

VAV- methode helpt hartpatiënten te stoppen met roken

Citation for published version (APA):

Hotting, C., Berndt, N. C., Lechner, L., Mudde, A. N., de Vries, H., Segaar, D., & Bolman, C. A. W. (2013). VAV-methode helpt hartpatiënten te stoppen met roken. *Cordiaal*, 34(1), 24-29.

Document status and date:

Published: 01/01/2013

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

<https://www.ou.nl/taverne-agreement>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

pure-support@ou.nl

providing details and we will investigate your claim.

Downloaded from <https://research.ou.nl/> on date: 15 Feb. 2023

Open Universiteit
www.ou.nl



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HART EN VAAT VERPLEEGKUNDIGEN

1

2013

Tien jaar Camaro

ICD en angst

ACS bij vrouwen

Vervroegd ontslag na PCI

VAV-methode bij stoppen met roken

Patiëntveiligheid en cardiologische zorg

CORDIAAL

JAARGANG 34, MAART 2013

inhoud

Pagina 3

Expert
Hildelies van Oel

Pagina 4

Interview - Tien jaar Vraag & Antwoord door Camaro
Hildelies van Oel, Maja Haanskorf

Pagina 7

Vraag en Antwoord: Een 44-jarige patiënt met een out of hospital cardiac arrest
Cyril Camaro

Pagina 8

Onderzoek naar ICD en angst in Gemini-ziekenhuis
Cobi Kroese

Pagina 14

Wat weten we van ACS bij vrouwen?
Maartje van Boxtel, Dannis Kroes, Mieke Bremer, Anneke Mocking

Pagina 17

Vraag en Antwoord: Een 44-jarige patiënt met een out of hospital cardiac arrest
Cyril Camaro

Pagina 18

Veiligheid vervroegd ontslag na poliklinische PCI
Mieke van Duinen

Pagina 23

Openhartig met ICD-technicus Rik Jansen
Cobi Kroese

Pagina 24

VAV-methode helpt hartpatiënten te stoppen met roken
Cor Hotting, Nadine Berndt, Lilian Lechner, Aart Mudde, Hein de Vries, Dewi Segaar, Catherine Bolman

Pagina 30

Patiëntveiligheid en cardiologische zorg
Anne-Geert van Driel

Pagina 32

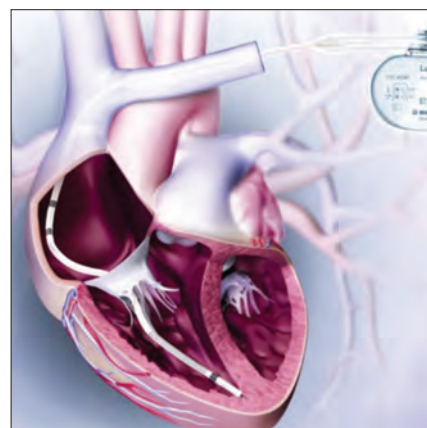
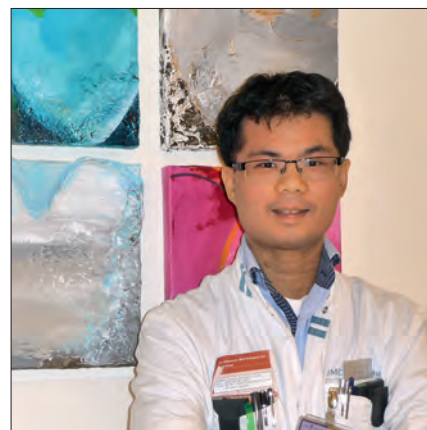
Hartruis
Hildelies van Oel

Pagina 33

Werkgroep Atriumfibrilleren
Paul Musters

Pagina 34

Verenigingsnieuws en agenda



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

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

Redactie

Hildelies van Oel, Erasmus MC, Rotterdam
(hoofdredacteur)
Anne Geert van Driel,
Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht,
Cobi Kroese, Zorgbalans, Haarlem
Aletta van der Veen,
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
Margje Vermeulen, UMC, Utrecht

