



CORDIAAL

5

JAARGANG 41
DECEMBER 2019

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HART EN VAAT VERPLEEGKUNDIGEN

ANGINA PECTORIS

ZONDER OBSTRUCTIEF
CORONAIRLIJDEN

♥ THERAPIEONTROUW BIJ JONGEREN NA HARTTRANSPLANTATIE

♥ RICHTLIJN CARDIOVASCULAIR RISICOMANAGEMENT

♥ NAZORGGESPREKKEN VOOR NABESTAANDEN

♥ ZES JAAR ICD APP

JE HEBT HET NIET IN DE GATEN,
MAAR HARTFALEN

SLUIPT
VERDER



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



LATEN WE DIT SAMEN VERANDEREN

INHOUD

149 Kansen en mogelijkheden

Leonie Caesar

150 Angina pectoris zonder obstructief coronairlijden Oorzaken, diagnostiek en behandeling

Mariëlle Hartzema-Meijer, Suzette Elias-Smale

154 Therapieontrouw bij jongeren na harttransplantatie

Doraya Haarmans

157 Opfriscursus: Boezemfibrilleren

Jeroen Smits

160 Richtlijn cardiovasculair risicomanagement maakt meer eigen regie mogelijk

Anne-Margreet Strijbis

164 Zes jaar ICD App: wat hebben we geleerd? Een zoektocht naar de kwaliteit van leven

Martijn Kampshoff

166 Nieuwsflits

167 Hartlopend: over de COACT-studie en slagaderverkalking door verstoring dag-nacht ritme

168 Nazorggesprekken voor nabestaanden door zorgverleners

Wilma Derks

172 Uit de Praktijk: Pionier op de hartfalenpolikliniek

Aagje Noordhuizen

173 Patiëntenblog: Goois Matras

Patricia Vlasman

174 Congresverslag: CarVasZ 2019

Corine Bergkamp

176 Openhartig: Lammert van Rijssen, verpleegkundige Interventie Cardiologie Meander MC te Amersfoort

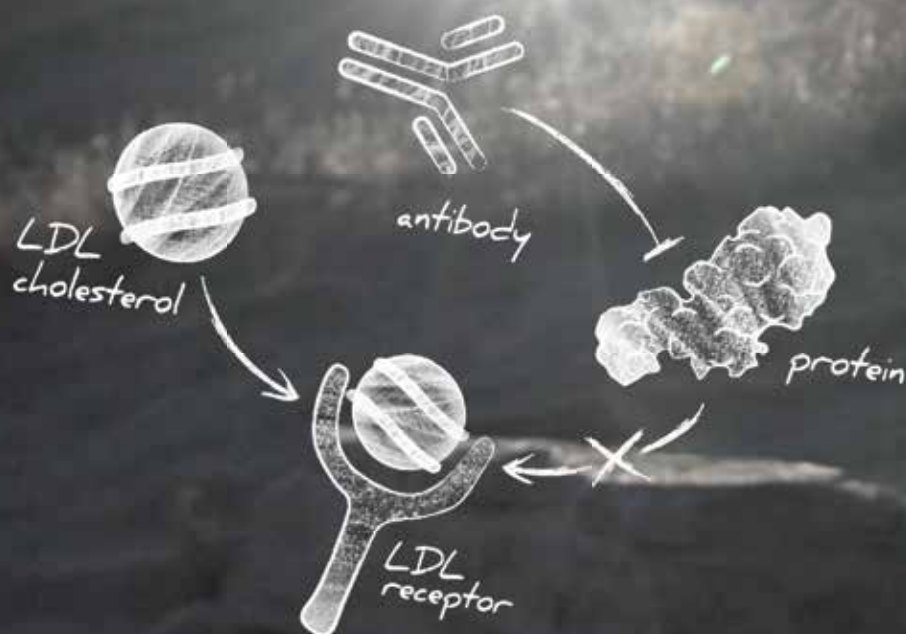
Dewy Portier

177 Register Cordiaal 2019

178 Verenigingsnieuws en Agenda



Lower cholesterol by
inhibiting a protein



SAMEN IN DE STRIJD TEGEN HART- EN VAATZIEKTEN

Onderzoek naar hart- en vaatziekten en de mogelijke behandelopties is één van de belangrijke aandachtsgebieden van onze wetenschappers, die de menselijke genetica onderzoeken op zoek naar nieuwe geneesmiddelen.

BIOTECHNOLOGY IS IN OUR BLOOD

AMGEN®

Cardiovascular

COLOFON

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

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

Redactie

Mandy Perdijk, Amsterdam UMC, locatie VUmc
(hoofdredeur)
Lianda Hartman, Radboudumc, Nijmegen
Wim Janssen, Rijnstate Ziekenhuis
Eveline Schouten-Hendriks, OLVG, Amsterdam
Janine van Veen-Doornenbal, verliesbegeleider,
verpleegkundige (zzp)
Sascha Vogelsang, Amsterdam UMC, locatie VUmc

Eindredactie

Maja Haanskorf, Journalistiek - Redactie - Teksten

Vormgeving

Cross Media Nederland

Omslagfoto

Paul Musters

Advertentie-exploitatie

Cross Media Nederland

Tel: 010-742 10 20

Email: zorg@crossmedianederland.com

Tariefkaart: www.cordiaal.nl

Redactieraad

Margje Brummel-Vermeulen
(Werkgroep Interventiecardiologie)
Tonny Jongen en Caroline Wulffraat
(Werkgroep Hartfalen)
Marije de Lange
(Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek)
Erna Vossebelt (Werkgroep Atriumfibrilleren)
Stefanie van Oostrum (Werkgroep Cardiale Thoracale Chirurgie)
Jan Koppes (Werkgroep Hartrevalidatie)
Mariëtte Hartzema (Werkgroep Vasculaire Zorg)
Leontine Wentrup (Werkgroep Acute Cardiale Zorg)
Sanne Betist (Werkgroep ICD-begeleiding & Elektrofysiologie)
Kees van Lent (Werkgroep Congenitale Cardiologie)

Redactiesecretariaat (NVHV-bureau)

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

Abonnementen

Het NVHV-lidmaatschap is een voorwaarde voor het ontvangen van Cordiaal. Lidmaatschap kost € 53,- per jaar, kan elk gewenst moment ingaan en wordt ieder jaar automatisch verlengd. Betaling vindt plaats via automatische incasso. Beëindiging van het lidmaatschap kan slechts geschieden tegen het einde van het kalenderjaar. Hiervoor dient u per e-mail naar secretariaat@nvhv.nl op te zeggen, met inachtneming van een opzeggingstermijn van ten minste vier weken (dus uiterlijk eind november).

Instellingen die Cordiaal willen ontvangen, betalen € 84,32 per jaar. De opzeggingstermijn van een instellingsabonnement bedraagt 3 maanden en kan op elk gewenst moment worden aangegeven via een mail naar secretariaat@nvhv.nl. Raadpleeg voor meer informatie de website van de NVHV.

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

Adreswijzigingen

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

Auteursrecht

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

NVHV- sponsors



Kansen en mogelijkheden



De uitdaging om hoofdredacteur van het mooie vakblad Cordiaal te worden, deed zich iets meer dan twee jaar geleden voor. Erg spannend vond ik het en tegelijkertijd erg leuk om mij in te zetten voor deskundigheidsbevordering voor hart- en vaatverpleegkundigen. Een kans om niet te laten liggen. In deze twee jaar heb ik samen met de redactie geprobeerd het blad zo goed mogelijk voort te zetten en het zo actueel mogelijk te houden met interessante artikelen voor jullie, de lezers. Nu volgt een nieuwe uitdaging voor mij, het trotseren van de Thorong la

Pass in de Himalaya (5416 meter), een van de hoogste bergpassen ter wereld. Opnieuw een kans om niet te laten liggen. Deze beklimming in combinatie met de rest van de reis die ik ga maken, maakt dat ik het hoofdredacteurschap heb overgedragen aan Mandy Perdijk. Ik wens haar veel succes en plezier in deze nieuwe functie en ik bedank de hele redactie ontzettend voor de leuke en leerzame tijd bij Cordiaal!

Het afgelopen jaar is een zeer bewogen jaar geweest voor ons, de verpleegkundigen. Neem de functiedifferentiatie. Er is bekend geworden dat de wet Big II, zoals eerder bedacht, niet door gaat. Tegelijk bestaat er voor het eerst in jaren een mogelijkheid voor verandering; of die goed of slecht is, het is aan alle verpleegkundigen en verzorgenden om na te denken over onze toekomst. Daarnaast speelt de kwestie van salariering. Op 20 november was er een grote, landelijke ziekenhuisstaking voor een betere CAO. Hopelijk zal 2020 meer duidelijkheid geven over al deze zaken en dan zullen wij u daar zeker van op de hoogte houden.

Een andere uitdaging voor verpleegkundigen is om in te spelen op de steeds ouder wordende patiëntenpopulatie, vooral in combinatie met (vernieuwde) technologie. Zowel patiënten als verpleegkundigen maken steeds meer gebruik van apps; zo leest u in deze Cordiaal een artikel over de ICD app. Verder in dit nummer aandacht voor de nieuwe richtlijn cardiovasculair risicomanagement, die meer eigen regie van de patiënt mogelijk maakt, en voor de behoefte aan nazorgsgesprekken met nabestaanden na het overlijden van de patiënt. Het artikel over therapieontrouw bij jongeren na harttransplantatie gaat in op onderliggende oorzaken en onderzoekt welke interventies mogelijk zijn. Het hoofdartikel gaat over de vraag wat te doen met angina pectoris klachten wanneer er geen sprake is van obstructief coronairlijden. Daarnaast vindt u de vertrouwde rubrieken en – handig – het register met een overzicht van alles wat dit jaar in Cordiaal is verschenen.

Ik wens u veel leesplezier met de laatste editie van 2019. Alvast fijne feestdagen gewenst en een gelukkig Nieuwjaar!

P.S. Mocht u enthousiast zijn geworden om ook deel uit te maken van onze redactie, stuur een mail naar cordiaalredactie@gmail.com

Leonie Caesar

Oorzaken, diagnostiek en behandeling

Angina pectoris zonder obstructief coronairlijden

Angina pectoris ontstaat wanneer het hart onvoldoende zuurstof krijgt. Als oorzaak wordt hierbij al snel gedacht aan obstructief coronairlijden ten gevolge van atherosclerose, maar wat te doen met angina pectoris klachten zonder obstructief coronair lijden?

Mariëlle Hartzema-Meijer, verpleegkundig specialist en Suzette Elias-Smale, cardioloog, afdeling cardiologie, Radboudumc Nijmegen.

E-mail: marielle.hartzema-meijer@radboudumc.nl

De bewustwording neemt toe dat angina pectoris kan voorkomen zonder dat er sprake is van obstructief coronairlijden. Uit de American College of Cardiology National Cardiovascular Data Registry blijkt dat van de 398.978 patiënten die een coronair angiografie (CAG) hebben ondergaan, slechts 38% obstructief (> 50% stenose, zie figuur 1) coronairlijden laat zien.¹ Dit betekent dat bijna twee derde van de patiënten met symptomen van angina pectoris geen obstructief coronairlijden heeft. In combinatie met de database van de Women's Ischemic Syndrome Evaluation (WISE) zijn er naar schatting in Amerika zo'n drie tot vier miljoen mannen en vrouwen met symptomen van angina pectoris zonder obstructief coronairlijden. Voor de Nederlands populatie is het aantal niet bekend.

INOCA is een Engelse verzamelterm voor patiënten die zich presenteren met symptomen en tekenen die suggestief zijn voor ischemische hartziekte, maar bij wie geen obstructief coronairlijden is gevonden. INOCA staat voor Ischemia but No Obstructive Coronary Artery disease. In het Nederlands is 'coronaire vaatdysfunctie' een passende term. Ook na een Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) of geslaagde percutane coronaire interventie (PCI) kunnen patiënten coronaire vaatdysfunctie hebben.

Klachten

Typische angina pectoris klachten bestaan uit een drukkende pijn midden op de borst. Deze kan uitstralen naar de keel of linkerarm. Uitlokkende factoren kunnen inspanning, koude of emoties zijn. Deze klachten trekken

INOCA		CAD	
<20%	20-50%	50-70%*	>70%

Figuur 1. INOCA_CAD

* Bij 50-70% stenoses valt het onder obstructief coronairlijden indien deze obstructies gepaard gaan met opwekbare ischemie of een fractional flow reserve van ≤ 0.80 .

INOCA: Ischemia but No Obstructive Coronary Artery disease.

CAD: Coronary Artery Disease.

vaak snel weg bij het nemen van rust of na het gebruiken van nitroglycerine.

Onder atypische angina pectoris wordt een divers scala aan klachten geschaard. Meestal wel pijn midden op de borst, maar niet per se optredend bij inspanning en afzakkend in rust of bij nitroglycerine. De klachten kunnen zich juist na inspanning presenteren, bij mentale druk of in rust. Ook kan de pijn een ander karakter hebben of uitstralen naar de kaak, rug of schouderbladen. Daarnaast zijn er klachten die worden geschaard onder 'angina equivalent', zoals dyspnoe, palpitations, vermoeidheid, angstig/onrustig gevoel en misselijkheid. Bij typische angina pectoris is de kans groter dat er sprake is van obstructief coronairlijden, terwijl atypische klachten meer bij coronaire vaatdysfunctie worden gezien; al is dit onderscheid niet altijd zo zwart-wit. De mate van pijn zegt niets over de oorzaak.

Oorzaken

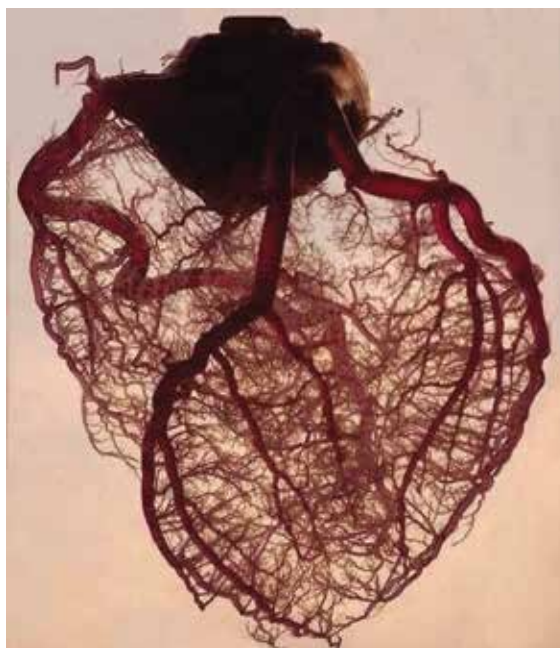
Verschillende cardiale problemen kunnen oorzaak zijn van INOCA, bijvoorbeeld een ernstige aorta stenose of anemie.^{2,3} Kennis van onderliggende

mechanismen, juiste diagnostiek en behandelingsstrategieën zijn bij deze aandoeningen voorhanden. Daarnaast kan er sprake zijn van functionele afwijkingen aan de vaten, de al genoemde coronaire vaatdysfunctie. Deze kan bestaan uit vaatspasmen (vasoconstrictie), een verminderd vermogen tot vaatverwijding (vasodilatatie) of beide. Dit kan zowel in de grote (epicardiale) vaten als in

Epicardiale vaten en microvasculaire vaatbed

Epicardiale vaten maken zo'n 10% van het coronaire vaatbed uit. Doel van de epicardiale vaten is te zorgen voor voldoende capaciteit voor de coronary blood flow.

Het microvasculaire vaatbed beslaat 90% van het coronaire vaatbed en bestaat uit pre-arteriolen, arteriolen en capillairen. Deze vaatgebieden zijn niet duidelijk afgegrensd, maar lopen in elkaar over. Daarbij heeft elk vaatgebied zijn eigen functie. Kort gezegd reguleert het microvasculaire vaatbed de coronary blood flow en flow reserve.



Afbeelding 1.

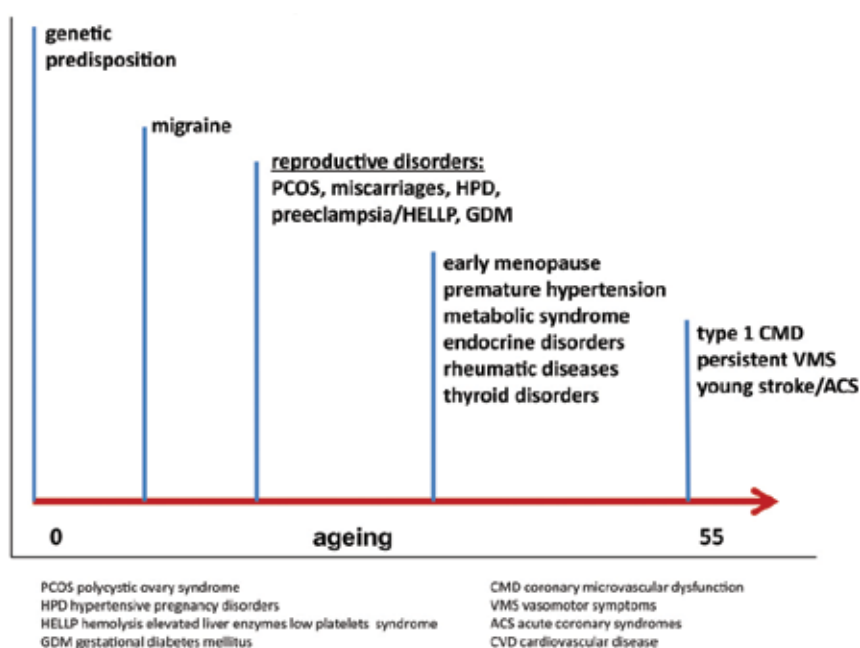
Panel A (links) laat een epicardiaal vat zien tijdens een coronair angiogram.

Panel B (rechts) laat zowel de epicardiale vaten als het microvasculaire vaatbed zien.

het microvasculair systeem voorkomen (zie kader en afbeelding1), en gevolg zijn van endotheeldysfunctie en niet-endotheliale factoren zoals het niet goed functioneren van de gladde spiercellen in de vaatwand. Als het alleen in het microvasculaire systeem voorkomt, spreekt men over 'coronaire microvasculaire dysfunctie' (CMD).

Risicofactoren

Traditionele risicofactoren zoals leeftijd, hypertensie, diabetes, roken en vooral dyslipidemie en overgewicht spelen een rol bij coronaire vaatdysfunctie, indien er endotheeldysfunctie is. Met name roken, cocaïnegebruik en mentale druk kunnen een acuut uitlokkende factor zijn voor vaatspasmes. Andere risicofactoren zijn inflammatoire aandoeningen zoals reumatoïde ziektes en inflammatoire darmziekten. Bij vrouwen met coronaire vaatdysfunctie is er vaak een rode draad te herkennen van problemen in de verschillende levensfasen. Denk hierbij aan fertiliteitproblemen, zwangerschapshypertensie en/of -diabetes, migraine in de jeugd, of latere problemen met bijvoorbeeld de schildklier (zie figuur 2).⁴ Daarnaast zien we in de praktijk dat veel patiënten een vorm van chronische stress hebben, fysiek en/of mentaal.



Figuur 2.

Tijdlijn vrouwenspecifieke risicofactoren: de rode draad in endotheel dysfunctie/premature hart- en vaatziekten.

