten in shock liet weinig tot geen verschil zien in cardiac output,

systemische vaatweerstand, pulmonaire capilaire wiggedruk en 30 dagen of 6 maanden mortaliteit. Andere percutane vormen van mechanische ondersteuning (Impella, Extra Corporal Live Support, extra cardiale left Ventricular Assist Devices) lieten wel een hogere mortaliteit en kans op complicaties zien dan het gebruik van de IABP. Of deze patiëntencategorie ook zieker was dan wanneer alleen een IABP ingebracht was, werd niet duidelijk. Wel duidelijk is dat de ontwikkelingen in nieuwe mechanische ondersteuning van het hart niet stilstaan. Sommigen hielden daar een vurig pleidooi voor, wat tot kritische opmerkingen uit de zaal leidde: "Hebben we dan niets geleerd van de IABP en moeten we niet eerst gerandomiseerde klinische studies doen naar de effecten van dergelijke nieuwe ontwikkelingen?" en "Wat bedoelt u met 'Bridge-to-Transplant' als u geen organen heeft?"

Verpleegkundig Nederland

Hoewel er diverse hartfalenverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten hartfalen in Lissabon aanwezig waren, viel de (wetenschappelijke) inbreng van deze groep wat tegen. Slechts twee personen hielden een presentatie. Josianne Boyne uit Maastricht sprak op een sessie over telemonitoring. Een vergelijking van verschillende onderzoeken is nog steeds niet mogelijk, onder andere doordat er verschillende eindpunten worden gebruikt, verschillende patiëntengroepen geïnccludeerd worden en er meer-

dere soorten telemonitoring plaatsvinden. Het blijft appels met peren vergelijken. Volgens Boyne zijn belangrijke obstakels bij professionals: het ontbreken van duidelijke doelen, (te) hoge verwachtingen, gebrek aan een patiëntprofiel om in aanmerking te komen voor telemonitoring en gebrek aan kennis hoe een dergelijk systeem te gebruiken. Als mogelijke oplossingen schetste zij: meer (inter)nationale samenwerking waardoor kennis over telemonitoring verbetert, het creëren van patiëntprofielen, het structureren van de financiële middelen, zowel professionals als patiëntengroepen betrekken bij de ontwikkelingen en het reorganiseren van de zorg bij telemonitoring. 's Morgens een probleem geconstateerd? 's Middags zien op de poli als dat nodig is! In hoeverre het door de patiënt thuis zelf bepalen van het (NT-pro)BNP, en het aan de hand daarvan zelf aanpassen van de dosering diuretica, toekomstmuziek is, zal de tijd uitwijzen.

Posters

Daniël Smidi uit Amsterdam (OLVG) presenteerde een poster over de positieve effecten op de lange termijn wat betreft functionele capaciteit na een korte periode (3 maanden) van fysiotherapie bij patiënten met chronisch hartfalen. Zowel na 3 als na 6 maanden liet de interventiegroep een significante verbetering zien in de functionele capaciteit (NYHA klasse). Na 6 maanden was er ook een positieve trend in de kwaliteit van leven en de BNP-waarde. Dit laatste is opmerkelijk, omdat eerdere studies aantoonde dat het effect van training snel weg is na het staken van de training. Josianne Boyne presenteerde een poster over de determinanten van zoutinname bij Nederlandse hartfalenpatiënten. Hieruit bleek dat patiënten die zelf hun inkopen deden, een hogere zoutinname hadden dan wanneer de inkopen door anderen werden gedaan. Oorzaken zijn: gebrek aan kennis, zoutarme producten zijn duurder en mensen vinden het moeilijk een keuze te maken voor een bepaald soort voedsel. 

Heart Failure 2014 van de ESC vindt van 17 tot 20 mei plaats in de Griekse hoofdstad Athene.