Eindredactie

Maja Haanskorf, Journalistiek - Redactie - Teksten

Vormgeving

Bert Hoogeveen,
HGVB Fotografie en Grafische Vormgeving

Omslagfoto

Maja Haanskorf

Advertentie-exploitatie

Cross Advertising
Tel: 010-742 10 23

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

Redactieraad

Ron Bakker (VU medisch centrum, Amsterdam)
Margje Vermeulen. (Werkgroep Interventivecardiologie)
Marjan Aertsen (Werkgroep Hartfalen)
Anne-Margreet van Dishoeck
(Werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek)
Toon Hermans (Werkgroep Atrium fibrilleren)
Toon Hermans (Werkgroep Communicatie)
Debbie ten Cate (Werkgroep Congressen)
Mieke Brill (Werkgroep Thoraxchirurgie)
Jan Koppes (Werkgroep Hartrevalidatie)
Anita Veldt (Werkgroep Vasculaire Zorg)
Vacant (Werkgroep Acute Cardiale Zorg)
Annette de Meijer (Werkgroep ICD-begeleiders)

Redactiesecretariaat (NVHV-bureau)

Mechtild Stavenuiter
Postbus 2087, 3440 DB Woerden
Tel. 0348-446638
Email: secretariaat@nvhv.nl
Website: www.nvhv.nl

Abonnementen

Het NVHV-lidmaatschap is een voorwaarde voor het ontvangen van Cordiaal. Lidmaatschap kost €52,- per jaar, kan elk gewenst moment ingaan en wordt ieder jaar automatisch verlengd. Nieuwe leden kunnen vanaf 2013 alleen via een automatische incasso betalen tegen het gereduceerde tarief van €50,- per jaar. Beëindiging van het lidmaatschap kan slechts geschieden tegen het einde van het kalenderjaar.

Hiervoor dient u per e-mail naar secretariaat@nvhv.nl op te zeggen, met inachtneming van een opzeggingstermijn van ten minste vier weken (dus uiterlijk eind november).

Instellingen die Cordiaal willen ontvangen, betalen €82,- per jaar. De opzeggingstermijn van een instellingsabonnement bedraagt 3 maanden en kan op elk gewenst moment worden aangegeven via een mail naar secretariaat@nvhv.nl. Raadpleeg voor meer informatie de website van de NVHV.

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

Adreswijzigingen

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

Auteursrecht

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

NVHV - sponsor



Expert

Met de term 'expert' wordt een deskundig persoon in een vakgebied aangeduid. Het woord komt uit het Latijn: expertus betekent 'ervaren, beproefd, bewezen, deugdelijk'. Een expert wordt geacht veel kennis en ervaring te hebben op een bepaald terrein. Een expert kan als deskundige geraadpleegd worden door een ander, bijvoorbeeld een particulier of een organisatie. Zo bent u, lezers, allemaal expert binnen uw vakgebied. U heeft meer of minder ervaring binnen de cardiovasculaire zorg en bewezen betrokkenheid bij de patiëntengroep. Als verpleegkundige op een verpleegafdeling heeft u een andere expertise dan een verpleegkundige die werkzaam is op een hartbewaking of polikliniek. En het verschilt natuurlijk ook per functie. Bent u betrokken bij de directe patiëntenzorg of juist bij opleiding en kwaliteitszorg, management of functieafdeling.

De NVHV maakt graag gebruik van de expertise van mensen zoals u. Daarom zijn er ook verschillende werkgroepen waarin onze leden samenwerken en zich verbonden voelen, omdat ze bijvoorbeeld betrokken zijn bij dezelfde patiëntencategorie. Verpleegkundig specialisten zijn binnen de NVHV niet specifiek verenigd en dat lijkt ook niet nodig of gewenst. Alleen op het gebied van scholing lijken zij wel behoefte te hebben aan specifieke onderwerpen die aansluiten bij hun opleiding en bij het feit dat ze ook individueel en zelfstandig patiënten behandelen. In deze Cordiaal staat daarom een oproep voor een nieuw op te richten expertgroep voor verpleegkundig specialisten. In de rubriek 'Hartruis' is er aandacht voor de notitie 'Taakherschikking in het hart van de zorg' van de NVVC. De opstellers van deze notitie nemen het initiatief om tot een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden te komen tussen verpleegkundig specialisten, physician assistants en cardiologen.