Diagnostiek

Bij mensen met aanhoudende angina pectoris, waarbij obstructie is uitgesloten, zijn met name de aard van de klachten en de aanwezige risicofactoren leidend voor verdere diagnostiek. Ook kan er bij de werkdiagnose coronaire vaatdysfunctie gekozen worden

voor proefbehandeling met medicijnen, zonder dat er per se aanvullende diagnostiek wordt gedaan.

Ischemie detectietesten zoals de fiets-test, stressecho en SPECT hebben allemaal beperkingen in hun sensitiviteit en specificiteit voor het detecteren van ischemie bij coronaire vaatdysfunctie.⁵

Dit is niet verrassend, aangezien de populatie met obstructief coronairlijden is gebruikt voor het valideren van deze technieken.

De huidige invasieve beeldvorming brengt de epicardiale vaten in beeld. Voor de diagnostiek bij patiënten met coronaire vaatdysfunctie is het van belang om de functie van de epicardiale en microvasculaire coronaire bloedvaten te testen. Dit kan het beste invasief worden gedaan met een coronaire angiogram, waarbij ook functie-testen worden uitgevoerd: het meten en berekenen van de coronaire flow reserve (CFR, een maat voor het vermogen van de vaten om te dilateren), het testen op epicardiale en microvasculaire spasmen met acetylcholine en het meten van de microvasculaire vaatweerstand (Index of Microcirculatory Resistance = IMR). Met de niet-invasieve testen kan alleen de CFR gemeten worden, wat vaak onvoldoende informatie geeft.

Behandeling

Tot dusver zijn er geen specifieke richtlijnen of strategieën voor de behandeling van INOCA of coronaire vaatdysfunctie, wel worden stappen ondernomen om deze te ontwikkelen.^{2,6,7} De werkgroep Gender van de

Deze kunnen ook proef gestart worden, zoals eerder is vermeld. Ook bètablokkers kunnen tot verlichting van klachten leiden, al geven we die liever niet bij patiënten met bewezen spasmen. Voor de verbetering van de endotheelfunctie (pleiotrope werking) kunnen een statine en een angiotensine I converterend enzym (ACE)-remmer of angiotensinereceptorblokker (ARB's) worden gegeven. Helaas is de medicatie niet altijd toereikend om patiënten klachtenvrij te krijgen.

Niet-medicamenteus

Cardiovasculaire risicoscore-tabellen voor primaire preventie in asymptomatische populaties kunnen het risico in INOCA-patiënten te laag inschatten, terwijl ze voor secundaire preventie het risico kunnen overschatten. Het belang van het - agressief - behandelen van leefstijl en risicofactoren^{3,7,8} als basis voor de bevordering van de endotheelfunctie lijkt essentieel; dit geldt bij zowel structurele als functionele afwijkingen in het vaatstelsel.

Belang van verpleegkundig specialist

In 2015 zijn we op de polikliniek cardiologie van het Radboudumc een spreekuur begonnen voor patiënten

een diagnose zoals coronaire vaatdysfunctie kan worden gesteld. Hierdoor ervaren patiënten veel onzekerheid. Daarnaast bestaat de behoefte om serieus genomen te worden door zorgverleners: er zijn echte, reële klachten. Het alleen uitsluiten van een myocardinfarct is niet een oplossing, hooguit een tijdelijke geruststelling dat er geen infarct plaatsvindt.

Omgang met klachten

Het kan beangstigend zijn om angina pectoris te hebben en wanneer dit regelmatig voorkomt, heeft het veel impact op het dagelijks leven. Als verpleegkundig specialist kun je patiënten uitgebreide uitleg geven over het ziektebeeld. De erkenning dat er wel degelijk iets aan de hand is met het hart, is voor veel patiënten geruststellend. Daarnaast kun je patiënten begeleiden in de omgang met de klachten. Om angina pectoris te voorkomen gaan patiënten vaak bepaalde activiteiten vermijden. Dit kan zorgen voor minder bewegen/sporten, maar heeft ook impact op ondermeer algemene en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (ADL en HDL), mobiliteit en vrije tijd. Als verpleegkundig specialist is het van belang om deze signalen op te merken, te bespreken en samen met de patiënt interventies te bepalen. Een belangrijke taak is de begeleiding naar het leren leven met deze chronische aandoening, inclusief de beperkingen die het met zich meebrengt in het dagelijks functioneren. Daarnaast kan de toepassing van Acceptance and Commitment Therapy (ACT) een middel zijn. Indien de omgang met chronische angina pectoris problematisch wordt, kan er verwezen worden naar een (medisch) psycholoog.

Moetheid

Een veel gehoorde klacht is de forse vermoeidheid die patiënten ervaren. Ergotherapie kan hiervoor een uitkomst zijn: de therapeut geeft adviezen voor het makkelijker uitvoeren van dagelijkse bezigheden. Hij maakt ook gebruik van de activiteitenweger, waarmee een patiënt inzicht kan krijgen in wat hem energie kost en wat hem energie oplevert. Daarnaast biedt het inzicht in hoe dit verdeeld is over de dag en week.

Coronaire vaatdysfunctie heeft een negatief effect op de kwaliteit van leven

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) heeft onlangs een subsidie van ZonMW ontvangen voor het schrijven van een leidraad voor INOCA voor de Nederlandse cardiologen. Deze zal waarschijnlijk in het eerste kwartaal van 2020 uitkomen. In de leidraad komt coronaire vaatdysfunctie uitgebreid aan bod en daarnaast is er aandacht voor niet-medische interventies.

Medicamenteus

Anti-angineuze middelen werken over het algemeen redelijk tot goed bij INOCA; denk hierbij aan nitraten (lang- en kortwerkend) en vaatverwijders zoals calciumantagonisten.

met verdenking van coronaire vaatdysfunctie. Het team bestaat uit twee cardiologen en een verpleegkundig specialist. In het tweewekelijks multidisciplinair overleg (MDO) worden patiënten besproken, behandelplannen opgezet of adviezen gegeven aan andere zorgverleners van buiten het team.

We zien patiënten uit heel Nederland, meestal second opinions. Wegens het ontbreken van een verklaring voor de cardiale klachten, bijvoorbeeld geen obstructief coronairlijden, worden deze patiënten ontslagen uit de polikliniek, zonder een adequate medische behandeling.⁹ Soms kan er langere tijd over heen gaan voordat

Op basis hiervan kunnen er aanpassingen worden gedaan, waardoor een patiënt minder vermoeidheid ervaart en vooral meer grip krijgt op de vermoeidheid.

Bewegen/sporten is voor elke vaatpatiënt van belang: het verbetert de vaatfunctie en vermindert de klachten, ook bij INOCA-patiënten. Ervaring en focusgroepinterviews leren ons dat de hartrevalidatie vaak niet passend is: te zwaar in een relatief korte periode. Dit komt onder andere doordat patiënten zeer gemotiveerd zijn om iets aan hun klachten te doen en

een relatief hogere MACE-scores zien, gerelateerd aan de aanwezigheid of mate van deze abnormaliteiten in zowel mannen als vrouwen. Een verlaagde CFR (< 2.32) zonder obstructief coronaair lijden geeft een verslechterde klinische uitkomst.²

Verhoogde MACE-scores worden gezien zowel vroeg na het coronairangiogram (bijvoorbeeld in het eerste jaar) als bij een langere follow-up.⁹ Naast de verhoogde kans op een cardiovasculair event is er ook sprake van een toename van zorgkosten door het veelvuldig melden op de Eerste

Bewegen is voor elke vaatpatiënt van belang,

ook voor INOCA-patiënten

enthousiast aan de slag gaan. Hierdoor gaan ze vaak over hun grenzen heen met meer vermoeidheid en angina pectoris tot gevolg. De fietstest is vaak een desillusie: de patiënt heeft hard gewerkt (en heeft meer klachten) en ziet geen tot erg weinig verbetering. De verbetering van de inspanningscapaciteit door training is namelijk beperkt bij deze patiëntengroep. Hoe er wel getraind moet worden, is nog onduidelijk.

Prognose

Persisterende angina pectoris klachten geven een slechtere cardiovasculaire prognose. Prospectieve registraties laten zien dat stabiele patiënten met coronaire vaatlafunctie een hoger risico lopen op een toekomstig MACE (major adverse cardiovascular events) inclusief overlijden, niet-fataal myocardiinfarct, niet-fataal CVA en ziekenhuisopname voor hartfalen of angina pectoris. Dit risico is hoger dan voorheen werd aangenomen.

Een onderzoek met 13.695 deelnemers laat zien dat vrouwen met niet-obstructief CAD een drie maal hogere kans op MACE hebben in vergelijking met mannen en 2,6 keer meer kans op MACE vergeleken met vrouwen met normale coronairen in het eerste jaar na CAG.^{2,10}

Onderzoeken die additioneel kenmerken van functioneren of anatomie van de vaten verzamelden – zoals CFR-metingen of calciumscores – laten

Hart Hulp en/of ambulance, ziekenhuisopnames⁸ en het ondergaan van een hartkatheterisatie.^{2,7} De patiënt ervaart een verlaagde kwaliteit van leven, verminderd functioneren en verminderde inspanningstolerantie.^{7,8} Vermoeidheid en angst, specifiek voor hartklachten, komen bij patiënten met coronaire vaatlafunctie meer voor dan bij patiënten met obstructief coronaairlijden.¹¹

Conclusie

Dit artikel laat zien dat coronaire vaatlafunctie zeker geen onschuldige aandoening is. Medisch bestaat er toenemende aandacht voor coronaire vaatlafunctie, maar meer aandacht, zowel medisch als paramedisch en verpleegkundig, is voor deze patiëntengroep essentieel. De ervaring van het coronaire vaatlafunctieteam in het Radboudumc leert dat vooral een multidisciplinaire behandeling van groot belang is om deze patiëntengroep te kunnen helpen. Met onze klinische ervaring en het onderzoek dat we bij patiënten doen, hopen we de zorg voor deze belangrijke patiëntengroep in de nabije toekomst te kunnen verbeteren. 

Literatuur

1. Patel MR, Peterson ED, Dai D, Brennan JM, Redberg RF, Anderson HV, et al. Low diagnostic yield of elective coronary angiography. The New England journal of medicine. 2010;362(10):886-95.
2. Bairey Merz CN, Pepine CJ, Walsh MN, Fleg JL. Ischemia and No Obstructive Coronary Artery Disease (INOCA): Developing Evidence-Based Therapies and Research Agenda for the Next Decade. Circulation. 2017;135(11):1075-92.
3. Ford TJ, Corcoran D, Berry C. Stable coronary syndromes: pathophysiology, diagnostic advances and therapeutic need. Heart. 2018;104(4):284-92.
4. Elias-Smale SE, Gunal A, Maas AH. Gynecardiology: Distinct patterns of ischemic heart disease in middle-aged women. Maturnitas. 2015;81(3):348-52.
5. Cassar A, Chareonthaitawee P, Rihal CS, Prasad A, Lennon RJ, Lerman LO, et al. Lack of correlation between noninvasive stress tests and invasive coronary vasomotor dysfunction in patients with nonobstructive coronary artery disease. Circulation Cardiovascular interventions. 2009;2(3):237-44.
6. Ford TJ, Berry C. How to Diagnose and Manage Angina Without Obstructive Coronary Artery Disease: Lessons from the British Heart Foundation CorMicA Trial. Interventional cardiology (London, England). 2019;14(2):76-82.
7. Kaski JC, Crea F, Gersh BJ, Camici PG. Reappraisal of Ischemic Heart Disease. Circulation. 2018;138(14):1463-80.
8. Radico F, Zimarino M, Fulgenzi F, Ricci F, Di Nicola M, Jespersen L, et al. Determinants of long-term clinical outcomes in patients with angina but without obstructive coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis. European heart journal. 2018;39(23):2135-46.
9. Herscovici R, Sedlak T, Wei J, Pepine CJ, Handberg E, Bairey Merz CN. Ischemia and No Obstructive Coronary Artery Disease (INOCA): What Is the Risk? Journal of the American Heart Association. 2018;7(17):e008868.
10. Maddox TM, Stanislawski MA, Grunwald GK, Bradley SM, Ho PM, Tsai TT, et al. Nonobstructive coronary artery disease and risk of myocardial infarction. Jama. 2014;312(17):1754-63.
11. Konst RE, Elias-Smale SE, Lier A, Bode C, Maas AH. Different cardiovascular risk factors and psychosocial burden in symptomatic women with and without obstructive coronary artery disease. European journal of preventive cardiology. 2018;2047487318814298.

Onderzoek naar best mogelijke interventies

Therapieontrouw bij jongeren na harttransplantatie

Therapieontrouw is een groot probleem en dat geldt zeker voor jongeren.

Toch zijn er nog geen specifieke interventies ontwikkeld voor jongeren na een harttransplantatie. In dit artikel leest u meer over de onderliggende factoren en over de ontwikkeling van interventies, waarbij de jongeren centraal staan. Het doel is bevordering van therapietrouw en verbetering van gezondheidsresultaten.

Doraya Haarmans, hartfalen en harttransplantatie verpleegkundig specialist, UMC, Utrecht

E-mail: harttransplantatie@umcutrecht.nl

Het aantal jongeren in de leeftijd van 16 tot 30 jaar dat de diagnose hartfalen krijgt, is onbekend. Evenmin is duidelijk hoeveel jongeren eindstadium hartfalen hebben en in aanmerking komen voor harttransplantatie. Voor patiënten met eindstadium hartfalen en bij wie er geen andere medische of chirurgische behandelmogelijkheden meer zijn, is harttransplantatie de enige optie. Het leven na een harttransplantatie kan een beangstigende en verwarrende periode zijn. Aan de ene kant kan iemand blij zijn om een nieuwe start te maken, maar tegelijk brengt de levenslange therapie nieuwe uitdagingen met zich mee. Jongeren krijgen te maken met leefregels – over voeding, bewegen, persoonlijke hygiëne, zelfmanagement, roken, alcohol- en drugsgebruik, veilig seksueel gedrag, inname van medicatie – die ze moeten inpassen in hun leven.

Therapieontrouw onder jongeren varieert van 18,3% tot 65%^{4,5}, afhankelijk van de manier waarop de onderzoekers therapieontrouw meten, het aantal variabelen en de follow-up.

Deze jongeren lopen een groter risico op complicaties als afstoting, ziekenhuis(her)opname en overlijden. In de groep jongeren tussen 17 en 24 jaar komen afstoting en mortaliteit het meest voor.⁶ De therapieontrouw kan samenhangen met psychosociale en sociaaleconomische factoren en met een verstoord zelfbeeld. Jongeren met een getransplanteerd hart kunnen specifieke problemen ervaren. Van hen wordt verwacht dat ze in korte tijd volwassen worden en verantwoordelijkheid nemen in het zich aanpassen aan een nieuwe leefstijl. Dat brengt



vaak stress met zich mee en depressiviteit, wat kan leiden tot complicaties na de harttransplantatie. Om optimaal te functioneren is het belangrijk dat ze de medicatie volgens voorschrift innemen en zich houden aan de leefregels.

Om meer inzicht te krijgen in therapietrouw en de onderliggende factoren is in het kader van een masterthesis voor de opleiding Master Advanced Nursing Practice Utrecht een beschrijvend onderzoek gedaan. Het uiteindelijke doel is om de best mogelijke interventies te ontwikkelen, waarbij de jongeren centraal staan en leren om beter om te gaan met gezondheidsvaardigheden. Het primaire doel is bevordering van therapietrouw en verbetering van de gezondheidsresultaten, zoals voorkomen van ziekenhuisopnames en reëctie. Het secundaire doel is om zorgverleners te inspireren meer aandacht te geven aan deze kwetsbare patiëntengroep en hen handvatten te bieden wat betreft

preventie, voorlichting en aanreiken van interventies voor jongeren na een harttransplantatie.

Theoretische onderbouwing

Therapieontrouw is wereldwijd een groot probleem. Door het niet opvolgen van therapeutische voorschriften – medicatie en leefregels – ondervinden veel patiënten niet het optimale effect van de behandeling, wat nadelige gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van leven en de gezondheid. Ook al wordt dit probleem al langer onderkend bij meerdere aandoeningen en is het onderwerp van veel interventiestudies, toch zijn er nog geen specifieke interventies ontwikkeld voor jongeren na een harttransplantatie. Vaak zijn de bestaande interventies gericht op nier-, lever- en longtransplantaties. Deze interventies lijken in het literatuuronderzoek weinig theoretisch onderbouwd te zijn en dan rijst de vraag of de huidige theorieën ook daadwerkelijk therapietrouw positief beïnvloeden.

Hartfalen en harttransplantatie

Hartfalen is een klinisch syndroom dat bestaat uit een combinatie van klachten en symptomen – kortademigheid, vermoeidheid, vocht vasthouden – die direct of indirect het gevolg kunnen zijn van een verminderde pompfunctie van het hart. De meeste patiënten worden periodiek opgenomen in het ziekenhuis wegens verergering van hartfalen. Dit leidt tot vermindering van de kwaliteit van leven, stress en extra (zorg)kosten. Hartfalen kent een grillig beloop en heeft een slechte prognose. Ongeacht de leeftijd, overlijdt 40% tot 50% van de hartfalenpatiënten, binnen vijf jaar na het stellen van de diagnose.¹

Screening

Voor patiënten met vergevorderd hartfalen en bij wie geen andere behandel mogelijkheden zijn, kan een harttransplantatie het laatste redmiddel zijn. Om hiervoor in aanmerking te komen, vindt een screening plaats. Deze moet

vaststellen of een harttransplantatie mogelijk is, of er geen comorbiditeit is of dat er andere specifieke problemen zijn die aandacht behoeven. Deze screening staat beschreven in de internationale richtlijnen van de International Society for Heart and Lung Transplantation-ISHLT. De screening is voor jongeren en volwassenen gelijk; er mag geen contra-indicatie zijn en de patiënt wordt gescreend op het functioneren van het hart en andere organen, zoals longen, lever en nieren. Daarnaast wordt door een maatschappelijk werker ook gescreend op therapietrouw, gebruik van sigaretten, alcohol of drugs, psychosociale en sociaaleconomische factoren.² Sinds februari dit jaar wordt daarvoor gebruik gemaakt van een wetenschappelijk onderbouwde vragenlijst, de Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplant (SIPAT). Uit internationaal onderzoek is gebleken dat patiënten die vóór transplantatie

een hoge SIPAT-score hebben, een verhoogd risico lopen op psychosociale problemen en afstoting na transplantatie.³

Grijs gebied

De conclusie uit deze scorelijst is een grijs gebied. Wanneer is iemand psychologisch geschikt voor harttransplantatie of gevoelig voor toekomstige barrières die therapieontrouw als gevolg kunnen hebben? Er zijn geen concrete criteria waaraan iemand psychosociaal moet voldoen. Juridisch gezien kan een patiënt voor geen enkele orgaantransplantatie worden afgewezen. Ook niet als hij bijvoorbeeld een klein sociaal opvangnet heeft of omdat hij somber is; volgens wetenschappelijk onderzoek kan somberheid een voorspellende factor zijn voor therapieontrouw. In de richtlijnen voor 'screening voor wachtlijstpatiënten' gelden psychosociale problemen dan ook als relatieve contra-indicatie.