Er komen in deze Cordiaal meer experts aan bod. Zo interviewde de redactie Cyril Camaro, cardioloog UMC St Radboud te Nijmegen. Al bijna tien jaar deelt hij zijn expertise op het gebied van ECG's en acute cardiologie met ons in de rubriek 'Vraag en Antwoord.' In een interview met hem leest u meer over wat hem boeit en hoe hij iedere keer weer interessante casussen verzamelt en vragen bedenkt. Verder in deze Cordiaal vertellen deskundigen over de uitkomsten van onderzoeken naar het kennisniveau van CCU-verpleegkundigen op het gebied van ACS bij vrouwen, de implementatie van stoppen-met-roken begeleiding, angst bij ICD en de veiligheid van vervoegd ontslag na een ongecompliceerde percutane coronaire interventie in een poliklinische setting. In het artikel 'patiëntveiligheid' leest u over het VMS-project dat eind 2012 is afgerond.

Voor de recent gestarte rubriek 'Openhartig' ging Cobi Kroese weer op pad. Dit keer sprak ze met een expert op het gebied van pacemakers. In de rubriek 'Werkgroepen' vertelt Paul Musters meer over de ontwikkelingen rond atriumfibrilleren. Tip: Lees ook de oproepen, schrijf u in voor komende congressen en ga op 1 september naar dat fantastische cardiologenconcert in het Concertgebouw.

Hildelies van Oel

De rubriek 'Vraag en Antwoord' in Cordiaal gaat zijn tiende jaar in. Geen beter moment voor een gesprek met de bedenker van al die casussen, Cyril Camaro.

Wie is hij, waar bestaat zijn dagelijkse werk uit, wat drijft hem en hoe houdt hij de rubriek al die jaren levendig en bij de tijd? De redactie ging naar Nijmegen om een antwoord te vinden op deze vragen.

Hildelies van Oel, hoofdredacteur en regie-verpleegkundige ICCU Erasmus MC, Rotterdam.

Maja Haanskorf, eindredacteur, freelance journalist en tekstschrijver

E-mail: h.vanoel@erasmusmc.nl

'Ik ben geen wetenschapper pur sang'

Tien jaar Vraag & Antwoord door Camaro

We spreken met Cyril Camaro (34) in het UMC St Radboud te Nijmegen, waar hij werkzaam is als medisch coördinator Eerste Hart Hulp (EHH) en als fellow interventiecardiologie. In dit ziekenhuis is oud en nieuw overal met elkaar verbonden en mooie kunst en bewegwijzering wisselen elkaar af in de lange gangen. We moeten even zoeken voor we Cyril vinden. Zijn kamer bevindt zich, net als die van andere stafleden cardiologie, in een gang in het oude gedeelte van het ziekenhuis. Hij heeft zich voorbereid. Op zijn bureau ligt een map klaar waarin hij ECG's verzamelt. "Die gebruik ik voor scholingen, lezingen op congressen zoals CarVasZ en op ECG-trainingen en dus ook voor Cordiaal." Met een paar muisklikken tovert hij zijn eerste bijdrage voor Cordiaal op zijn computerscherm. "Ik bewaar sowieso alles digitaal, ook hele edities van Cordiaal." Ook zonder deze geheugensteun blijkt Cyril zich moeiteloos alle 46 casussen die hij tot nu toe in de rubriek 'Vraag en Antwoord' heeft beschreven, te herinneren. "Er is geen enkele dubbeling geweest, dat weet ik zeker", zegt hij stellig.

We komen er nog op terug. Maar eerst willen we weten hoe hij in het vak van cardioloog is terechtgekomen. "Na de middelbare school werd ik ingeloot voor geneeskunde en daarmee viel mijn tweede keuze, scheikunde, af. Ik ben blij dat het geneeskunde is geworden, want werken met mensen, de persoonlijke contacten en de mogelijkheid om echt iets te kunnen bijdragen aan hun behandeling passen bij mij." Na zijn studie geneeskunde en een periode waarin hij werkzaam is als AGNIO in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen) volgt de speci-



Behandeltkamer EHH

foto Hildelies van Oel

alisatie tot cardioloog. Eerst in het Jeroen Bosch Ziekenhuis (s Hertogenbosch) en daarna in het Rijnstate Ziekenhuis (Arnhem), om zijn opleiding in 2011 af te ronden in het UMC St Radboud. "De cardiologie als specialisme is breed en interessant, maar je moet keuzes maken", meent hij. "Ik heb gekozen voor de acute cardiologie en bekwaam me nu als fellow verder in de interventiecardiologie. Daarmee hoop ik in 2013 klaar te zijn en dan is de cirkel rond." Want dat is wat hem vooral aanspreekt, het volgen van het hele traject. "Op de EHH beoordeel ik de patiënt, voer ik de diagnostiek uit en kan ik vaak zelf de patiënt behandelen of een behandelplan inzetten. Dat is ook voor de patiënt prettig, dat hij niet steeds wordt overgeplaatst naar een andere afdeling. Je blijft bij de patiënt."

Excellent

De afdeling cardiologie van het Radboud heeft alles in huis om hoogwaardige cardiale zorg te leveren. "Onder leiding van Menko-Jan de Boer, hoogleraar cardiologie en hoofd van de afdeling cardiologie, moet het Radboud regionaal en ook landelijk excelleren. In 2011 heeft hij de patiëntenzorg al een extra impuls gegeven met de opening van de EHH. Ik ben toen aangesteld als medisch coördinator", vertelt Cyril. "Ook op wetenschappelijk niveau moet het Radboud op de kaart komen. Zo zijn er meer onderzoeklijnen uitgezet en zijn er vooraanstaande experts zoals Angela Maas, hoogleraar cardiologie voor vrouwen, aangesteld. In feite gaat het om het hele scala van zorg, onderzoek en opleiding."

Dit streven van het Radboud uit zich

ook in de vele aandachtsgebieden. “Zowel de interventiecardiologie als elektrofysiologie beschikken over alle mogelijkheden om topklinische zorg aan te bieden, zoals percutane klepimplantaties, maar ook ablaties (waaronder pulmonaalvene isolatie bij AF met behulp van cryo-ablatie), IABP en Impella. Daarnaast is er post-reanimatiezorg, waarbij patiënten worden opgenomen op de IC en volgens de meest recente richtlijnen gedurende 24 uur worden gekoeld en verder behandeld.”

Management

Als medisch coördinator van de EHH heeft Cyril ook te maken met de bedrijfsmatige kanten van het vak. “In je opleiding leer je dat niet, dat is wel een gemis. Overleg voeren, de belangen behartigen van de afdeling cardiologie, de samenwerking met verschillende disciplines en de omgang met politieke aspecten horen bij het werk. Ik vind het soms lastig, maar ook boeiend.” De tendens dat steeds vaker binnen de gezondheidszorg managers aan het hoofd staan die geen enkele binding hebben met het werkkterrein, herkent hij. “Vroeger stond er altijd een geneesheer-directeur aan het hoofd. Nu zijn het vaak managers pur sang, zonder link naar de praktijk. De een pikt het sneller op dan de ander. Ideaal zou zijn om beiden in een team te hebben. Dat is hier in het Radboud aardig geregeld. Wij hebben hier naast De Boer, die interventiecardioloog is, niet alleen een bedrijfsleider maar ook een arts / manager. Zo is er een mooie brug tussen de zorg en financiën.”

De cardiologie als specialisme is breed en interessant, maar je moet keuzes maken

Rondleiding

Vol trots leidt Cyril ons rond op de EHH en de CCU. Het ziet er allemaal mooi en ruim uit en omdat de afdelingen op dezelfde verdieping naast elkaar liggen, is het ook heel praktisch. Als een patiënt moet worden gekatheteriseerd en vervolgens op de CCU wordt nabewaakt, hoeft hij niet door het hele ziekenhuis te worden vervoerd. Vanuit de EHH wordt de



De 'Hartenmuur' verbindt EHH met Interventiekamers en CCU foto Hildelies van Oel

patiënt rechtstreeks de interventiekamer opgereden en de CCU is om de hoek. De EHH beschikt bovendien over behandelstoelen en ruime behandelkamers met alle benodigde apparatuur en materialen binnen handbereik. Cyril beaamt dat dit prettig werkt. Een team van verpleegkundigen rouleert op de EHH en CCU. “Dat maakt het werk afwisselend en uitdagend.”

In 2012 heeft de EHH zo'n 3000 patiënten opgenomen en er is een stijgende lijn. “Om in te kunnen spelen op deze ontwikkelingen, verhuist de EHH naar een locatie op de spoedei-

de cardioloog in gang worden gezet. Dat sluit aan bij de patiëntgerichte aanpak van de EHH.”

Promotie

Cyril neemt uitgebreid de tijd om ons te woord te staan. Bijzonder, want deze cardioloog werkt gemiddeld 60-70 uur per week. Hij draait supervisie-diensten op de EHH en diensten als fellow interventiecardiologie, is medisch coördinator EHH en heeft ook onderwistaken. En dan vindt hij het ook nog eens leuk om elders kennis over te dragen. “Regelmatig word ik gevraagd te spreken op congressen en scholingsbijeenkomsten. De onderwerpen en doelgroepen wisselen van wetenschappelijke presentaties voor collega cardiologen tot praktijkgerelateerde onderwerpen voor verpleegkundigen en huisartsen. Dat is net als in de Cordiaal van belang, om casussen te bespreken die gerelateerd zijn aan de praktijk.”