Een belangrijke eerste stap naar de verbetering van therapietrouw bij jongeren, is het in kaart brengen van eventuele psychosociale problemen vóór de wachtlijstplaatsing. Zoals beschreven in verschillende theoretische modellen (Self-Management Model, Health Belief Model), kunnen psychosociale en sociaaleconomische problemen een nadelig effect hebben op de jongeren, hun gezondheid en hun familie, met therapieontrouw als gevolg. Jongeren vergeten medicatie in te nemen of stoppen de medicatie wegens bijwerkingen. Ze krijgen binnen hun familie geen sociale steun of zijn financieel niet in staat om de polibezoeken te bekostigen. In de gezondheidszorg kan slechte of onduidelijke communicatie tussen professionals en patiënten de therapie in de weg staan. Aandacht voor deze problemen is van cruciaal belang voor de verbetering van therapietrouw op lange termijn.

Beïnvloedende factoren

Zowel psychosociale en sociaaleconomische factoren als een verminderd zelfbeeld kunnen bijdragen aan therapieontrouw.⁷ Deze factoren vormen

niet alleen een probleem voor de jongeren, maar ook voor hun familie, de professionals en de maatschappij. Therapieontrouw kan leiden tot een verminderde kwaliteit van leven, ziekenhuis(her)opnames, afstoting en zelfs overlijden.

- Psychosociale factoren, zoals depressie, verminderd zelfbeeld, angst, gedragsproblemen en sociale verschillen, worden geassocieerd met therapieontrouw en geven een verhoogd risico op mortaliteit en morbiditeit.⁸ Psychosociale problemen zijn een voorspellende factor voor therapieontrouw. Patiënten met deze problemen lopen 3,5 keer meer risico op therapieontrouw en een hogere incidentie van eerstejaars ziekenhuisopnames dan patiënten zonder depressie.⁹
- Sociaaleconomische factoren, zoals no-show, weinig kennisinzicht, sociale steun en financiële middelen, zijn barrières met slechte prognostische uitkomsten. Het gevolg zijn hogere risico's op therapieontrouw, ziekenhuis(her)opname en afstoting.¹⁰
- Een verstoord zelfbeeld door de bijwerkingen van medicatie, zoals

overbeharing bij vrouwen, zwelling van het tandvlees en gewichtstoename speelt een rol bij therapieontrouw. Doordat de leeftijdsfase meespeelt bij het zelfbeeld, kan dit leiden tot ontevredenheid over het zelfbeeld en de kwaliteit van leven en therapietrouw negatief beïnvloeden.¹¹ Bovendien kunnen antihypertensiva, zoals amlodipine, seksuele bijwerkingen veroorzaken, bijvoorbeeld impotentie. Het is van cruciaal belang voor zorgverleners om zowel de patiënt te beoordelen als ook te letten op de mogelijke oorzaken van therapieontrouw. Dan kan een beleid worden gevolgd om de therapietrouw van medicatie te vergroten en het beste gezondheidsresultaat te bereiken.

Om interventies te ontwikkelen gericht op bovenstaande factoren, moet ook de transitie van kind naar volwassen meegenomen worden. Door de verschuiving naar zelfmanagement worden de jongeren verantwoordelijk gesteld voor de medicatietherapie en de bijkomende leefregels. Deze stressfactor leidt ook tot risico op therapieontrouw.¹²

Rol van de verpleegkundig specialist

Om goede zorg te kunnen leveren en die waar nodig te verbeteren, wordt steeds meer de nadruk gelegd op de rol van de verpleegkundig specialist (VS) binnen het transplantatieteam. Sinds 1 september 2018 heeft de VS een zelfstandige bevoegdheid voor het indiceren, uitvoeren en delegeren van een aantal voorbehouden handelingen. De VS wordt ingezet om het zorgproces in goede banen te leiden en samen met de patiënt de koers te bepalen,¹³ gericht op de tertiaire preventie: voorkomen van complicaties en ziekteverergering bij patiënten.¹⁴

Uit eerder literatuuronderzoek is gebleken dat de VS betere uitkomsten (kwaliteit van leven, therapietrouw) boekt dan de cardioloog; hij heeft meer aandacht voor de individuele patiënt en zijn (sociale) omgeving en kan daarvoor de coaching beter aanpassen.¹⁵

Empowerment

De VS zorgt niet alleen voor continuïteit en kwaliteitsverbetering, maar bevordert ook het zelfmanagement en de empowerment van jongeren binnen de 'patient journey', de patiëntenreis. Hierbij staat de patiënt centraal. In de praktijk mag er nog meer oog zijn voor het betrekken van de patiënt in het zorgproces en voor gedeelde besluitvorming. Literatuuronderzoek wijst uit dat bij chronisch zieken de verschuiving naar 'patient centered care' de relatie tussen zorgverleners en de patiënt verbetert. Met als resultaat verbeterde therapietrouw, betere gezondheidsresultaten en hogere tevredenheid over de toegang tot de dienstverlening. Deze voordelen leiden tot verminderde ziekenhuis(her)opnames, betere kwaliteit van leven en lagere zorgkosten. Kortom, voor betere toepasbaarheid van de therapie in het leven van de jongeren heeft de VS een hoofdrol in het zorgproces.

Ontwikkelen van interventies

In de literatuur zijn de interventies onder jongeren na orgaantransplantatie gericht op medicatietrouw en wordt er geadviseerd om de inname momenten van medicatie te verlagen van twee keer daags naar één keer daags of gebruik te maken van een medicatiedoos. Therapietrouw gaat echter verder dan

alleen medicatie. Er is meer onderzoek nodig om de zorg te verbeteren. Voor de ontwikkeling van de meest effectieve interventies wordt het traject van harttransplantatie vanuit verschillende invalshoeken belicht. Dit traject wordt gefaseerd doorlopen: screeningstraject, transitie ziekenhuis naar huis na harttransplantatie en de poliklinische follow-up. Om specifieke interventies voor deze doelgroep te ontwikkelen, is het belangrijk om de doelgroep zelf hierbij te betrekken. Als we nu niet starten met het ontwikkelen van interventies om therapieontrouw te voorkomen, slaan we een generatie over.

Conclusie

Therapieontrouw is een groot probleem onder jongeren na harttransplantatie. Nieuwe invalshoeken zijn nodig waarin de onderzoeksdoelgroep een prominenter plek krijgt dan tot nu toe het geval is: zij staat centraal (patient centered care) en krijgt een rol in de besluitvorming (shared decision making). Dit is cruciaal om het risico op therapieontrouw te verkleinen en de kwaliteit van leven te vergroten. De jongeren zelf mee laten denken over wat zij nodig hebben en belangrijk vinden, is een belangrijk onderdeel in de ontwikkeling van interventies. Wellicht dat hiermee winst valt te behalen voor jongeren om therapietrouw beter te monitoren, ter overbrugging naar zelfstandigheid. 

Literatuur

1. Maggioni, Dahlström, & Filippatos, 2013. EURObservational research programme: Regional differences and 1-year follow-up results of the heart failure pilot survey (ESC-HF pilot).
2. Mandeep, et al., 2016. Listing Criteria for Heart Transplantation: International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for the Care of Cardiac Transplant Candidates.



3. Vandenbogaart, et al., 2017. Evaluation of the SIPAT instrument to assess psychosocial risk in heart transplant candidates: A retrospective single center study.
4. Killian, 2017. Psychosocial predictors of medication adherence in pediatric heart and lung organ transplantation.
5. Steuer & McCauley, 2017. Maintaining the gift of life: Achieving adherence in adolescent heart transplant recipients.
6. Steuer & McCauley, 2017. Maintaining the gift of life: Achieving adherence in adolescent heart transplant recipients.
7. Wayda et al., 2018. Socioeconomic Disparities in Adherence and Outcomes After Heart Transplant.
8. Killian, 2017. Psychosocial predictors of medication adherence in pediatric heart and lung organ transplantation.
9. Delibasic, Mohamedali, Dobrilovic & Raman, 2017. Pre-transplant depression as a predictor of adherence and morbidities after orthotopic heart transplantation
10. Wayda et al., 2018. Socioeconomic Disparities in Adherence and Outcomes After Heart Transplant.
11. Killian, 2017. Psychosocial predictors of medication adherence in pediatric heart and lung organ transplantation.
12. Adams, Evangelii, Lunnon-Wood & Burch, 2014. Restriction and dependence to autonomy and freedom: Transformation in adolescent heart transplant recipients.
13. Vermeulen, Holleman, Huis, Ista & Lalleman, 2017. Verpleegkundig Leiderschap.
14. Sassen, 2004. Gezondheidsvoorlichting en preventie. Leidraad voor verpleegkundigen.
15. Riley, et al., 2016. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology heart failure nurse curriculum.

Boezemfibrilleren

In de opfriscursus bieden we in kort bestek kennis aan over een aantal veel voorkomende aandoeningen. Een handreiking voor iedereen die wel eens denkt 'hoe zat dat ook al weer?'

Jeroen Smits, cardioloog, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

E-mail: Jeroen.Smits@ghz.nl

Boezemfibrilleren ofwel atriumfibrilleren is de meest voorkomende (chronische) hartritmestoornis. Het onderscheidt zich van het normale sinusritme doordat het hartritme onregelmatig en vaak snel is. Indien het boezemfibrilleren symptomatisch is, kan het de kwaliteit van leven van patiënten negatief beïnvloeden. Symptomatisch of niet, het stellen van de diagnose boezemfibrilleren is van belang om complicaties, hartfalen en/of tromboembolische complicaties te voorkomen en eventuele onderliggende (hart)ziekten op te sporen. Na het stellen van de diagnose kan geprobeerd worden om het normale sinusritme te herstellen en te behouden (rhythm control), of het boezemfibrilleren kan geaccepteerd worden. Ook moet beoordeeld worden of er een indicatie voor antistolling bestaat. Met de ontwikkeling van speciale boezemfibrilleren poliklinieken heeft de verpleegkundig specialist een centrale rol gekregen in de begeleiding en behandeling van boezemfibrilleren.

Symptomen en diagnose

Patiënten met boezemfibrilleren kunnen volledig asymptomatisch zijn. De aandoening wordt bij deze patiënten

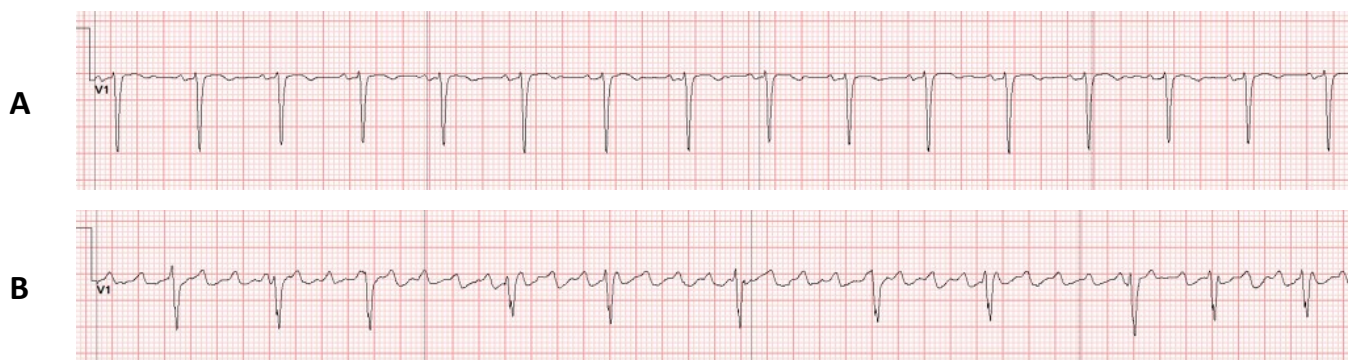
soms bij toeval gezien tijdens een medisch onderzoek of een screening wegens andere redenen. Een aantal van deze mensen heeft achteraf mogelijk toch klachten die veroorzaakt werden door het boezemfibrilleren, zoals conditieverlies. Is het boezemfibrilleren symptomatisch, dan zijn veel voorkomende klachten: het gewaar worden van de hartslog, hartkloppingen en een onrustig, razend, of fladderend gevoel in de borst. Daarnaast kunnen vermoeidheid, conditieverlies, benauwdheid of (near)-syncope voorkomen. Als de pompfunctie van het hart achteruit is gegaan door het boezemfibrilleren, kunnen patiënten zich presenteren met klachten van acuut of chronisch hartfalen.^{1,2} In een aantal gevallen zullen patiënten met boezemfibrilleren zich niet als eerste bij de huisarts of cardioloog presenteren met hartklachten, maar bij de neuroloog met een TIA of CVA.¹ De diagnose boezemfibrilleren kan alleen gesteld worden als de ritmestoornis is vastgelegd op een electrocardiogram (ECG) of een Holter ECG gedurende minimaal 30 seconden.¹ (figuur 1 A&B). Bij lichamelijk onderzoek zal de pols niet alleen onregelmatig en snel, maar ook wisselend krachtig zijn.

Klinische indeling

Boezemfibrilleren kan worden onderverdeeld in de novo boezemfibrilleren, paroxysmaal, persisterend, long-standing persistent of permanent boezemfibrilleren¹ (tabel 1). Een nog uitgebreidere indeling van boezemfibrilleren is mogelijk naar eventueel uitlokkende factoren, zoals na hart- of klepchirurgie. Deze indeling is van belang voor de behandeling van de patiënt.¹ Het soort boezemfibrilleren heeft consequenties voor de initiële besluitvorming omtrent de soort antiarrhythmische behandeling van het ritme en de antistolling.^{1,3}

Epidemiologie

De incidentie en prevalentie van boezemfibrilleren in de algemene bevolking is laag (algemene populatie 0,5%) en sterk afhankelijk van de leeftijd. Bij de 75-plussers is de prevalentie opgelopen tot 6% en bij de 85-plussers tot 18%. Gezien de toenemende vergrijzing van de bevolking zal het aantal patiënten met boezemfibrilleren dus sterk gaan toenemen. De European Society of Cardiology (ESC) schat dat er in 2030 tussen de 14 en 17 miljoen patiënten in de Europese Unie zullen zijn en dat er jaarlijks 120.000 tot



Figuur 1. Regulair sinusritme (A) versus boezemfibrilleren (B). In geval van boezemfibrilleren zijn de P-toppen, die de elektrische activiteit van het hartboezem op het oppervlakte ECG weergeven, afwezig. Ook is de afstand tussen de R-toppen, die de elektrische activiteit van de hartkamers weergeven, onregelmatig

Type boezemfibrilleren	Definitie
De novo boezemfibrilleren (First diagnosed)	Nieuw ontdekt boezemfibrilleren zonder dat het iets zegt over hoe lang het boezemfibrilleren al bestaat.
Paroxysmaal boezemfibrilleren	Boezemfibrilleren dat meestal binnen 48 uur tot 7 dagen weer spontaan stopt of binnen 7 dagen door ingrijpen wordt gestopt.
Persisterend boezemfibrilleren	Boezemfibrilleren dat meer dan 7 dagen bestaat, ook al vindt een cardioversie plaats.
Long-standing persistent boezemfibrilleren	Boezemfibrilleren dat meer dan een jaar bestaat
Permanent boezemfibrilleren	Geaccepteerd boezemfibrilleren waarbij voor rate controle is gekozen.

Tabel 1. Soorten boezemfibrilleren/ klinische indeling (naar ESC Ref 1.)

250.000 nieuw gediagnosticeerde patiënten bij zullen komen.^{1,2}

Risicofactoren

Boezemfibrilleren komt vaak voor in combinatie met overige cardiovasculaire ziekten, zoals hartfalen, hypertensie, hartklepafwijkingen en ischemische hartziekten. Andere, veelal internistische, aandoeningen zoals infecties, anemie, schildklierafwijkingen en hyperthyreoïdie kunnen boezemfibrilleren uitlokken.^{1,2}

Gevolgen

Boezemfibrilleren is geen ongevaarlijke aandoening. Ten gevolge van het onregelmatige hartritme kunnen zich trombi in de atria vormen, bijvoorbeeld in het linker hartoor. Dit kan aanleiding geven tot embolieën en daarmee ischemische complicaties, zoals een cerebrovasculair ischemisch event (CVA). Door boezemfibrilleren kan soms de cardiac output tot 30% afnemen, waardoor acuut hartfalen kan ontstaan. Boezemfibrilleren is dus niet zomaar een onschuldige aandoening. Patiënten hebben bijvoorbeeld een verhoogd sterftecijfer ten gevolge van een CVA, bloedingen, hartfalen of plotse dood.^{1,4}

Pathofysiologie

Bij boezemfibrilleren wordt het boezemritme en daardoor meestal ook het kamerritme bepaald door verschillende hartspiercellen in de boezems. Doordat dit meestal een

snel ritme is, overruled dit ritme het normale sinusritme. Boezemfibrilleren ontstaat in een hartboezem die gevoelig is voor het ontstaan en in stand houden van boezemfibrilleren. Bijvoorbeeld door dilatatie en fibrose bij hypertensie. De 'trigger' die boezemfibrilleren uitlokt, komt meestal uit een van de longaders.

Onderzoeken

Bij een patiënt met nieuw ontdekt boezemfibrilleren moeten een aantal zaken uitgezocht worden naast de anamnese, het lichamenlijk onderzoek en natuurlijk het ECG. Er moet onderzoek plaatsvinden naar, al dan niet reversibele, oorzaken en gevolgen van het boezemfibrilleren, evenals naar mogelijke cardiale complicaties. Hiervoor wordt meestal een echo van het hart, soms aangevuld met een slokdarmecho verricht. Ook kan een fietsergometrie nodig zijn om ischemie uit te sluiten en voor evaluatie van de behandeling.

Behandeling

Cardioversie & rhythm control

Het herstel van sinusritme heeft bij veel patiënten een goed effect op de symptomen. Herstel of conversie van boezemfibrilleren kan op twee manieren: chemisch met medicatie (chemische cardioversie) of elektrisch (elektrische cardioversie). Dit kan echter alleen wanneer boezemfibrilleren minder dan 48 uur bestaat of als de patiënt minimaal 3 weken adequaat is ingesteld op anticoagulantia.

Anders bestaat er een te hoog risico op een TIA of CVA. Na een geslaagde elektrische of chemische cardioversie zal meestal gelijk een begin worden gemaakt met de medicamenteuze therapie om het sinusritme te behouden: rhythm control. Hiervoor zijn een aantal medicijnen geschikt (tabel 2). Ook kunnen een ablatie of een pulmonaal vene isolatie (PVI, PVAI) worden verricht.

Rate control

Wanneer herstel en behoud van het normale sinusritme niet gelukt zijn of als de patiënt geen verschil bemerkt tussen sinusritme of boezemfibrilleren, kan besloten worden het boezemfibrilleren te accepteren. Hierbij wordt gestreefd naar een situatie waarbij de kamervolgfrequentie bij boezemfibrilleren niet te snel is: rate control. Hiervoor zijn een aantal medicijnen geschikt (tabel 2). Soms kan de medicatie, zowel voor rhythm als rate control, wel het gewenste effect hebben, maar tevens bradycardiën veroorzaken. In zulke gevallen kan er gekozen worden om naast de medicatie een pacemaker te implanteren. Ook kan na pacemakerimplantatie eventueel de Hisbundel worden geableerd. Gevolg van een Hisbundel-ablatie is dat de patiënt nadien pacemakerafhankelijk is.