Dit alles combineert hij met de volle agenda van zijn vriendin die in opleiding is tot internist hematoloog en met zijn promotieonderzoek. “Dat laatste vind ik ook vanzelfsprekend als je in een academisch ziekenhuis werkt.” Hoeveel tijd heeft hij daarvoor ter beschikking? “Tja, ik probeer er een dag per week voor vrij te maken,

maar in de praktijk komt het neer op avonden en weekenden. Ik krijg wel een langere periode de tijd voor mijn onderzoek. De titel heb ik al: 'Evaluatie en behandelstrategieën bij patiënten met een acuut Coronair Syndroom'. Sinds de opening van de EHH in 2011 registreer ik de data van alle patiënten met betrekking tot risicostratificatie, soort diagnostiek en behandeling, eventuele heropname en vervolgbehandeling. Het is interessant, omdat dit laat zien wat de meerwaarde is van de EHH en het toetst meteen de kwaliteit. Ik hoop in 2017 het onderzoek af te ronden."

Format

Terug naar zijn rubriek in Cordiaal. Hoe is die eigenlijk ontstaan? "Tien jaar geleden zag ik de Cordiaal en besloot ik om een casus in te sturen ter beoordeling voor publicatie. Die ging over een patiënt met een acuut onderwandinfarct. De redactie was zo enthousiast over het format van een casus met vragen en verderop in het blad de antwoorden, dat dit het begin was van een langdurige samenwerking." Hij weet precies welke onderwerpen hij heeft behandeld en welke vragen hij daarbij heeft gesteld. "Alle casussen komen uit mijn eigen praktijk. Tijdens overdrachten hoor ik regelmatig interessante gevallen. Dan noteer ik naam en opnamenummer en kan ik later op zoek gaan naar de gegevens van de ECG's om er een verhaal voor Cordiaal van te maken", wijst hij naar de vele memo's die op zijn computer zijn geplakt. Daarboven aan de muur prijkt het schema met deadlines voor Cordiaal. Daardoor moet het komen dat hij nog nooit een deadline heeft overschreden.

*Ik heb nog stof voor jaren,
want iedere casus is weer anders*

Boodschap

"Iedere rubriek kost me zeker een aantal uren. De meeste tijd zit in het zoeken van materiaal, het inscannen van filmpjes en het schrijven van de tekst. Het verhaal is niet moeilijk, want dat haal ik uit het patiëntendossier. Het bedenken van vragen kost meer tijd;




Cyril Camaro, Medisch Coördinator EHH

foto Maja Haanskorf

wat is interessant om te leren? Bij iedere casus bedenk ik welke 'take home message' ik wil meegeven aan de professionals die deze patiënten zien. De antwoorden heb ik altijd wel

met Ron Bakker en Toon Hermans (NVHVV) stelt hij het beeld en/of geluidsmateriaal samen die op de website van de NVHVV worden gezet.

Een anekdote wil hij nog wel kwijt, want "ik heb geen geheimen. Ooit had ik wel een casus, maar geen ECG. Het was een casus over dextrocardie, waarbij ik toen maar een thoraxfoto heb toegevoegd. In de volgende Cordiaal ging ik verder met dezelfde casus en die keer wel met een ECG. Oplettende lezers kunnen het hebben gemerkt." Ook al is alles wel eens aan bod geweest, Cyril denkt nog stof te hebben voor jaren, "want iedere casus is weer anders." En met die constatering is de redactie van Cordiaal heel blij. 

Hieronder vindt u de casus van een 44-jarige man die na een out of hospital cardiac arrest (OHCA) wordt verwezen naar het ziekenhuis. Hij was plotseling gecollabeerd op een parkeerplaats en had een blanco voorgeschiedenis. De auteur stelt u over deze casus enkele vragen die u kunt beantwoorden met behulp van onderstaande gegevens en elektrocardiogrammen en de informatie op de website. De antwoorden vindt u op pagina 17 van deze Cordiaal.