Stroke preventie

Het risico op het krijgen van een ischemische complicatie ten gevolge van boezemfibrilleren kan worden ingeschat door gebruik te maken van de CHA2DS2-VASc score (tabel 3). Hierbij worden verschillende risicofactoren bij elkaar opgeteld om zo een

Middel	Merknaam
Vitamine K antagonisten	
Sintrom, acenocoumarol, fenprocoumon	
Directe of nieuwe anticoagulantia (DOAC/NOAC)	
Dabigatran	Pradaxa
Rivaroxaban	Xarelto
Apixaban	Eliquis
Edoxaban	Lixiana

Tabel 2. Antithrombotische therapie

CHA2DS2-VASc risico factor	Punten
Congestive heart failure	+1
Hypertension	+1
Age 75 years or older	+2
Diabetes mellitus	+1
Stroke (previous stroke, TIA or thromboembolism)	+1
Vascular disease	+1
Age 65-74 years	+1
Sex category (female)	+1

Tabel 3. CHA2DS2-VASc score (naar ESC Ref 1.)

inschatting te kunnen maken van dit risico. Afhankelijk van de score volgt een advies met betrekking tot het meestal levenslang moeten gebruiken van orale antistolling in de vorm van een vitamine K-antagonist of een van de nieuwe antistollingsmiddelen, een NOAC of DOAC (tabel 2). Naast een inschatting op het ontstaan van een ischemische complicatie bestaat de HAS-BLED score. Deze score is in gebruik om het risico op bloedingen onder anticoagulantia in te schatten.¹ In het verleden werd voor de preventie van cerebrovasculaire complicaties nog wel eens aspirine voorgeschreven. Voor aspirine is nu geen plaats meer. In specifieke gevallen kan gekozen worden om het linker hartoor af te sluiten, percutaan of operatief, bijvoorbeeld als de patiënt al om een andere reden openhartchirurgie moet ondergaan. Dit is een optie voor een patiënt met

een verhoogd risico op het ontwikkelen van een CVA of TIA, maar ook in geval van een contra-indicatie voor antistolling.

Leefstijl

Leefstijlveranderingen kunnen van invloed zijn op het ontstaan en onderhouden van boezemfibrilleren. Deze veranderingen kunnen zeker de moeite waard zijn om met de patiënt te bespreken. Het gaat hier bijvoorbeeld over het stoppen met roken, minderen van alcoholgebruik, bewegen en gewichtsverlies.

Polikliniek

Met de ontwikkeling van speciale boezemfibrilleren poliklinieken heeft de verpleegkundig specialist een centrale rol gekregen in de begeleiding en behandeling van patiënten met boezemfibrilleren. De invulling van deze polikliniek kan nogal wisselend zijn

van kliniek tot kliniek. Het accent kan liggen van begeleiding en informatievoorziening tot en met het voorschrijven van medicatie.

Conclusie

Boezemfibrilleren is een frequent voorkomende hartritmestoornis die niet onschuldig is. Een goede behandeling - rate of rhythm control met de juiste medicatie en het al dan niet opstarten van antistollingstherapie - heeft een grote invloed op morbiditeit en mortaliteit. Met de veroudering van de bevolking neemt het aantal mensen met boezemfibrilleren in de toekomst waarschijnlijk sterk toe. De door de verpleegkundig specialist geleide boezemfibrilleren polikliniek zal daarom steeds meer een centrale rol krijgen om al deze mensen van optimale therapie te voorzien en te begeleiden. 

Literatuur

1. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European Heart Journal*, 37, 2893-2962
2. Kannel WB. (1998). Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates. *Am J Cardiol* 1998;82:2N-9N
3. Kishore A. (2014). Detection of atrial fibrillation after ischemic stroke or transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Stroke*, 45:520-526
4. Stewart S. (2002). A population based study of the long term risk associated with atrial fibrillation. *AM J Med*, 113:359-364

Rectificatie

In de Opfriscursus 'Aijmaline test bij verdenking Brugada syndroom' in Cordiaal 4, 2019 is een onjuistheid geslopen. Onder het kopje 'voorbereiding' staat deze zin: *Een verlaagd kalium in het bloed kan een Brugada ECG-patroon genereren. Door kalium te suppleren zal dit patroon verdwijnen. Ook kan een verlaagd kalium ritmestoornissen geven.*

Dit moet zijn:

Zowel hypo-als hyperkaliemie kunnen zorgen voor ECG-afwijkingen, waardoor de test verstoord wordt. Ook kunnen (ernstige) elektrolytafwijkingen patiënten gevoeliger maken voor het optreden van ritmestoornissen tijdens de test.

Richtlijn cardiovasculair risicomanagement maakt meer eigen regie mogelijk

Eenduidig beleid voor de aanpak van risico's voor hart- en vaatziekten

In dit artikel leest u over de totstandkoming en de inhoud van de herziene multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement. Centraal staan het perspectief van de patiënt en de coachende rol van de zorgverlener.

Anne-Margreet Strijbis, beleidsadviseur
Harteraad

E-mail: annemargreet.strijbis@harteraad.nl

Dit jaar verscheen de herziene multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement.¹ Het doel van deze richtlijn is "het optimaliseren van de preventie van hart- en vaatziekten met specifieke focus op individuen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten." De richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij cardiovasculair risicomanagement² en richt zich dus ook tot alle hart- en vaatverpleegkundigen. Een herziening was nodig om meer duidelijkheid te geven over de aanpak van het risico voor hart- en vaatziekten: voor zorgverleners én voor patiënten. Dat mag blijken uit een brief van de patiëntenorganisaties Harteraad (vroeger De Hart&Vaatgroep) en Hersenletsel.nl aan het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Internisten Vereniging uit 2014. Daarin staat onder andere: 'De kennelijke onmacht van verantwoordelijke behandelaars om eensluidende adviezen te formuleren leidt tot het uitblijven van transmurale afspraken en staat daarmee een optimale aanpak in de weg. Patiënten die werken aan het beheersen van hun cardiovasculaire risico's zijn niet gebaat bij deze situatie. Zij krijgen verschillende adviezen in praktijken in de eerste en tweede lijn, wat verwarrend en demotiverend voor hen is. We vragen partijen opnieuw en met urgentie om te trachten overeenstemming te bereiken teneinde cardiovasculair risicomanagement voor patiënten niet onnodig te belasten.'

In 2015 zag de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Cardiovasculair Risicomanagement het licht.³ Een prima document, maar overeenstemming over bijvoorbeeld de LDL-streefwaarde was er nog niet echt. De

multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement (tevens NHG-standaard) heeft deze stap wel gezet. Er is nu eenduidig beleid voor de aanpak van risico's voor hart- en vaatziekten, waar en door wie je ook behandeld wordt. Dat is winst voor mensen met (een hoog risico op) een hart- of vaatziekte en ook voor zorgverleners.⁴

Patiëntenperspectief

Harteraad participeerde in de richtlijnwerkgroep en kon zo in alle fasen het patiëntenperspectief inbrengen. Een belangrijk moment in de ontwikkeling van richtlijnen is de inventarisatie en analyse van knelpunten. Ook kan de voorkeur van patiënten onderdeel zijn van de overwegingen die een rol spelen in het proces van wetenschappelijk bewijs naar aanbeveling. De werkgroep wilde het wiel niet opnieuw uitvinden en koos ervoor uit te gaan van de Europese richtlijn 'Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice' uit 2016.⁵ Deze richtlijn was op het moment dat de werkgroep van start ging, in september 2016, de meest recente en bevatte de meest recente evidence. Meer informatie over de werkwijze is te vinden in de richtlijndatabase.⁶ In haar inbreng heeft Harteraad zich vooral gericht op de organisatie van zorg en hiervoor gebruik gemaakt van de zorgstandaard cardiovasculair risicomanagement en de LTA uit 2015. Deze beschrijven hoe de zorg georganiseerd kan worden en betrekken hierin nadrukkelijk het perspectief van patiënten.

Inhoud richtlijn

De richtlijn beslaat maar liefst 500 pagina's. Dat is inclusief een addendum



Missie van Harteraad

De missie van Harteraad is het behartigen van de belangen van hart- en vaatpatiënten en hun naasten en het verbeteren van de kwaliteit van leven met een hart- en vaataandoening. Ze stimuleert en steunt mensen met hart- en vaataandoeningen om zelf de regie te nemen over hun leven, zorg en behandeling, zodat ze zoveel mogelijk het leven kunnen leiden dat ze willen. Dat doet Harteraad niet alleen, maar samen met vrijwilligers, ervaringsdeskundigen, beweegcoaches, zorgverleners en de steun van leden.

voor (kwetsbare) ouderen. De richtlijn is te vinden op www.richtlijndatabase.nl en de samenvatting van 22 pagina's staat onder 'startpagina'. De richtlijn bestaat uit vier modules:

1. Het schatten van het risico op hart- en vaatziekten.

Wanneer en hoe het risico te schatten, het cardiovasculaire risicoprofiel, de drie risicocategorieën - zeer hoog, hoog, laag tot matig verhoogd - en de interventies die daar in algemene zin bij horen.

2. Risicofactor interventie.

Leefstijl met aanbevelingen voor gedragsverandering en psychosociale factoren, lipiden, bloeddruk, antitrombotische therapie en medicatietrouw.

3. Ziektespecifieke interventies.

Cardiovasculair risicomanagement bij atriumfibrilleren, ischemische hartziekten, chronisch hartfalen, cerebrovasculaire aandoeningen en perifeer arterieel vaatlijden.

4. Organisatie van zorg.

Waar te interveniëren: zorgsettings en betrokkenen, organisatie van zorg bij kwetsbare ouderen en interventies op populatieniveau.

In deze richtlijn is, vergeleken met de vorige versie uit 2011, duidelijker aandacht voor psychosociale factoren en gedragsverandering. Ook het belang van cardiovasculair risicomanagement in alle settings en het zorg dragen voor continuïteit worden benadrukt, zowel in de ziekenhuizen, de (hart)revalidatie als de eerste lijn en nulde lijn (gemeenten).

Een belangrijk verschil vormt de differentiatie die is aangebracht in streefwaarden voor lipiden en bloeddruk. Verder is het stoppen of verlagen van de dosering van medicijnen bij kwetsbare ouderen een onderwerp geworden.

Gedeelde besluitvorming en individueel zorgplan

De patiënt ziet misschien een paar keer per jaar een zorgverlener, maar verder moet hij het alleen doen. Van het bereiken of vasthouden van een gezonde leefstijl tot het innemen van medicijnen en dat vaak levenslang. Het is dus niet meer dan logisch om de patiënt optimaal te betrekken bij het vast- en bijstellen van de behandeling; het is immers zijn lichaam en zijn leven. Deze werkwijze wordt de laatste tijd aangeduid met de term 'persoonsgerichte zorg'. Het betekent samen met de patiënt, in gedeelde besluitvorming, de doelen van de behandeling bepalen, zoals bijvoorbeeld een persoonlijke streefwaarde voor LDL-C. Het uitgangspunt is natuurlijk de genoemde streefwaarde in de richtlijn, maar de situatie van de patiënt en diens wensen en mogelijkheden moeten worden meegenomen. De kans dat de patiënt trouw blijft aan het plan dat



Harteraad en zorgverleners

Voor zorgverleners en hun patiënten beschikt Harteraad over een aantal middelen op het terrein van cardiovasculair risicomanagement.

1. Reik de flyer van Harteraad uit⁸, patiënten kunnen dan zelf bepalen of ze hier iets mee willen. Vreemd genoeg geven veel zorgverleners geen informatie over een patiëntenorganisatie.
2. Gebruik de tool 'Wat er toe doet'⁹. Hiermee laat je mensen in vier vragen nadenken over wat op dit moment belangrijk is in hun leven. Vervolgens kun je samen met hen bespreken wat deze doelen betekenen voor hun gezondheid. Aan welke risicofactoren moeten ze gaan werken en op welke manier? Werken vanuit 'wat er toe doet' bevordert de intrinsieke motivatie.
3. Het 'Individueel zorgplan vitale vaten'¹⁰ is een werkboekje om risicofactoren, medicijnen en meetwaarden te noteren. Verder zijn er pagina's voor het noteren van

hij zelf mee heeft opgesteld, is vele malen groter.

Coachen

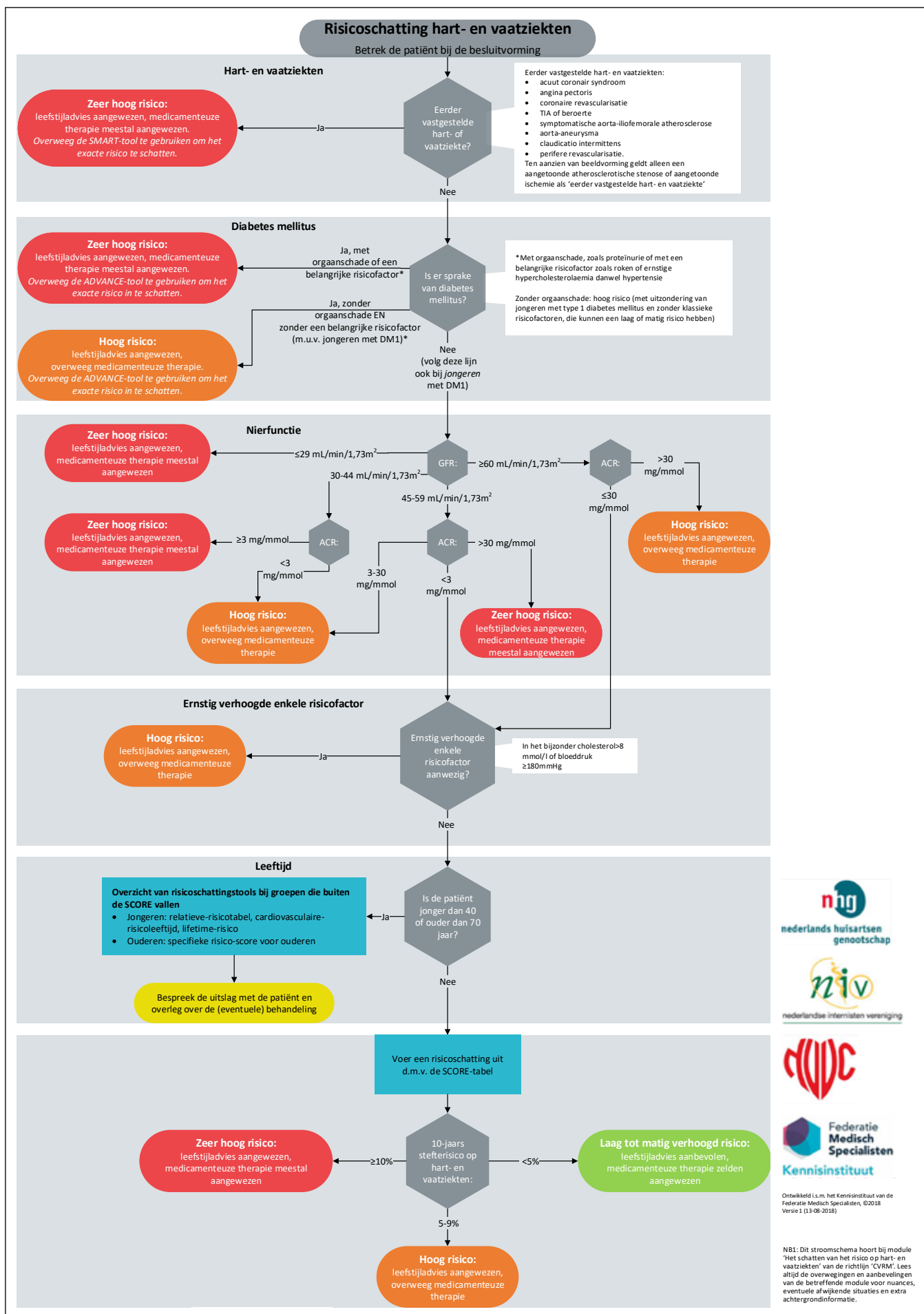
Dit vraagt van zorgverleners een andere, meer coachende rol. De zorgverlener moet allereerst bij de patiënt nagaan in hoeverre en op welke wijze hij de eigen regie kan en wil nemen. Onderschat patiënten en hun naasten daarbij niet. Zorg voor goede op de persoon afgestemde informatie,

afspraken over gezondheidsdoelen: wat wil ik als patiënt bereiken, wat ga ik er voor doen en welke ondersteuning ontvang ik uit de zorg.

4. Overzicht aanbod hartrevalidatie in Nederland, dat eind 2019 beschikbaar is.
5. Overzicht veilig en verantwoord beweegaanbod (als vervolg op hartrevalidatie) in Nederland van de Hart&Vaatswijzer.¹¹
6. E-learning stress¹² bestaat uit zeven lessen (video's) over het beter leren omgaan met stress.
7. Informatie over hart- en vaat-aandoeningen. Harteraad verwijst naar betrouwbare informatiebronnen en werkt ook zelf mee aan de ontwikkeling van informatiemateriaal (Thuisarts.nl, Hartstichting).
8. Ervaringen delen; Harteraad brengt patiënten in contact met elkaar, in groepen en individueel, zowel offline als online.
9. Hart&Vaatcafés voor informatie en ontmoeting. Op diverse locaties in Nederland, zoals in ziekenhuizen. Wil je zelf een Hart&Vaatcafé organiseren? Mail naar vrijwilligers@harteraad.nl
10. Advies bij hart- en vaatprojecten, regionaal en landelijk, zoals organisatie van zorg en inzet van patiëntenparticipatie.
11. Keuzehulpen; Harteraad gaat meewerken aan de update van de keuzehulp CVRM die nu op Thuisarts.nl staat.
12. Bijdragen aan het terugdringen van medicatiewisseling om niet-medische redenen en opkomen voor het patiëntenbelang bij voorraadte korten en vervuiling van medicijnen.

neem hen mee in de behandeling en het verloop. Zeg niet alleen maar "uw bloeddruk is goed", maar laat de waarden zien en noteer ze in het individueel zorgplan of laat patiënten dat zelf doen.

In het ziekenhuis, met vaak een korte opnameduur, is het maken van een individueel zorgplan minder een optie. Maar het project 'zelfmanagement in het hart van het zorgproces'⁷ laat zien dat ook daar veel mogelijk is.



In dit project dat is uitgevoerd op twee locaties bereikten ziekenhuizen in samenwerking met de eerste lijn dat er meer doelen samen met de patiënt gesteld werden: een stijging van 50% naar 75%. Op één locatie nam het vermogen tot zelfmanagement significant toe. De richtlijn cardiovasculair risicomanagement biedt eenduidig beleid voor de aanpak van risicofactoren en maakt met de aanbevelingen meer maatwerk en meer regie van patiënten mogelijk. Met elkaar, zorgverleners, Harteraad en patiënten, kunnen we dit in praktijk brengen. 

Literatuur

1. Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Internisten Vereniging, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie i.s.m. in samenwerking met Nederlandse Vereniging voor Neurologie, Nederlandse Vereniging voor Hart- en Vaat Verpleegkundigen, Harteraad Hartstichting. www.richtlijndatabase.nl. 2018.
2. Zie noot 1
3. Boomsma LJ et al. Landelijke transmurale afspraak Cardiovasculair Risicomanagement (2015) https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/hta_cardiovasculair_risicomanagement_2016_web.pdf
4. Tjin-A-Ton J, Konings K, Wiersma T. (2019) Nieuwe NHG-Standaard CVRM: schatten, overwegen en maatwerk. *Huisarts en Wetenschap*, 62(4), 55-57
5. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis* 2016;252:207-74.
6. Zie noot 1
7. Strijbis AM, Nieuwveld A, Vredenburg-Jimmink A, Voogdt H. Zelfmanagement in het hart van het zorgproces. Eindrapportage. 2018 <http://www.harteraad.nl/wp-content/uploads/2018/11/20181128-Eindrapportage-Zelfmanagement-ih-hart-vh-zorgproces-literatuurlijst-bijlagen.pdf>
8. <https://www.harteraad.nl/wp-content/uploads/2018/05/Algemene-flyer-Harteraad.pdf>
9. <https://watertoedoet.info>
10. https://www.harteraad.nl/wp-content/uploads/2018/03/HV_Zorgplan_Vitale_Vaten.pdf
11. <https://www.harteraad.nl/locaties>
12. <https://www.harteraad.nl/stress>

Wil je de Nieuwsbrief van Harteraad ontvangen? Mail dan naar nieuwsbrief@harteraad.nl

-advertentie-

Congres: Preopname voorbereiden is beter dan genezen!

Datum: 24 januari 2020

Begintijd: 09:00 uur

Eindtijd: 18:00 uur

Locatie: Eventcentrum Zonnestraal Hilversum

Hét congres over het voorbereiden van ouderen op een ziekenhuisopname met (hart)operatie.

Onderwerpen

- Kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen voor en na een ziekenhuisopname met een (hart)operatie.
- Patiëntervaringen
- Verpleegkundige zorg voor, tijdens en na een ziekenhuisopname met een (hart)operatie.
- Gedragsverandering en implementatie van nieuwe zorg, do's en don'ts
- Gesprekstechnieken voor het stimuleren van zelfmanagement en zelfredzaamheid van (cardio) chirurgische patiënten



SCAN ME

Aanmelden
Voor meer informatie
en inschrijven: scan de
QR-code.

**MET
INSPIRERENDE
WORKSHOPS!**

Accreditatie
Accreditatie
(6 punten) is
verleend door:

- NVVC
- V&VN
- VSR
- NVA
- NVKG
- VvZG
- NVHV
- Verenso
- NVvPO
- NVT

Dagvoorzitter:
Sabine Uitslag
(Chief Inspiration
Officer en voormalig
Tweede Kamerlid)
Aanmelden vóór
10 januari.
Voor vragen over de
aanmeldingsproce-
dure kunt u contact
opnemen met
Geertje van Limpt:
geertje.vanlimpt@hu.nl

Zes jaar ICD App: wat hebben we geleerd?

Een zoektocht naar de kwaliteit van leven

Het is nu ruim zes jaar geleden dat ik tijdens het ESC-Congres in Amsterdam de ICD App lanceerde. Inmiddels zijn we duizenden downloads verder en wordt de app in tientallen ziekenhuizen ingezet voor patiëntenvoorlichting. Wat kunnen we leren van de afgelopen periode als we kijken naar hoe en waarom de ICD App wordt gebruikt?

Martijn Kampshoff, zelfstandig ondernemer, Bureau KAESS

E-mail: info@icdapp.nl



Lancering van de ICD-app.
Links Martijn Kampshoff, rechts Floris Italianer
Fotograaf: Dianne van Essen

Tijdens de lancering van de ICD App op 2 september 2013 was het Floris Italianer, directeur van de Hartstichting, die hem in ontvangst nam met de verwachting dat de app zou bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen met een ICD. Met precies deze insteek had ik het initiatief genomen voor de ICD App, al moet ik toegeven dat ik toen niet exact kon omschrijven wat die kwaliteit van leven moest inhouden. Ik had immers net zelf plotseling een ICD gekregen vanwege mijn erfelijke hypertrofische obstructieve cardiomyopathie, en stond aan het begin van een revalidatieperiode waarin ik zowel lichamelijk als psychisch de controle probeerde terug te krijgen. Ik was onzeker over mijn eigen kunnen en worstelde met vragen die zich

gaandeweg aandienden. Ik merkte dat ik op die momenten niet de antwoorden kon vinden waar ik rust van kreeg. Als je bij de dokter bent, vergeet je dingen te vragen of is er simpelweg geen tijd om dieper op zaken in te gaan. Je gaat zoeken op internet. Wat je vindt is versnipperd en je vraagt je af of het nog actueel is. Ik wist dat ik daar vanuit mijn werk iets mee kon doen en daarmee van betekenis kon zijn voor anderen.

Handboek en luisterend oor

Het ontwikkelen van de ICD App was een doel dat dicht bij mezelf lag, zowel persoonlijk als professioneel. Ik kon zowel mijn ervaring als patiënt gebruiken als mijn beroepsvaardigheden. Ik ben ervan overtuigd dat het najagen

van dit doel mijn kwaliteit van leven positief heeft beïnvloed. Dromen en ambities zijn nodig om perspectief te houden. Dat je leven verandert met een ICD is niet te voorkomen. Maar je kunt de regie terugkrijgen door je te omringen met de juiste mensen en met de juiste kennis van zaken. De ICD App biedt informatie die betrouwbaar, volledig en toegankelijk is voor de verschillende fases die je als drager doorloopt. Waar moet je aan denken na de operatie, tijdens de revalidatie en wanneer je weer aan het werk gaat of op reis? Waar moet je rekening mee houden als je zwanger bent en hoe zit het met autorijden? Het is een doorzoekbaar handboek geworden. Tegelijkertijd biedt de app een luisterend oor, iets wat ik in eerste instantie niet voorzien had. De app biedt een e-mailadres om vragen te stellen als je het antwoord niet in de app kunt vinden. Maar mensen gebruiken dit adres vooral om hun hart te kunnen luchten. Even persoonlijk bevestiging krijgen op het generieke antwoord dat ze zelf al hadden gevonden, blijkt te helpen om weer verder te kunnen. Een handige FAQ-lijst en een overzicht van veel gebruikte termen bieden houvast in gesprekken met zorgprofessionals, maar ook in het dagelijks leven.

Kwaliteit

Ik heb de afgelopen jaren zoveel 'lotgenoten' gesproken die zich, door onwetendheid of door vragen die ze niet durfden te stellen, lieten tegenhouden om voluit te leven. En dagelijks krijgt de redactie van de ICD App vragen binnen die op het eerste gezicht heel praktisch van aard lijken te zijn, maar waarachter heel veel emotie schuilgaat. Denk aan vragen

als “waar moet ik op letten als ik op reis ga?” Oftewel: “Ik voel me enorm opgelaten als ik door de securitycheck moet, geloven ze wel dat ik een ICD heb, en wat denken mensen wel niet als ik gefouilleerd word?” Of de vraag “mag ik nog autorijden met een ICD?” Oftewel: “Mijn dochter wil niet meer dat ik de kleinkinderen naar school breng met de auto, straks zie ik ze nauwelijks nog, durven ze nog wel met me te stoeien?” De juiste informatie op het juiste moment kan angsten wegnemen en bijdragen aan de kwaliteit van leven.

En die kwaliteit is voor iedereen anders. Dat heeft onder andere te maken met leeftijd, hoe lang je al een ICD hebt, je gezinssituatie en het soort werk dat je doet. Daarom zijn de vragen en antwoorden rondom het leven met een ICD nooit in een generieke patiëntenfolder te vangen. Tegelijkertijd maakt de onderliggende hartaandoening de vragen ook complexer. Regelmatig krijgen we vragen die we niet kunnen beantwoorden omdat die medisch van aard zijn. Daarvoor verwijzen we mensen altijd door naar hun eigen cardioloog. Wij richten ons op onderwerpen die gereleerd zijn aan het hebben van een ICD. Bij twijfel kunnen we terecht bij onze stuurgroep die bestaat uit device cardiologen en technici. Zij hebben ook geholpen bij het ontwikkelen van de app en toetsen continu de kwaliteit. Dit netwerk breiden we uit om op zoveel mogelijk expertises verder te kunnen bouwen.

Gelijkwaardige gesprekspartners

De betrokkenheid van zorgprofessionals bij de ICD App is belangrijk voor het bestaansrecht ervan. Niet alleen om de kwaliteit te kunnen waarborgen, maar ook om te kunnen voldoen aan

de behoeftes en verwachtingen van de gebruikersgroep die zij vertegenwoordigen. De app wordt namelijk in bijna alle ICD-implanterende ziekenhuizen gebruikt door artsen, verpleegkundigen en technici. Ze delen de verwijskaartjes naar de app uit aan patiënten en hun naasten, maar hebben zelf ook vragen. Deze zijn vooral gelinkt aan de emotionele verwerking van het leven met een ICD. Dat is een onderwerp waar de redactie en de stuurgroep de komende tijd nog meer content voor gaan samenstellen en publiceren. De app heeft namelijk ook als doel om ICD-dragers gelijkwaardige gesprekspartners te laten zijn met zorgprofessionals. We brengen belevingswerelden bij elkaar door vragen over en weer inzichtelijk te maken en beide partijen op een gelijkwaardig kennisniveau te brengen. Vanuit eenzelfde vertrekpunt kun je sneller en efficiënter het gesprek aangaan waar beide gesprekspartners voldoening uit halen. We gaan daarover ook graag in gesprek met ICD-verpleegkundigen die via redactie@icdapp.nl met ons in contact kunnen komen.

Naasten

Het is belangrijk om ook stil te staan bij een derde gebruikersgroep die regelmatig over het hoofd wordt gezien: de naasten van een ICD-drager. Niet zelden is de impact van een ICD net zo groot of misschien zelfs groter op het leven van een naaste.¹ Denk hierbij aan een partner, ouder, broer of zus. Ik ervaar zelf elke dag hoe belangrijk de aandacht en steun zijn van de mensen om mij heen, maar tegelijkertijd ook hoe zwaar dit voor hen kan zijn. Ook zij komen door de ICD plotseling terecht in een nieuwe, voor hen doorgaans onbekende situatie. Ze zitten met praktische vragen over het dagelijks leven, moeten mede beslissingen kunnen nemen over de medische zorg en willen zich kunnen voorbereiden op wat er thuis van hen verwacht gaat worden. De ICD App is er net zo goed voor deze groep mensen als voor de patiënt zelf.

Door de ICD App ben ik nu ook professioneel meer in het zorgveld gekomen.



Ik heb mijn bedrijf niet hoeven opgeven door mijn hartaandoening, maar er juist een nieuwe draai aan kunnen geven. Als ervaringsdeskundige én professional trek ik na zes jaar de conclusie dat kwaliteit van leven voor mensen met een ICD, hoewel subjectief en persoonlijk, nauw samenhangt met de kwaliteit van de relaties die je hebt met de mensen om je heen. Denk hierbij aan de relatie met je partner, familie en/of collega's, maar ook met zorgprofessionals. Hierin wil je gehoord worden en jezelf kunnen blijven. De juiste informatie op het juiste moment is hierbij op zoveel manieren van belang, vooral omdat het de communicatie bevordert, over en weer. Wederzijds begrip geeft ruimte om doelen en ambities waar te maken. Ik ben trots op de bijdrage die de ICD App hieraan levert. Als je energie stopt in het waarmaken van je doelen, krijg je daar altijd iets voor terug. 

De ICD App biedt onder andere een ICD-handboek, actueel nieuws en handige tools. Bij de totstandkoming van de ICD App zijn andere ICD-dragers, cardiologen en verpleegkundigen betrokken die ervoor zorgen dat de informatie actueel blijft.

De ICD App is via iTunes gratis te downloaden voor de iPhone en de iPad. Via Google Playstore is de App voor Android smartphones te downloaden. Ook is de ICD App als webapp (mobiele website) beschikbaar voor iedereen die geen Apple- of Androidtoestel heeft. Ga op uw smartphone of tablet naar m.icdapp.nl en maak gebruik van deze webapp.



¹ Vanuit ons eigen communicatiebureau en als ervaringsdeskundigen waren mijn partner en ik betrokken bij het initiatief Naasten in Beeld van Harteraad (voorheen De Hart & Vaatgroep). Zij hebben onderzoek gedaan naar de problematiek en behoeften van naasten van mensen met een somatische aandoening (De Hart&Vaatgroep (2016). White paper - Ervaren problematiek en behoeften van naasten van mensen met een somatische aandoening. Geraadpleegd van <http://www.naasteninbeeld.nl/wp-content/uploads/2018/05/Whitepaper-Naasten-in-Beeld-okt.-2016.pdf>.

NIEUWSFLITS

In 'Nieuwsflits' vindt u korte berichten over wat er speelt rond zorg en gezondheid, van dorpsniveau tot wereldniveau en alles daartussenin.



Minister Bruins

Kabinet trekt portemonnee niet voor lonen in de zorg

Minister Bruins (Medische Zorg) is niet van plan extra geld uit te trekken om de zorgsector aantrekkelijker te maken voor nieuwe werknemers. Dit geeft hij als antwoord op vragen van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over een eerder bericht op Skipr: 'Driekwart ziekenhuispersoneel overweegt vertrek', waarin driekwart van het zorgpersoneel laat weten wel eens te overwegen te vertrekken. Belangrijkste redenen: werkdruk, loon en de balans tussen werk en privé.

Volgens Bruins is er jaarlijks al geld voor stijgende loonkosten en prijzen. Het gaat dit jaar om 1,7 miljard euro voor de hele zorg. Hij stelt dat de werkdruk en onzekerheid ook op andere manieren kunnen worden aangepakt, zoals onlangs in het onderhandelingsakkoord over de cao Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) is vastgelegd. Daarbij hebben de sociale partners afgesproken ervoor te zorgen dat binnen twee jaar minimaal 90 procent van de medewerkers een vast contract heeft. De minister antwoordt op de vraag of de personeelsproblemen niet de kwaliteit van de zorg aantasten, dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) daarop controleert. Die stelt dat de krapte op de arbeidsmarkt zorgaanbieders soms voor uitdagingen stelt, waardoor sommige zorginstellingen afdelingen (tijdelijk) sluiten.

Bron: Skipr

Arbo Unie: 'Kwart personeel minder inzetbaar door werkstress in 2030'

Werkgerelateerde stressklachten en burn-out worden vaak niet goed behandeld. Op den duur kan dit de economische groei beïnvloeden, aldus Arbo Unie. De arbodienst pleit voor een meer doeltreffende aanpak die oorzaken van stress voorkomt en verhelpt. De cijfers liegen er niet om: 20-25 procent van de jongeren ervaart klachten van stress en burn-out, een kwart van de werknemers in de zorg kampt met werkstress door te hoge werkdruk, en 25 procent van de langdurige mantelzorgers voelt zich ernstig belast. Willem van Rhenen, stressexpert en als chieff health officer verbonden aan de Arbo Unie, luidt de noodklok. Volgens hem moet er minder naar stressfactoren gekeken worden en meer naar hulpbronnen of buffers. "Het gaat niet om teveel werk of teveel stressfactoren, maar om te weinig hulpbronnen waarmee mensen zich kunnen opladen of verweren".

Werkgevers in Nederland moeten meer doen om hun medewerkers in bescherming te nemen, aldus Van Rhenen: "Kijk naar het gebrek aan hulpbronnen, zoals te weinig autonomie of verbinding, investeer in competenties, ga op zoek naar de talenten en vaardigheden van mensen. Vertrouw op de inzet en kracht van medewerkers en controleer veel minder. Geef mensen de ruimte en het gevoel dat ze invloed hebben op de eigen agenda. Maar vooral, geef complimenten en toon erkenning".

Bron: Skipr

Meerjarig onderzoek functiedifferentiatie verpleegkundigen

Op 1 oktober is RN2BLEND gestart, een vierjarig onderzoek naar de verpleegkundige praktijk in algemene ziekenhuizen en umc's. Het richt zich op de veranderingen die in het verpleegkundig beroep kunnen optreden als gevolg van functiedifferentiatie. Doel is om daarvoor wetenschappelijke onderbouwing te krijgen. Opdrachtgever is het ministerie van VWS en het wordt uitgevoerd door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) Radboudumc, UMC Utrecht, Erasmus Universiteit, Spaarne Gasthuis en Hogeschool Utrecht. Over het onderzoek zullen regelmatig publicaties verschijnen in vakbladen en op congressen en symposia.

Bron: NFU

Hartoperatie niet per se nodig, medicatie werkt ook

Veel hartpatiënten die een operatie ondergaan, zijn net zo goed af met alleen medicijnen. Dat blijkt uit een groot Amerikaans onderzoek. Ruim 5000 patiënten met vernauwde slagaders kregen allemaal hartmedicatie en

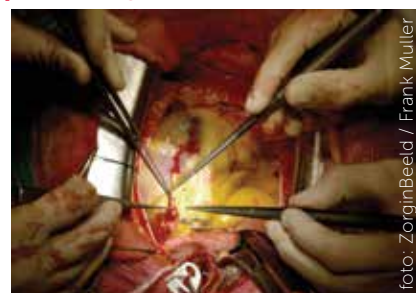


foto: ZorginBeeld / Frank Muller

Bypass-operatie

bij de helft werd ook operatief een bypass uitgevoerd of een stent geplaatst. Uit de studie blijkt dat patiënten met ernstige, maar stabiele hartproblemen net zo veel baat hebben bij alleen medicatie. Alleen patiënten met vaak pijn op de borst reageren beter op de combinatie van een operatie en medicatie. Wanneer zinloze hartoperaties niet meer plaatsvinden, zou dat honderden miljoenen aan zorgkosten schelen.

Bron: NOS

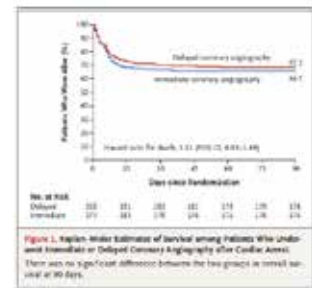
COACT-studie

Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) is de belangrijkste oorzaak van overlijden in Europa en de Verenigde Staten. Ondanks de vooruitgang op het gebied van reanimatie en intensive care management, blijft de prognose bij patiënten met een OHCA somber: Een recente studie beschreef een mortaliteit van ongeveer 40% bij patiënten met OHCA als gevolg van ventrikelfibrilleren of ventrikeltachycardie. De eerste behandeling na een OHCA omvat targeted temperature management (koelprotocol), vitale orgaanondersteuning en behandeling van de onderliggende oorzaak. Toch blijft de onderliggende oorzaak vlak na een OHCA vaak onduidelijk, vooral wanneer er geen evidente non-cardiale oorzaak aanwijsbaar is en het ECG geen ST-elevatie toont. Voor deze patiëntengroep bestond dan ook geen duidelijke consensus over het juiste moment om coronair angiografie (CAG) te verrichten: direct na de (succesvolle) reanimatie, of later tijdens de ziekenhuisopname.

De COACT-trial (Coronary Angiography after Cardiac Arrest without ST-Segment Elevation) is een multicenter onderzoek waaraan 19 ziekenhuizen in Nederland deelnamen. In deze studie werden 552 patiënten geïncludeerd, die succesvol waren gereanimeerd na een OHCA, met op het ECG afwezigheid van ST-elevatie myocardinfarct. Patiënten werden gerandomiseerd naar directe angiografie (zo snel mogelijk, met streven <2 uur na randomisatie) of naar uitgestelde angiografie (na neurologisch

herstel, vaak na overplaatsing vanaf de IC). De hoofdvraag in deze studie was verschil in overleving na 90 dagen. Daarnaast werden een aantal secundaire uitkomstmaten beoordeeld zoals inotropie en catecholamine behoefte, markers voor shock, neurologische schade en myocardschade. In deze studie werd geen significant verschil gevonden in overleving tussen beide groepen. In de directe groep bleek dit 64.5% en in de uitgestelde groep 67.2%. Evenmin bleek er verschil in inotropie of catecholamine behoefte, markers voor shock, duur van intensive care opname, neurologische schade of hoogte van cardiale biomarkers (troponine en CK-MB). Concluderend heeft deze gerandomiseerde, multicenter studie aangetoond dat directe CAG bij patiënten die succesvol gereanimeerd zijn na een OHCA, zonder ST-segment elevatie op het ECG, niet beter is dan uitgestelde CAG wat betreft 90-dagen overleving. Om de resultaten op lange termijn te kunnen beoordelen, blijven patiënten vervolgd worden tot 5 jaar na het arrest.