Cyril Camaro, cardioloog UMC St Radboud Nijmegen, afdeling cardiologie

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



Deze rubriek is multimediaal! Ga naar www.nvhvv.nl voor beelden en filmpjes van het echocardiogram.

Vragen:


1. Wat ziet u in figuur 1, het ECG direct na defibrillatie?
2. Wat ziet u in figuur 2, het ECG 30 minuten later?
3. Op internet (<http://www.carvasz.nl/CordiaalMM/20131>) ziet u de zeven gemaakte ECG's: direct na defibrillatie en vervolgens drie, vijf, tien, dertien, dertig en veertig minuten later. Heeft u een verklaring voor de dynamiek? Waarom is pas na ongeveer dertig minuten duidelijk dat het om een acuut infero-postero-lateraal myocardinfarct gaat?
4. De culprit vat bleek de RCX: had u dat kunnen voorspellen aan de hand van het ECG? Terwijl bij een afsluiting van de RCA er uitbreiding naar de rechterventrikel plaats kan vinden en er dan in V4-rechts juist ST-elevatie gezien wordt.
5. Wat is trombosuctie? Verricht de interventiecardioloog die altijd tijdens een PCI?
6. Wat is uw conclusie aan de hand van het verhaal en het elektrocardiogram?

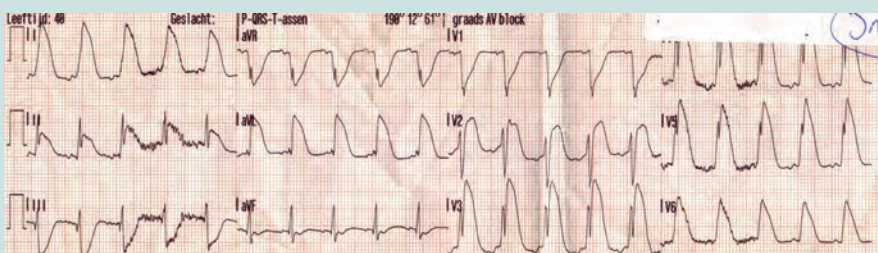
Wat ziet u op het elektrocardiogram?

Een 44-jarige patiënt met een out of hospital cardiac arrest

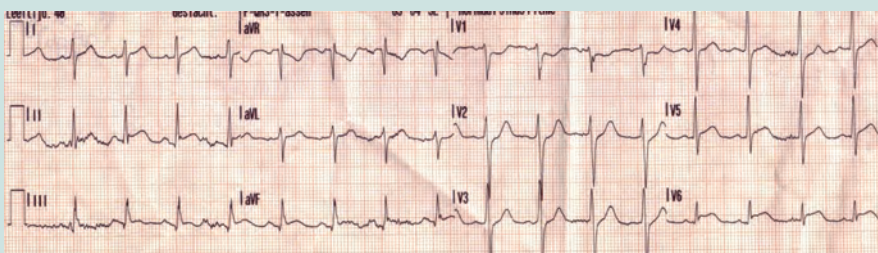
Casus:

Een 44-jarige man wordt na een out of hospital cardiac arrest (OHCA) verwezen naar ons ziekenhuis. Een uur voor presentatie is hij plotseling op een parkeerplaats gecollabeerd. Daarna was hij niet aanspreekbaar en had hij geen pols. Direct pasten omstanders basic life support toe. De ambulance was snel ter plaatse. Bij "quick look" werd ventrikelfibrilleren gezien, die met eenmalige defibrillatie werd beëindigd. Nadien was er sprake van ritme en output. Intubatie volgde in verband met een EMV-score < 8 en insufficiënte ademhaling. Bij heteroanamnese blijkt hij de dag ervoor kortdurend klachten te hebben gehad

van drukkende pijn op de borst. Verder is de voorgeschiedenis blanco. Bij opvang op de eerste hulp is hij niet aanspreekbaar, geïntubeerd en beademd (E1M1VT). De bloeddruk bedraagt 88/59 mmHg bij een pols van 96/min. Het elektrocardiogram direct na defibrillatie ziet u in figuur 1. Het ECG 30 minuten later, net voor aankomst in het ziekenhuis, ziet u in figuur 2. Spoedcoronairangiografie toont een afgesloten RCX waarvoor PCI. Bij trombosuctie wordt veel stolsel / trombus verkregen en uiteindelijk wordt een drug eluting stent geïmplant. Daarna volgt opname op de intensive care. 