Auteur: Eva Spoormans, Arts-assistent cardiologie, Amsterdam UMC, e.spoormans@amsterdamumc.nl



Figuur 1. Kaplan Meier.

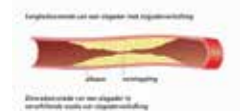
Meer en ernstigere slagaderverkalking door verstoring dag-nacht ritme

Verstoringen in het dag-nachtritme veroorzaken meer en gevaarlijkere slagaderverkalking. Dat hebben onderzoekers van het LUMC ontdekt. De Hartstichting is medefinancier van het onderzoek. Geruime tijd is al bekend dat er een mogelijke relatie is tussen verstoringen in het dag-nacht ritme en hart- en vaatziekten. Zo komen deze ziekten vaker voor bij mensen met ploegendiensten, zoals verpleegkundigen. De onderzoekers van het LUMC hebben ontdekt dat deze verstoringen gepaard gaan met meer en gevaarlijkere slagaderverkalking.

Muizen waarbij wekelijks het dag-nacht ritme omkeerde, bleken dubbel zo veel slagaderverkalking te hebben ontwikkeld dan muizen met een normaal dag-nacht ritme. Dit was opvallend, omdat deze muizen niet meer vetten zoals cholesterol in hun bloed hadden dan de muizen waarbij het dag-nacht ritme intact bleef. Wel vonden de onderzoekers meer ontstekingscellen in de

slagaderverkalking bij een verstoord dag-nacht ritme. Slagaderverkalking met veel ontstekingscellen is gevaarlijker omdat deze gemakkelijker kan openscheuren en zo een infarct kan veroorzaken.

Hoe een verstoord dag-nacht ritme precies tot meer en ernstigere slagaderverkalking kan leiden, is nog onbekend. De onderzoekers vermoeden dat het te maken heeft met eten op tijdstippen waarop het lichaam er nog niet klaar voor is. Daardoor hopen suikers zich op in het bloed, wat tot beschadigingen aan de binnenkant van bloedvaten kan leiden. De onderzoekers ontdekten namelijk signaalstoffen in de bloedvatwanden die erop wijzen dat de vaatwand beschadigd is. In dergelijke bloedvaten ontstaat gemakkelijker slagaderverkalking.



Slagaderverkalking

Bron: Hartstichting

'Je moet een nazorggesprek standaard inplannen'

Nazorggesprekken voor nabestaanden door zorgverleners

In het Radboudumc is een kwalitatief beschrijvend onderzoek verricht naar de wenselijkheid en de inhoud van een nazorggesprek met nabestaanden na overlijden van de patiënt op de CCU. Dit onderzoek maakt inzichtelijk hoe de nazorggesprekken kunnen worden vormgegeven vanuit de visie van de cardiologen en de verpleegkundigen. Het doel is de kwaliteit van nazorg na het overlijden te verbeteren.

Wilma Derks, CCU / EHH verpleegkundige
Radboudumc, Nijmegen

E-mail: wilma.derks@radboudumc.nl

Verpleegkundigen op de CCU zeggen weinig tijd te besteden aan begeleiding na overlijden. Ze beperken zich veelal tot de laatste verzorging van de overledene en het informeren van de nabestaanden over de procedure binnen het ziekenhuis na overlijden. De begeleiding van nabestaanden vindt plaats tot het moment dat de overledene naar het mortuarium wordt gebracht. Nazorggesprekken worden niet structureel aangeboden aan nabestaanden na overlijden van de patiënt. Wanneer de cardioloog besluit om een nazorggesprek te plannen, worden verpleegkundigen niet in de besluitvorming betrokken.

Gezien de intensieve zorgverlening en de (soms) acute verslechtering van de gezondheid van de patiënt, heeft de CCU van het Radboudumc de wens om nazorggesprekken voor nabestaanden te implementeren. Uit de literatuur blijkt dat nabestaanden een nazorggesprek waarderen, omdat er naar hen geluisterd wordt en ze vragen kunnen stellen.^{1,2} Dit kwalitatieve beschrijvend onderzoek geeft antwoord op de volgende onderzoeksvraag: "Welke ervaringen, ideeën en wensen hebben verpleegkundigen en cardiologen met betrekking tot de procedure en inhoud van nazorggesprekken voor nabestaanden op de CCU?". Om antwoord te geven op deze vraag heeft er literatuuronderzoek plaatsgevonden om de wensen van de nabestaanden weer te geven. De aanbevelingen zijn op basis van best practice activiteiten.

Case

Een patiënt van 70 jaar wordt op de CCU van het Radboudumc opgenomen met hartfalen na een doorgemaakt infarct in het verleden. Na twee dagen opname verslechtert de situatie en de patiënt wordt toenevend delirant. Er vindt een familiegesprek plaats en er wordt in goed overleg met de familie overgegaan op palliatief beleid. De verzorging van de patiënt is nu gericht op comfort en de familie maakt gebruik van de rooming-in mogelijkheden. Daarnaast worden zij begeleid door de verpleegkundigen en ingelicht over

het proces tot overlijden. Na de start van het palliatief beleid overlijdt de patiënt 24 uur later in het bijzijn van de familie. De arts-assistent heeft de patiënt geschouwd, de familieleden geïnformeerd en gecondoleerd met het verlies. De patiënt wordt verzorgd door de verpleegkundige en naar het mortuarium gebracht. Familie is meegelopen naar het mortuarium en is voorgelicht om de begrafenisonderneming te bellen. De verpleegkundige neemt afscheid van de familie en wenst hen sterkte. Daarmee eindigt de zorgverlening voor de patiënt.

Onderzoeksmethode

Het kwalitatieve onderzoek heeft plaatsgevonden van maart tot en met juni 2018. De onderzoekspopulatie betreft 29 cardiologen en 46 verpleegkundigen die direct betrokken zijn bij de zorgverlening aan patiënten en nabestaanden op de CCU. Minor HBO-V studenten en artsen zonder contract bij de cardiologie zijn geëxcludeerd van deelname, omdat zij slechts tijdelijk werkzaam zijn op de CCU.

Gezien het korte tijdsbestek van het onderzoek is ervoor gekozen om twee focusgroepinterviews te houden aan de hand van een topiclijst. Die bevatte de volgende onderwerpen: ervaringen van leden van de focusgroep met nazorggesprekken, welke zorgverleners en nabestaanden

moeten aanwezig zijn, tijdsduur, rolverdeling tussen zorgverleners, locatie, moment van benadering van de nabestaanden, moment en inhoud van het gesprek.

De onderzoekspopulatie bestond in beide focusgroepen uit vier verschillende disciplines: de cardiologen, artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS), artsen in opleiding tot specialist (AIOS) en CCU-verpleegkundigen. In totaal nam 16% van de onderzoekspopulatie deel aan de focusgroepen. Redenen voor exclusie waren bezigheden op de werkvloer, nacht- of avonddienst tijdens de focusgroepbijeenkomst of een vrije dag. Demografische gegevens van de focusgroepen staan weergegeven in tabel 1. Voorafgaand aan de focusgroepen is de topiclijst beoordeeld door de

Demografische gegevens	Focusgroep 1 N = 8	Focusgroep 2 N = 7
Leeftijd	N = 8	N = 7
20-29 jaar	3	3
30-39 jaar	1	1
40-49 jaar	0	1
50-59 jaar	3	1
60-67 jaar	1	1
Functie	N = 8	N = 7
Verpleegkundige CCU	6	4
Verpleegkundige in opleiding CCU	0	2
Cardioloog	0	1
Arts-assistent in opleiding (AICS)	1	0
Arts-assistent niet in opleiding (ANIOS)	1	0
Vooropleiding verpleegkundigen	N = 6	N = 6
MEO	4	3
HBO	2	3
Werkervaring op IC of CCU	N = 8	N = 7
< 5 jaar	4	4
5-10 jaar	1	1
> 10 jaar	3	2

Tabel 1. Demografische gegevens focusgroepen (N=8/N=7)

peergroep, een docent van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en een HBO-verpleegkundige op de afdeling. Door middel van een proefinterview is de topiclist met twee verpleegkundigen doorgenomen. De focusgroepinterviews zijn opgenomen met een voicerecorder om de gesprekken later te kunnen transcriberen en coderen.

Resultaten

Ondanks de beperkte opkomst van de cardiologen en assistenten tijdens de focusgroepen – wegens bezigheden op de werkvloer – zijn door de inbreng van de aanwezige artsen de ervaringen, wensen en ideeën van de cardiologen goed naar voren gekomen. Nadat de semigestructureerde focusgroepinterviews waren getranscribeerd, heeft het coderen vier thema's opgeleverd: ervaringen, praktische zaken, gesprekspartners en inhoud.

Ervaringen

Enkele deelnemers aan de focusgroepen denken dat nabestaanden veel vragen kunnen hebben na het overlijden van een dierbare. "Zeker bij reanimaties, ik denk dat familieleden die daar bij zijn, heel veel vragen hebben" (R9, verpleegkundige). De cardioloog merkt op dat nabestaanden het belangrijk vinden om van de

verpleegkundige die bij het overlijden aanwezig was te horen wat de patiënt nog heeft gezegd. Vaak leven bij nabestaanden ideeën over hoe zaken zijn verlopen, die niet overeen komen met de beleving van de verpleegkundige.

Praktische zaken

Deelnemers aan de focusgroepen menen dat nabestaanden na het overlijden van hun dierbare moeten worden geïnformeerd over een nazorggesprek. "De cardioloog zou tijdens het schouwen al de optie van een nazorggesprek moeten bespreken" (R4, verpleegkundige).

Er was discussie over de vraag of de afspraak standaard ingepland moet worden. "We moeten nabestaanden bellen of er behoefte is aan een nazorggesprek" (R11, verpleegkundige). "Met bellen dring je ergens binnen, je kunt niet inschatten of het gelegen komt" (R10, verpleegkundige). "Je moet een nazorggesprek standaard inplannen, nabestaanden kunnen dan zelf eventueel afbellen" (R13, verpleegkundige). De conclusie luidde dat een condoleancekaart versturen om een gesprek aan te vragen een goede manier is. Nabestaanden hebben in de eerste weken na overlijden van een dierbare veel aan hun hoofd. Ze kunnen niet overzien of ze wel of geen afspraak willen. Je kunt nabestaanden

ontzorgen door een afspraak in te plannen, die ze zelf eventueel kunnen annuleren of verplaatsen. De condoleancekaart kan twee weken na overlijden worden verstuurd en na vier tot zes weken kan een nazorggesprek plaatsvinden. "Je moet er rekening mee houden dat nabestaanden hun dierbare nog moeten begraven of cremen en tot die tijd moet je zeker geen contact opnemen." (R8, ANIOS). Voor een nazorggesprek volstaat een half uur tot drie kwartier met uitloop tot een uur. Het gesprek kan plaatsvinden op de polikliniek. Erna moet het mogelijk zijn dat nabestaanden terugkeren naar de afdeling, als ze daar behoefte aan hebben. Verder is het nodig om enkele verpleegkundigen aan te stellen als 'aandachtsvelder'; zij coördineren de gesprekken zodat de arts, verpleegkundige en nabestaanden aanwezig zijn.

Gesprekspartners

Wanneer er sprake is van obductie of onverwachts overlijden, wordt er bijna altijd met naasten een afspraak gemaakt op de polikliniek bij een cardioloog. De verpleegkundigen worden er niet bij betrokken, maar volgens de cardioloog zou dit wel wenselijk zijn. De beleving van nabestaanden is vaak anders dan gedacht en tijdens een nazorggesprek kunnen zaken als beloop van de opname en doodsoorzaak worden toegelicht. Alle leden van de focusgroepen zijn het erover eens dat er een cardioloog en verpleegkundige bij het nazorggesprek aanwezig moeten zijn die betrokken waren bij het zorgproces van de patiënt. "Ik kan me voorstellen dat het voor familie vreemd is om een verpleegkundige te zien die niet betrokken is geweest bij het overlijden" (R4, verpleegkundige). De cardioloog zegt hierover: "Ik denk dat je het aan de nabestaande moet laten om te kiezen met wie hij wil praten". Hij denkt wel dat de aanwezigheid van de hoofdbehandelaar gewenst kan zijn en die mogelijkheid moet dus bestaan.

De AIOS geeft aan zelfstandig een nazorggesprek te kunnen voeren samen met een verpleegkundige wanneer ze beiden betrokken waren bij het overlijden. "Per situatie moet gekeken worden wie er aanwezig is bij een nazorggesprek. Als het overlijden

een moeilijk beloop had, is de supervisor gewenst, is het beloop gegaan zoals men had verwacht, dan kan een assistent het gesprek zelfstandig voeren” (R7, AIOS).

De cardioloog is van mening dat de arts-assistenten nazorggesprekken moeten voeren onder supervisie van het medisch hoofd van de CCU of de supervisor van de desbetreffende dienst. “Dit draagt bij aan het leerproces en de supervisor kan ondersteunen wanneer gevoelige zaken besproken moeten worden” (R15, Cardioloog).

Op de vraag of een tolk gewenst is bij taalbarrières, reageert iedereen bevestigend. Over het aantal nabestaanden dat deelneemt aan een nazorggesprek was discussie. Hoewel de meesten drie tot vier deelnemers genoeg vinden, luidt de conclusie dat de zorgverlener niet kan bepalen wie van de nabestaanden wel of niet aanwezig is.

Inhoud nazorggesprek

Nabestaanden moeten voor het gesprek worden ingelicht over de inhoud ervan, zodat er gerichte vragen kunnen worden gesteld. Uit ervaring blijkt dat als eerste de arts het opnamebeloop bespreekt, inclusief de opname-indicatie, en toelichting geeft bij eventuele complicaties en het obductieverslag. Vervolgens komen

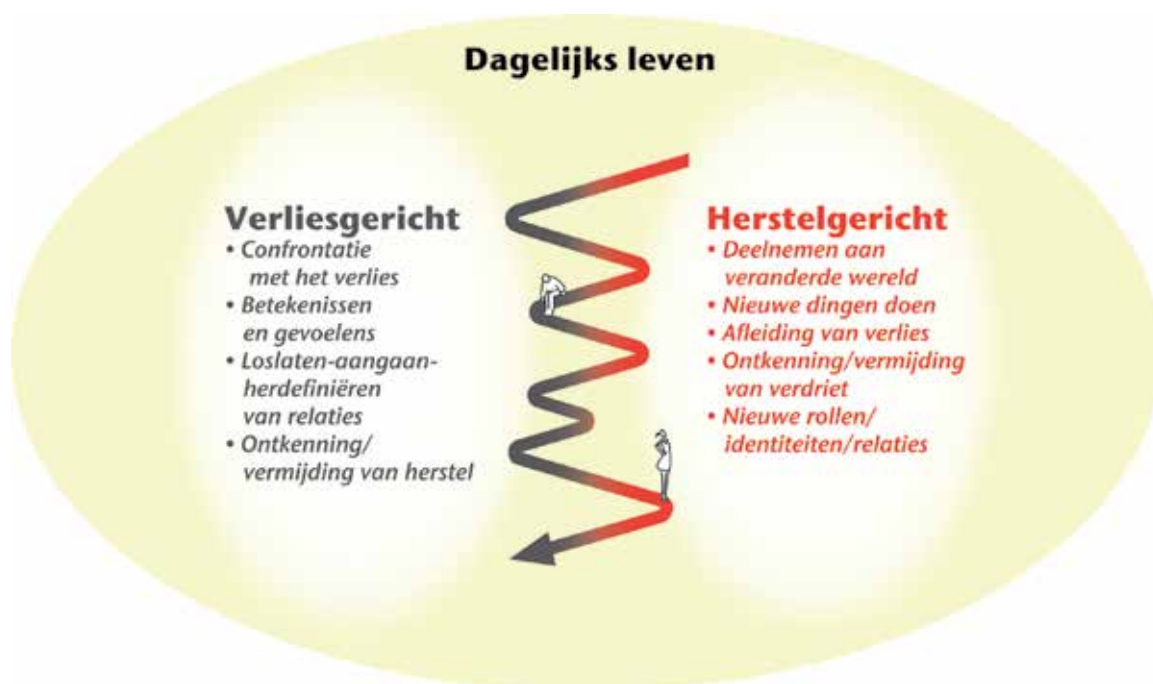
Rouw

De meeste mensen associëren rouw met emoties na het overlijden van een dierbare en denken dat die rouw na een tijdje over moet zijn. Niets is minder waar! Rouw is zoveel meer en komt veel vaker voor dan je denkt. Zo is er sprake van rouw voor het overlijden van een dierbare, doordat je weet dat iemand steeds minder kan of dat je weet dat je afscheid moet gaan nemen. Rouw bij het overlijden van een dierbare of om degene die je was eindigt nooit. Het is altijd aanwezig; tijdens je leven maak je periodes door waarin de rouw op de voorgrond staat en andere momenten waarop die minder aanwezig is.

Rouw is een slingerbeweging en voor iedereen anders. Stroebe en Schut beschrijven dat heel mooi in hun Duale Proces Model, dat veronderstelt dat rouwen het heen en weer bewegen is tussen verlies- en herstelgericht denken en voelen.⁴ Het verliesgerichte omvat het omgaan met de stressoren die ontstaan zijn door het verlies zelf. Zoals confrontatie, betekenissen en emoties, maar ook herdefiniëring van wie je bent en wat of wie je belangrijk vindt. Het herstelgerichte omvat het omgaan met de stressoren die het resultaat zijn

van het verlies en die om een antwoord vragen. Hoe je aan te passen aan de veranderingen die in je leven zijn ontstaan na het verlies? Dit gaat om zaken als afleiding zoeken, herdefiniëren van het eigen zelf- en/of wereldbeeld, het weer aan het werk gaan en het opdoen van nieuwe ervaringen en uitproberen van nieuwe vaardigheden. In een gezond rouwproces beweeg je flexibel heen en weer tussen het verlies- en herstelgerichte.

Normale rouw kan gepaard gaan met: (heftig) verdriet, gevoel van leegte, verdoofdheid, angst, trots, het gevoel buiten het normale leven te staan, futloosheid, dromen of nachtmerries, slapeloosheid, eenzaamheid, boosheid, schuld, twijfel, rusteloosheid, ontkenning, concentratieproblemen, verminderde eetlust, nauwelijks interesse voor dagelijkse gang van zaken of andere mensen. ‘Buitenstaanders’ zien vaak wel dat er verdriet is, maar zullen nooit exact weten hoeveel impact het verlies op het persoonlijke leven van de rouwende heeft. Ze kunnen daardoor kwetsende opmerkingen maken, zoals ‘Ben je er nu nog niet overheen?’ of ‘Ga je nu al iets leuks doen?’



Duale Procesmodel van Omgaan met Verlies (Stroebe en Schut, 1999)

Bron: Researchgate, creative commons.



de verpleegkundige en als laatste de nabestaanden aan het woord. Het zou verstandiger zijn om eerst de nabestaanden vragen te laten stellen. “Ik zou eerst informeren naar de vragen die nabestaanden hebben, anders krijg je een gestuurd verhaal, dat biedt weinig voldoening aan nabestaanden” (R12, *verpleegkundige*). Er mag worden gevraagd naar de ervaringen van nabestaanden met het doel de kwaliteit van zorg op de CCU te verbeteren. “Het is gepast om vragen te stellen als: hoe hebt u de zorgverlening ervaren? Hoe heeft u de begeleiding gevonden? Wat zou u graag anders gezien hebben? (R2, *verpleegkundige*). Een nazorggesprek is het laatste gesprek met de nabestaanden. Wanneer ze meer ondersteuning willen bij hun rouwproces, kun je hen adviseren contact op te nemen met een erkende rouwbegeleider.

Discussie en conclusie

De onderzoeksvraag luidde: Hoe moeten nazorggesprekken worden vormgegeven volgens cardiologen en CCU-verpleegkundigen? Het blijkt dat ze weinig ervaring hebben met nazorggesprekken, maar wel gemotiveerd zijn om deze te voeren. De richtlijn ‘End of Life Care bij IC-patiënten’ beschrijft dat het bellen naar de nabestaanden na het overlijden van de patiënt gewaardeerd wordt.³ De focusgroepen spraken hun voorkeur uit om twee weken na overlijden een condoleancekaart te sturen met daarin een afspraak voor een nazorggesprek ongeveer zes weken na het overlijden. Dit komt overeen met de literatuur die beschrijft dat een nazorggesprek twee tot zes weken na overlijden moet plaatsvinden.^{1,2} Tijdens een nazorggesprek moeten nabestaanden voldoende tijd krijgen om te spreken; een gesprek is niet gebonden aan tijd.³ De focusgroepen menen dat een half uur met een uitloop tot een uur voldoende is. Hier is een discrepantie. In

de praktijk zijn cardiologen en verpleegkundigen gebonden aan tijd en tijdens een poliklinisch bezoek is een tijdsindicatie gewenst. Er moet tijd vrij gemaakt worden voor uitloop en om met de nabestaanden terug te gaan naar de afdeling. Een oplossing zou zijn om de gesprekken aan het eind van het spreekuur te plannen of op een dag dat de betreffende cardioloog geen spreekuur heeft.

Om de nazorggesprekken goed voor te bereiden worden er ‘verpleegkundige aandachtsvelders’ aangesteld om de communicatie eenduidig te laten verlopen. Zij zorgen ervoor dat de juiste cardioloog en verpleegkundige aanwezig zijn bij een nazorggesprek; volgens de literatuur zijn dit personen die zorg hebben gedragen voor de patiënt.¹ Uit literatuuronderzoek blijkt dat nabestaanden andere wensen kunnen hebben. De focusgroepen vinden dat de nabestaanden moeten kunnen aangeven welke zorgverleners bij een nazorggesprek aanwezig zijn. Inhoudelijk gezien is het belangrijk om de doodsoorzaak te bespreken. De literatuur beschrijft dat drie van de tien nabestaanden vóór een nazorggesprek niet op de hoogte was van de doodsoorzaak en dat een nazorggesprek duidelijkheid bracht.² Nabestaanden willen tijdens een nazorggesprek vragen stellen en praten over wat ze hebben doorgemaakt. Daarnaast moet een zorgverlener goed kunnen luisteren. Erkenning wordt als belangrijk ervaren.³ De focusgroepen sluiten zich aan bij de literatuur en vinden dat vragen van nabestaanden beantwoord moeten worden en dat er ruimte moet zijn voor emoties.¹ Het is aannemelijk dat wanneer de vragen aan het begin van een gesprek gesteld kunnen worden, nabestaanden zich erkend voelen en met een voldaan gevoel naar huis gaan. De verpleegkundigen en cardiologen willen de geleverde zorg evalueren zodat wordt bijgedragen aan betere kwaliteit van zorg rondom begeleiding voor nabestaanden en hun rouwproces.

Aanbevelingen

Het is nodig verpleegkundigen en cardiologen te scholen over het rouwproces en de culturele, spirituele en religieuze verschillen. Deze

scholing draagt bij aan de zorgverlening in de klinische fase en tijdens nazorggesprekken³. Het verdient aanbeveling om ‘verpleegkundige aandachtsvelders’ aan te stellen. Zij zijn verantwoordelijk voor een eenduidige werkwijze voor zorgverleners, waarin de procedure en inhoud van de gesprekken staan weergegeven. Nabestaanden moeten altijd benaderd worden voor een nazorggesprek, ongeacht hoe het overlijdensproces is verlopen. Twee weken na overlijden wordt een condoleancekaart verstuurd naar de nabestaanden met daarin een uitnodiging voor een nazorggesprek zes weken later. Vervolgonderzoek met de nabestaanden kan zinvol zijn om de ervaringen te evalueren. Daarnaast kan worden vergeleken of hun behoeften overeenkomen met die van de cardiologen en verpleegkundigen. Een onderzoeksvraag zou kunnen zijn: “Welke verwachtingen hadden nabestaanden bij een nazorggesprek en heeft het gesprek hieraan bijgedragen?”

Literatuur

1. Milberg, A., Olsson, E., Jakobsson, M., Olsson, M. & Friedrichsen, M. (2008, januari). Family Members' Perceived Needs for Bereavement Follow-up. *Journal of pain and symptom Management*, 35, 58-69. doi:10.1016/j.jpainsymman
2. Kock, M., Berntsson, C., & Bengtsson, A. (2014). A follow-up meeting post death is appreciated by family members of deceased patients. *Acta Anaesthesiol Scand* 2014; 58, 891-896. doi:10.1111/aas.12358
3. Richtlijn End of Life Care voor IC-patiënten. (2014). *Richtlijn end of life care voor IC-patiënten, de verpleegkundige zorg*. Geraadpleegd op 15 maart 2018, van <https://blog.han.nl/acute-intensieve-zorg/files/2014/02/Richtlijn-EOLC-bij-IC-patiënten.pdf>
4. Stroebe MS. en Schut H. (1999) *The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description*. *Death Studies* 23: 197-224.

Pionier

In deze rubriek vertellen verpleegkundigen over situaties en voorvallen uit hun dagelijkse praktijk, herkenbaar en invoelend.

Aagje Noordhuizen, VS in opleiding, hartfalenpolikliniek, IJsselland ziekenhuis,

E-mail: anoordhuizen@ysl.nl



Na acht jaar werkzaam te zijn geweest op de Intensive Care wilde ik de stap wagen naar een nieuwe uitdaging. Omdat ik eerder op de Medium Care cardiologie had gewerkt, voelde mijn wens om over te stappen naar de hartfalenpolikliniek als een terugkeer naar mijn roots. Aan dit specialisme had ik immers al mijn hart verloren!

Inmiddels werk ik met veel plezier op de hartfalenpolikliniek in het IJsselland ziekenhuis. Om mij verder te ontwikkelen als hartfalenverpleegkundige ben ik in september 2019 begonnen met de opleiding tot verpleegkundig specialist (MANP) aan de Hogeschool Rotterdam. In het IJsselland ziekenhuis werken binnen het specialisme cardiologie vier verpleegkundig specialisten in de kliniek. Op de hartfalenpolikliniek zal ik, na mijn opleiding afgerond te hebben, de eerste zijn. Dat betekent dat ik een pionier

zal moeten zijn in de vormgeving van mijn functie. Mijn huidige opleiding en werkplek bieden mij de kans mijn vak verder uit te breiden. Met mijn uiteindelijke behandelbevoegdheid wil ik graag een brug vormen tussen het verpleegkundig en medisch domein in de zorg voor mijn patiënten.

Er is veel gaande in de zorg; zo vraagt bijvoorbeeld de vergrijzing om een andere aanpak en meer specialisatie in de zorg voor chronisch zieken. Door de nieuwe levensverlengende mogelijkheden worden mensen tegenwoordig veel ouder. Met de stijging van de leeftijd neemt ook de comorbiditeit bij hartfalen toe. Dit heeft geleid tot een belangrijke trend binnen de gezondheidszorg: 'De juiste zorg op de juiste plaats'. Dat is nog een hele klus, met als doel de patiëntenzorg zo dicht mogelijk bij de patiënt zelf te houden. Dit houdt in dat de transmurale zorg steeds belangrijker wordt. Op mijn patiëntenpopulatie op de hartfalenpolikliniek zijn deze ontwikkelingen direct van toepassing.

Telemonitoring

Door het gebruik van het 'HART-pad' op de hartfalenpolikliniek en op de afdeling cardiologie in het IJsselland ziekenhuis is er een nauwe samenwerking met de thuiszorgorganisaties in de regio. Een recente ontwikkeling hierbij is telemonitoring. Sinds enkele maanden is op de hartfalenpolikliniek gestart met de implementatie van telemonitoring, die een stukje ziekenhuiszorg bij de patiënt thuis brengt. Die heeft de beschikking over een tablet, een weegschaal en een bloeddrukmeter. Deze methode van monitoren geeft niet alleen de zorgverlener meer inzicht in de gezondheidssituatie van de patiënt, ook de patiënt wordt zich bewuster van het beloop ervan en van de invloed die hij zelf heeft op

het hartfalen. Belangrijk voordeel is ook dat er veel eerder actie kan worden ondernomen wanneer een patiënt achteruit dreigt te gaan.

Het doel van telemonitoring is het voorkomen van (her)opnames en de verbetering van de kwaliteit van leven van hartfalenpatiënten. Het idee is dat de patiënt zo lang mogelijk zijn autonomie in de thuissituatie kan behouden. In de nabije toekomst zullen dergelijke ontwikkelingen een steeds grotere rol gaan spelen binnen de gezondheidszorg. Het is daarom van belang deze innovaties in de thuissituatie in te bouwen in de huidige zorgsystemen. Denk aan ontwikkelingen op ICT-gebied en de optimalisatie van de samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Er zal nog meer samenhang en continuïteit tussen het ziekenhuis, de huisarts en de thuiszorgorganisaties moeten komen. Als verpleegkundig specialist in opleiding vind ik het een eer om een bijdrage te kunnen leveren aan deze nieuwe ontwikkelingen.

Plezier

De opleiding tot verpleegkundig specialist is tot nu toe erg leuk en intensief. De combinatie van werken, studeren en een gezin draaiende houden is soms pittig en vraagt om een strakke planning. Dit neemt het plezier zeker niet weg; ik geniet van de uitwisseling van ervaringen met mijn klasgenoten en collega-verpleegkundig specialisten in opleiding. De combinatie van werken en leren maakt dat ik mijn kennis direct in de praktijk kan toepassen en toetsen, dit houdt het vak levend en het pionieren binnen mijn vakgebied gemakkelijker. Ik hoop mij de komende twee jaar als verpleegkundig specialist te kunnen positioneren en hiermee een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van zorg binnen mijn vakgebied. 



Uit het hart

Patricia Vlasman (47), schrijfster van 'Openhartig, mijn leven met een haperend hart', heeft een hypertrofische cardiomyopathie en diastolisch hartfalen. Na vier ablaties, een HIS-ablatie en CRT-D belandt ze op de wachtlijst voor een donorhart. Op 28 oktober 2018 is ze succesvol getransplanteerd. In haar blogs voor Cordiaal beschrijft ze wat de verpleegkundige voor haar als chronisch hartpatiënt betekent.

Patricia Vlasman

E-mail: patriciavlasman@upcmail.nl

Goois matras

Ik bewonder mensen die uitkijken naar december. Die met het hele gezin de Nordmannspar optuigen, kreetjes van verrukking slaan bij het weerzien van glimmende kerstballen met op de achtergrond de geur van versgebakken koekjes en warme chocolademelk, vermengd met dennengeur. Op de televisie speelt de reclame van de Coca-Cola wintertruck, *Santa Claus is coming into town*.

Heel wat feestdagen heb ik een ziekenhuisbed doorgebracht. Als je kiest voor een baan in de zorg, weet je dat jij die dagen veelal ook op je werk doorbrengt. Ik heb wel eens van een verpleegkundige gehoord dat een aantal van hen al vroeg in het jaar aangeeft juist tijdens die dagen te willen werken. Ik verkeerde voorheen ook in een sector waar je ingeroosterd werd, en ook ik vond het fijn om juist dan aanwezig te zijn. Het reduceerde bij mij de stress van op tijd cadeaus kopen, boodschappen doen en een uitgebreid kerstmaal voor vrienden of familie voorbereiden. Een van de mooiste herinneringen die ik heb aan Kerstmis is mijn verblijf in een ziekenhuis in Blaricum. Ik had een dubbele longontsteking en er was een beddentekort in Amsterdam, waardoor ik als ras Amsterdamse met dito tongval op een Goois matras terecht kwam. De verpleegkundigen hadden de afdeling sfeervol versierd en op de radio vanuit de zusterpost klonken liedjes van Mariah Carey en Wham. Daags voor Kerst kwam de kok in hoogsteigen persoon de afdeling op om te horen wat wij die dagen zouden willen eten. De patiënten konden kiezen uit een aantal menu's, allemaal vers bereid. Ik koos voor een ouderwetse Hollandse hap met gestoofde peertjes en tutti frutti. Alleen al de gedachte aan dat eten maakte me gelukkig, want het waren de spijzen die ik als kind bij mijn grootouders at.

Samen met nog drie totaal verschillende patiënten vierde ik de feestdagen en op 31 december om middernacht proostten wij op het nieuwe jaar. Spa rood in witte plastic bekers, "Chin Chin, op een gezond Nieuwjaar!" Mensen die ik normaal gesproken nooit ontmoet zou hebben, laat staan een klik mee zou hebben gehad. Maar in een ziekenhuis

heb je medepatiënten niet voor het uitkiezen. Net zomin als je met iedere collega probleemloos door een deur past. Toch was het juist de variëteit aan mensen die de speciale sfeer maakte. De oude vrouw van 88 wier enige zoon in China woonde en die ze al twintig jaar niet meer gezien had, de vijftiger met COPD en hartklachten die iedere dag het halve woonwagenkamp op bezoek had en de wat schuwe aristocratische dame die tot onze grote verbazing over een geweldig arsenaal aan schuine moppen beschikte. En de verpleegkundigen, allemaal even zorgzaam als altijd, maar in plaats van thuis op de bank naar de Top 2000 of de Oudejaarsconferentie te kijken nu hier, te midden van ons patiënten, aftellen 10, 9, 8... om daarna direct het thuisfront te bellen.

"Dag lieverd, met mama. Gelukkig Nieuwjaar schatje, wat zeg je, is er mooi vuurwerk buiten? Mama hoort je niet zo goed, ben je er nog? Oh ja, mama hoort het ook. Wat knettert het zeg! Ga je naar buiten met papa? Ja, dat is goed. Wat? De sterretjes liggen op de kast in de hal. Onder de spiegel ja. Is papa daar? Kun je me even aan papa geven? Lieverd, mama verstaat je echt niet zo goed. Ik vroeg of papa... O, die is al met opa buiten. Ik..."

De verpleegkundige staart beduusd naar de telefoon in haar handen. Dan kijkt ze op en staren we elkaar aan. De zuster en ik. Beiden moeder. Beiden niet thuis, maar beiden samen.

Ik wens alle verpleegkundigen een heel gelukkig 2020 toe! 

Ede, 22 november 2019

CarVasZ

Afgelopen vrijdag 22 november vond het jaarlijkse CarVasZ-congres plaats in de Reehorst te Ede. Samen met een enthousiaste collega nam ik voor de eerste maal deel aan dit congres. In dit artikel doe ik verslag van de drie sessies die ik heb bijgewoond.

Voorafgaand aan het congres had ik het gevarieerde programma al bestudeerd. Het bleek nog best lastig om een keuze te maken uit de verschillende sessies, gezien het ruime maar vooral interessante aanbod. Je kon je inschrijven voor drie sessies en uiteindelijk heb ik gekozen voor onderwerpen die mij het meest aanspreken en aansluiten bij mijn dagelijkse praktijk. Aangekomen in Ede worden we enthousiast ontvangen door de organisatie. Compliment voor de locatie, aankleding en catering en het soepele verloop van een dergelijk groot landelijk congres. Natuurlijk is dit mijn eerste kennismaking met een 'groot' congres, maar de eerste indruk is heel prettig.

Tijdens het binnenstromen van alle deelnemers - dit jaar is het congres volledig uitverkocht - kan onder het genot van een kopje koffie of thee kennis worden gemaakt met medeprofessionals en kom je ook oud-collega's tegen of zelfs mensen die je nog kent van je studietijd. Leuk om met elkaar ervaringen uit te wisselen.

Tegelijk is er gelegenheid om bij verschillende stands informatie te krijgen van onder andere de vakbond, de Nederlandse Vereniging voor Hart- en Vaatverpleegkundigen (NVHV) en



Jolanda van Boven

de Hartstichting. Ook bij de stands van de leveranciers van AED en BLS kun je materiaal meekrijgen.

Opening

Tijdens de opening geeft juriste Jolanda van Boven (zie ook interview in Cordiaal 4, oktober 2019) een uiterst inspirerende lezing over haar ervaring met het gezondheidsrecht en de privacywetgeving. Met boeiende voorbeelden uit de praktijk weet ze met veel passie alle aanwezige deelnemers bij het onderwerp te betrekken. Na afloop verlaat ik enthousiast de zaal op weg naar de eerste sessie met een gevoel

Corine Bergkamp, verpleegkundige Cardiologie & Cardiothoracale chirurgie, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam

E-mail: c.bergkamp@amsterdamumc.nl

Fotografie: Paul Musters

van: "Als dit het niveau van de dag wordt, dan belooft het veel goeds". De vele deelnemers kunnen moeiteloos en gestructureerd hun weg vinden naar de verschillende sessies die tegelijk plaatsvinden.

Atriumfibrilleren

Het onderwerp van mijn eerste sessie is atriumfibrilleren. Dit is de meest voorkomende hartritmestoornis en de verwachting is dat in de komende jaren de patiëntengroep met deze stoornis alleen maar zal toenemen. Dit heeft te maken met het steeds ouder worden van de Nederlandse bevolking en daarnaast de professionalisering en verdere ontwikkeling van de behandeling van atriumfibrilleren. Verpleegkundig specialist in opleiding Linda Woestink en cardioloog/electrofysioloog Marcoen Scholten, beiden werkzaam in Medisch Spectrum Twente (MST), verzorgen de sessie. Na een boeiende uitleg over de verschillende behandelingen van atriumfibrilleren volgt informatie over de voor- en mogelijk ook nadelen van Ehealth, zoals smartwatch en apps. Het aanbod in Ehealth wordt steeds groter en meer geavanceerd en wij als professionals zullen vaker patiënten treffen die hier gebruik



van maken. Interessant om als zorgprofessional deze ontwikkelingen te volgen.

Niet pluis

Tijdens de tweede sessie neemt verpleegkundige/verplegingswetenschapper Gooske Douw ons enthousiast mee in haar promotieonderzoek met de titel “het niet pluis gevoel”. Het “niet pluis gevoel” is een belangrijk alarmsignaal dat zorgprofessionals allemaal herkennen. Belangrijk is hoe daar mee om te gaan. Hoe omschrijf je en hoe maak je concreet wat dit gevoel inhoudt? Naast de vele verpleegkundige EWS (early warning systems) of meetinstrumenten heeft Douw in samenwerking met collega's een nieuw en ander meetinstrument ontwikkeld dat gebruikt kan worden om het “niet pluis gevoel” concreet te maken, The Dutch Early-Nurse-Worry-Indicator-Score (DENWIS). Hiermee kunnen negen onderliggende indicatoren worden gescoord. Deze zijn: Verandering in ademhaling (1), verandering in circulatie (2), temperatuur (3), mentale verandering (4), agitatie (5), pijn (6), een niet verwacht verloop (7), patiënt geeft aan (8) en subjectieve observatie verpleegkundige (9). In het Ziekenhuis Gelderse Vallei is dit meetinstrument inmiddels geïmplementeerd.

Vervolgens vertelt Edgar Daeter, die als hart-longchirurg werkzaam is in het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein, over de inzet van een 3D-printer bij patiënten met een sternumectomie. Via een 3D-sternum kan de duur van de operatie worden verkort en de belasting voor de patiënt worden verminderd, waardoor herstel wordt bevorderd. De ontwikkeling op dit gebied zal zich de komende jaren verder uitbreiden.



Tommy Niessen

Angst

In de derde sessie die ik bezoek, geeft klinisch psycholoog Jorgen Knobel, werkzaam bij het OLVG te Amsterdam, uitleg over angst en paniek bij patiënten met atriumfibrilleren. In een onderzoek is naar voren gekomen dat patiënten met atriumfibrilleren voor en na behandeling (ablatie) paniekenmerken hebben. Voor zorgprofessionals is het goed om zich hiervan bewust te zijn en tijdens het contact met patiënten is het belangrijk om de angstgevoelens te normaliseren en te bevestigen. Een interessante sessie met bruikbare tips voor de praktijk.

Afsluiting

In de slotsessie is het woord aan Tommy Niessen, die blogt en vlogt over zijn werk in de zorg. Hij geeft aan dat de zorg de laatste tijd regelmatig negatief in het nieuws komt. Enthousiast en met humor vertelt hij over zijn werk in de ouderenzorg. Met filmpjes en diverse voorbeelden deelt hij zijn ervaringen met het publiek.

Als boodschap geeft hij mee om “ons mooie werk” wat vaker positief te delen en daar ben ik het wel mee eens. Ook ik betrap mezelf er regelmatig op dat ik verval in ‘klagen’ over de werkdruk en zorgzwaarte. De zorg komt in de media vaak negatief in beeld en daar praat je dan met elkaar over en bevestigt dit beeld.

Hoe zonde die negatieve energie! Ik ben nog niet zo lang werkzaam in de zorg, maar ik ben echt blij dat ik een aantal jaar geleden deze carrièreswitch heb gemaakt en ik ga dagelijks met veel plezier naar mijn werk. Sommige diensten zijn zeker zwaar, druk en heftig, maar ze brengen ook veel goeds en elke dag is weer anders.

Door de deelname aan CarVasZ heb ik nieuwe inspiratie opgedaan, leuke mensen uit het zelfde werkveld ontmoet en handvatten meegekregen om toe te passen in de dagelijkse praktijk. Een mooi, geslaagd congres en volgend jaar hoop ik weer van de partij te zijn! ❤️



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

In deze aflevering vertelt Lammert van Rijssen, verpleegkundige Interventie Cardiologie Meander MC te Amersfoort over zijn carrière en dagelijkse werkzaamheden.



Hoe ben je in het vak van verpleegkundige gerold?

Na mijn diplomering als HBO-V verpleegkundige in 1992 was er een overschot aan verpleegkundigen en heb ik maanden gesolliciteerd. Bij de 75^{ste} brief was het raak en kwam ik op de hartcatheterisatiekamer (HCK). Dat was toen nog een diagnostische kamer waar alleen cathete-

risaties, pacemakerimplantaties en pericardpuncties werden gedaan. In 1995 ben ik in de weekends verplegingswetenschappen gaan studeren in Maastricht. Doordeweeks werkte ik op een nieuwe afdeling voor kort verblijf cardiologie. Daar kwamen patiënten voor coronair angiogram (CAG) en andere kleine ingrepen in combinatie met een eerste harthulp. Na afronding van de studie kon ik beginnen als docent op de HBO-V. Geweldig om mee te werken aan de vorming van nieuwe collega's, maar de onderwijsvorm paste niet bij mij. Ik ontdekte dat ik meer specialist dan generalist ben. Ik ben weer teruggegaan naar de HCK, waar werd begonnen met de voorbereiding om percutane coronaire interventies (PCI) uit te voeren.

Heb je ook nog andere verpleegkundige taken?

Jazeker, ik ben het aanspreekpunt voor het researchbureau en collega's als er studies binnen de HCK worden uitgevoerd. Ik zorg voor werklijsten en communicatie tussen de research en ons team en regel praktische zaken om de studie goed te doorlopen. Daarnaast geef ik klinische lessen aan verpleegafdelingen, afdeling hartfunctie en andere afdelingen over het werk op de HCK, vooral over de procedures. Verder begeleid ik nieuwe collega's en studenten. Ook ben ik gastdocent bij de opleiding voor Bachelor Medische Hulpverlening (BMH) op de hogeschool Arnhem-Nijmegen en geef ik les in de cardiologie wat betreft de diagnostische en interventie HCK. Het is een leuke combinatie, want het houdt me scherp in mijn dagelijkse

werkzaamheden en motiveert me om na te denken over handelingen die we 'al jaren zo doen'.

Waar zit voor jou de uitdaging in?

Het is een heel interessant vak, waarin veel aspecten samenkomen. De begeleiding van en aandacht voor de patiënt tijdens de procedures vind ik erg belangrijk. Het zijn essentiële momenten waarop je de patiënt wilt geruststellen, want onrust en angst spelen een grote rol.

Je wilt het de patiënt zo comfortabel mogelijk te maken. Daarnaast is het technische aspect interessant; je assisteert de cardioloog, werkt met fijne materialen en ziet direct resultaat. Je moet altijd alert zijn, want het brengt ook risico's met zich mee. Het meedenken en vooruit denken bieden uitdaging en voldoening. Ik vind het lastig om uit te leggen wat een HCK precies is, al moet dat wel om mensen te enthousiasmeren voor het vak. Studenten, verpleegkundigen en de nieuwe stroom BMH-ers kunnen zich moeilijk een voorstelling maken van het werk. De HCK is toch wel een eilandje. Beroepsverenigingen zouden hier best nog een rol in kunnen spelen.

Hoe zie jij de combibaan HCK-CCU?

Op de HCK gaat het in eerste instantie om vaardigheden en het op elkaar kunnen inspelen. Dit moet je blijven oefenen, zodat je in acute situaties direct kunt handelen en doen wat er van je verwacht wordt. Door parttime werken of door een combibaan kan dat wel eens in het gedrang komen. Tegelijk wil de jonge garde ook graag verder kijken dan alleen de HCK. Door jongere collega's de mogelijkheid te bieden om zowel een CCU- als interventieopleiding te volgen, worden arbeids- en toekomstmogelijkheden beter. Op deze manier kun je ook beide afdelingen laten profiteren, wat niet onbelangrijk is gezien de vele personeelstekorten. De vraag is alleen hoe je dit werkbaar maakt op de vloer. Een praktische mogelijkheid is om per maand te wisselen van afdeling.

Door veroudering onder het personeel komen de bereikbaarheidsdiensten voor deze groep te vervallen, waardoor er meer druk komt op het overige personeel bij de verdeling van diensten. Het is dus wenselijk om een combinatietraject aan te bieden, maar ook om BMH-ers in te zetten, waardoor je de dienstbelasting weer omlaag brengt. Je moet juist jonge mensen enthousiast maken voor de HCK. 

Redactioneel

Kwaliteit in de zorg, maart/5
Toekomstperspectief, mei/41
Vernieuwingen en verbeteringen, juli/77
Ain't no mountain high enough, oktober/113
Kansen en mogelijkheden, december/149

Hoofdartikel

Scholing en deskundigheidsbevordering:
Regelgeving, facilitering en financiering,
maart/6
Leven met twee harten, in gesprek met Willem
Bavinck, mei/42
Een cardiale aandoening en deelname aan het
gemotoriseerd verkeer, juli/78
In gesprek met Jolanda van Boven: "Ik wil
mensen het plezier van regels laten zien",
oktober/114
Angina pectoris zonder obstructief coronair-
lijden: december/150

Artikelen

Maart

CRUCIAL-TRIAL: nieuwe landelijke Allopurinol
studie, 20
Evidence Based Practice in de verpleegkundige
praktijk, 10
Change@home biedt patiënten ziekenhuiszorg
thuis, 14
Een kennismaking met ARREST: Onderzoek dat
levens redt, 16

Mei

Chyllothorax: Oorzaken, verloop en behandeling,
48
Voordelen van iFR-meting voor de patiënt, 46
Ins en outs van non-invasieve vaatdiagnostiek, 56
Zorg op maat voor TAVI-patiënten in
Radboudumc, 66
Het gebruik van een checklist in de
verpleegkundige zorg, 52

Juli

Onderzoek naar effect van geïllustreerd
ontslagkaart bij cardiothoracale chirurgische
patiënt, 92
Rol van hartlongmachine bij reanimatie, 98
Opnamereisgids voor hartoperatiepatiënten, 82
eHealth bij volwassen patiënten met een
aangeboren hartafwijking, 88

Oktober

Technologie en human touch, 122
Syncope, wat moeten we hiermee? Een gerichte
greep uit de huidige Europese richtlijn, 134
CAT: Onderzoek naar gewenste duur van
hartbewaking, 118
Duidelijk zich op cardiac output, een 'must' op
de CCU? Onderzoek naar het gebruik van
ClearSight, 126

December

Therapieontrouw bij jongeren na
harttransplantatie, 154
Zes jaar ICD App: wat hebben we geleerd?, 164
Richtlijn cardiovasculair risicomanagement
maakt meer eigen regie mogelijk, 160
Nazorggesprekken voor nabestaanden door
zorgverleners, 168

Rubriek: Openhartig

Leontine Wentrup, Verpleegkundig Specialist in
opleiding, maart/23
Anja Brunsveld-Reinders, Adviseur kwaliteit in
het LUMC, mei/64
Juil Rijkschroeff, Medisch Maatschappelijk Werker
in het ErasmusMC Rotterdam, juli/104
Yvette Henstra, Verpleegkundig Specialist
vasculaire geneeskunde in het OLVG,
oktober/140
Lammert van Rijssen, verpleegkundige
Interventie Cardiologie Meander MC te
Amersfoort, december/176

Rubriek: Hartlopend

NobleStitch, Agnites Vrolikprijs, Robot bij
hartoperaties, maart/13
Nieuwe richtlijn voor het voorkomen van hart-
en vaatziekten en Hartklep voor patiënten
met een hoog risico, mei/69
"Wait and see"; risicocalculator; vrouwen
slechter af na hartstilstand buiten ziekenhuis,
juli/87
Over dosering medicijnen voor vrouwen en het
LIFE-CVD-model, oktober/121
Over de COACT-studie en slagaderverkalking
door verstoring dag-nacht ritme,
december/167

Rubriek: Opfriscursus

Pulmonale hypertensie, maart/24
Spontane coronaire arterie dissectie, mei/60
De verschillende ingrepen van de cardiothoracale
chirurgie, juli/96
Ajmaline test bij verdenking Brugada-syndroom,
oktober/138
Boezemfibrilleren, december/157

Rubriek: Nieuwsflits

maart/28, mei/50, oktober/120, december/166

Rubriek: Uit de praktijk

Zijn 'anker', maart/31
Dynamisch afdeling Cardiologie, mei/55
Keten zorg voor hartfalenpatiënten, juli/102
De veelzijdigheid van de afdeling Cardiologie,
oktober/133
Pionier op de hartfalenpolikliniek, december/172

Rubriek: Uit het hart (blog)

Donorhart, maart/29
Tanden poetsen, mei/63
Loslaten, juli/105
Bodycrème, oktober/141
Goois matras, december/173

Rubriek: Kinderhart in beeld

Wat verklapt de thoraxfoto? Mei/65

Congressen

Hartfalen, van begin tot eind, maart/32
Behandeling hartfalen vraagt om
multidisciplinaire aanpak, mei/51
Euro Heart Care 2019 te Milaan, juli/103
CarVasZ 2019, december/174

Verenigingsnieuws

Maart/34, mei/70, juli/106, oktober/142,
december/178

Auteurs

Maart

Sascha Vogelsang van Lieshout, 5 & 23
Maja Haanskorf, Mandy Perdijk, 6
Anja H. Brunsveld-Reinders, 10
Bianke Buursma, 14
Remy Stieglis, Sanne Brands, Steffie Beesems, 16
Raymond Stegeman, Nathalie Claessens, Koos
Jansen, Hans Breur, Manon Benders, 20
Rianne de Bruin-Bon, 24
Patricia Vlasman, 29
Rianne Hofmann, 31
Karlijn van der Haven, 32
Patricia Ninaber, 34

Mei

Mandy Perdijk, 41 & 51
Lian Dievelaar-Oomen, 42
Symara Berkhoff, 46
Danielle van der Bas, 48
Anja H. Brunsveld-Reinders, 52
Else Jonker, 55
Rudi de Munck, 56
Eveline Schouten-Hendriks, 60
Patricia Vlasman, 63
Kees van Lent, 64
Ingmar Knobbe, 65
Kim van Miert, Eveline Knooke, 66
Patricia Ninaber, 70

Juli

Wim Janssen, 77
Ronald Vermunicht, 78
Marjolein Lust, Toon Winkelman, Martin van
der Gaag, 82
Dirkjan Kauw, 88
Anneloes Munnik, 92
Amber den Bakker, Yvonne Molema, Stefanie van
Oostrum, 96
Johan Lindhout, 98
Natasja van der Winden, 102
Marjolein Snaterse, 103
Sanne Betist, 104
Patricia Vlasman, 105
Patricia Ninaber, 106

Oktober

Margje Brummel-Vermeulen, 113
Maja Haanskorf, 114
Maaike Weers, 118
Inger Abma, Lisette Baltussen, Stijn Wouters, 122
Chantal van der Heijden, 126
Saskia Waasdorp, Patricia van der Jagt, 133
Geert Hengstma, 134
Sascha Vogelsang van Lieshout, 138
Esther de Haan, 140
Patricia Vlasman, 141
Patricia Ninaber, 142

December

Leonie Caesar, 149
Mariëtte Hartzema-Meijer, Suzette Elias-Smale, 150
Doraya Haarmans, 154
Martijn Kampshoff, 164
Jeroen Smits, 157
Anne-Margreet Strijbis, 160
Wilma Derks, 168
Patricia Vlasman, 173
Dewy Portie, 176
Aagje Noordhuizen, 172
Corine Bergkamp, 174
Patricia Ninaber, 178

Berichten van het NVHVV-bestuur

Patricia Ninaber, voorzitter NVHVV

E-mail: voorzitter@nvhvv.nl



Zoals ieder jaar heeft de NVHVV ook dit jaar weer het CarVasZ-congres georganiseerd. Het vond plaats op 22 november in de Reehorst te Ede. Het aantal deelnemers vertoonde opnieuw een stijgende lijn. De inschrijving voor deelname aan het congres werd dit jaar zelfs voor de eerste keer gesloten, omdat we het maximale aantal inschrijvingen hadden bereikt van zeshonderd deelnemers. Het congres was een groot succes met veel boeiende sprekers.

Jolanda van Boven belichtte in de openingssessie de juridische kant van het thema van CarVasZ: 'Hier klopt

iets niet'. In haar rede ging ze onder andere in op het belang van een goede rapportage. Alleen met een goede dossiervorming kun je als professional verantwoording afleggen en er zorg voor dragen dat "het wel klopt". Tommie Niessen, verpleegkundige, schrijver en blogger, sloot CarVasZ af. In zijn bijdrage liet hij de mooie kant van de zorg zien; hij benadrukte hoe belangrijk de nabijheid van de professional is, als iemand op zijn kwetsbaarst is. Hij illustreerde dit afwisselend met anekdotes en vlogs. Graag wil ik de congrescommissie onder leiding van Margje Brummel-Vermeulen en Gerlinde Mulder nogmaals bedanken voor de goede organisatie van dit mooie congres.

Overdracht

Inmiddels zit mijn termijn van twee jaar als voorzitter van de NVHVV er al weer op. Tijdens de ALV op 12 december draag ik met vol vertrouwen de voorzittershamer over aan Gerlinde Mulder. Ik kijk met veel plezier terug op een mooie, intensieve

en leerzame periode, waarin ik een enorme betrokkenheid heb mogen ervaren van vele actieve leden. Met hard en ziel zetten zij zich in om van de NVHVV een professionele beroepsvereniging te maken en invulling te geven aan onze missie. De beroepsvereniging kan op deze wijze professionals aan zich binden en hen boeien voor de cardiovasculaire zorg.

Het was een hele eer om voorzitter te zijn van de NVHVV en de vereniging te mogen vertegenwoordigen. Ik wens mijn opvolgster Gerlinde veel succes en vooral veel plezier toe in haar nieuwe functie!

Alle leden van de NVHVV wens ik fijne feestdagen en een mooi nieuw jaar vol vreugde, vriendschap, gezondheid en geluk.

Kortom, een schitterend, sprankelend en boeiend 2020!

Ik hoop u in de nabije toekomst tegen te komen op een van onze activiteiten,

Patricia Ninaber

-advertentie-

Jouw beroepsorganisatie & NU'91

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

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

Schrijf je direct in!

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

€ 6,80
per maand

www.nu91.nl/leden

nu'91 werkt voor
DE ZORG



Programma 2020

- 21 januari** **CNE werkgroepen Interventiecardiologie en Acute Cardiale Zorg**
"Welke route volgt de acute interventie patiënt als de weg versperd is?"
- 10 maart** **CNE werkgroep Vasculaire Zorg**
"Capita Selecta Vasculair"
- 10 maart** **CNE werkgroep Congenitale Cardiologie**
"Hart in (re)actie"
- 24 maart** **CNE werkgroepen Hartfalen en ICD-begeleiding & Elektrofysiologie**
"Behandeling hartfalen: van devices tot palliatieve zorg"
Inrichting van de hartfalenpoli, medicamenteuze behandeling a.d.h.v. casuïstiek, CRT-D tot in de detail en palliatieve zorg vanuit verschillende centra
- 7 april** **CNE werkgroepen Cardio Thoracale Chirurgie en Atriumfibrilleren**
"Maze? Terug bij AF!"
- 22 september** **CNE werkgroep Vasculaire Zorg**
"Perifeer arterieel vaatlijden: van diagnose tot behandeling"

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

Congressen en scholingen 2019 - 2020

17 december en meer data
 Basisopleiding kwaliteitsmanagement
 Ogive

16 januari
 Congres: Preopname voorbereiden is
 beter dan genezen!
 Hogeschool Utrecht

6 februari
 The 7th "Utrecht Sessions" for
 Congenital Heart Disease. Aortic
 Anomalies
 UMC Utrecht, afd. kinderlongziekten

21 maart
 NHV Jaarcongres 2020 –
 Het getrainde hart
 Roijé Congressen

E-learning

- Online WMO/GCP-training
 - WMO/GCP- en BROK-herregistratie
- www.gpccentral.com

Voor deze scholingsactiviteiten is accreditatie aangevraagd bij de NVHVV.



Hét congres voor de
Cardio Vasculaire Zorg



#carvasznl

www.carvasz.nl



Hart voor de zorg, zorg voor het Hart

VRIJDAG 20 NOVEMBER 2020, REEHORST EDE