Figuur 1



Figuur 2

Het krijgen van een ICD heeft vaak een grote impact op patiënten. Uit een onderzoek naar de beleving van angst onder patiënten met een Implanteerbare Cardiale Defibrillator in het Gemini-ziekenhuis blijkt dat er veel angst bestaat. Meerdere factoren kunnen deze angstgevoelens versterken.

Cobi Kroese, verpleegkundig specialist,
Zorgbalans

E-mail: c.kroese@zorgbalans.nl

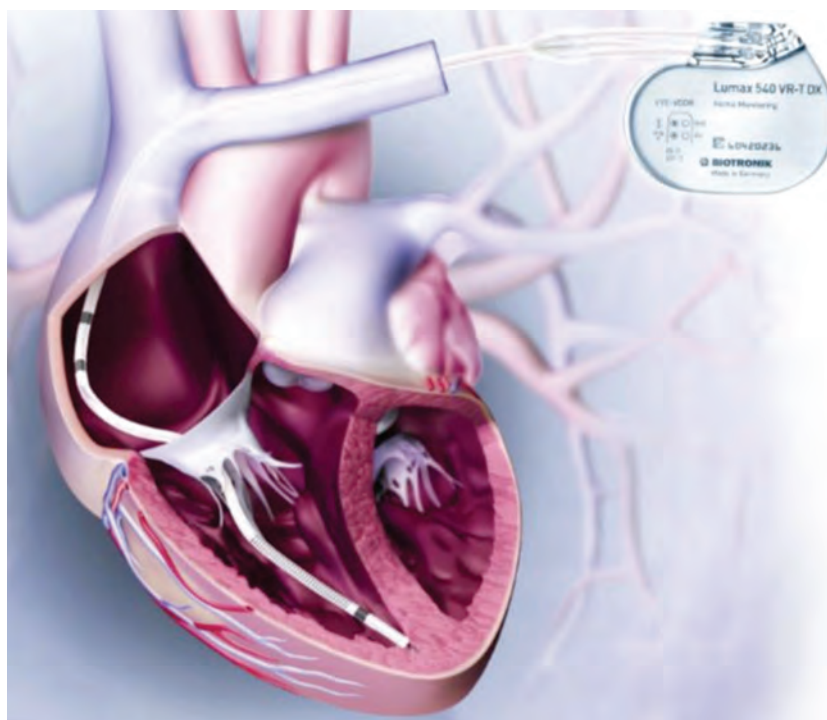
Een ICD, hoe angstig is dat?

Een onderzoek in het Gemini-ziekenhuis onder patiënten met een ICD

Inleiding

Ongeveer 30.000 mensen in Nederland hebben een Implanteerbare Cardiale Defibrillator (ICD). Naar verwachting komen er jaarlijks 4000-5000 bij.¹ Een ICD is een apparaatje dat een shock geeft bij levensbedreigende hartritmestoornissen, waardoor het hart weer in zijn normale ritme komt (zie figuur 1). Voor ICD-patiënten is het aan de ene kant een geruststelling dat hun leven beschermd wordt, aan de andere kant zijn ze vaak bang om een shock te krijgen. Angst vermindert de kwaliteit van leven.²⁻⁴ Lichamelijke reacties op angstgevoelens vergroten de kans op nieuwe ritmestoornissen.⁵⁻⁷ Bij langdurige angst raakt het lichaam uitgeput en kan de weerstand verminderen.^{6,7} Hierdoor stijgt het aantal bezoeken aan de huisarts of het ziekenhuis en nemen de kosten toe. Bovendien lijkt angst de oorzaak te zijn van hogere sterftcijfers onder ICD-dragers.⁵ Verschillende studies tonen aan dat hartrevalidatie in combinatie met cognitieve gedragstherapie de meeste angstreductie geeft.⁸⁻¹⁴

Uit onderzoek komen verschillende aspecten naar voren die invloed kunnen hebben op angstbeleving bij ICD-dragers. Zo zijn de uitkomsten over de invloed van shocks en de tijd vanaf implantatie wisselend in verschillende onderzoeken.^{8, 12-17} Een ICD-recall lijkt een verhoogd risico te geven op angstgevoelens.^{12,17} Bij een recall worden patiënten opgeroepen voor extra controle, omdat de fabrikant heeft ontdekt dat er wat aan de ICD of de draden mankeert. Het gevoel van veiligheid wordt daardoor verminderd. Ook mensen met diabetes lijken meer



Figuur 1: ICD

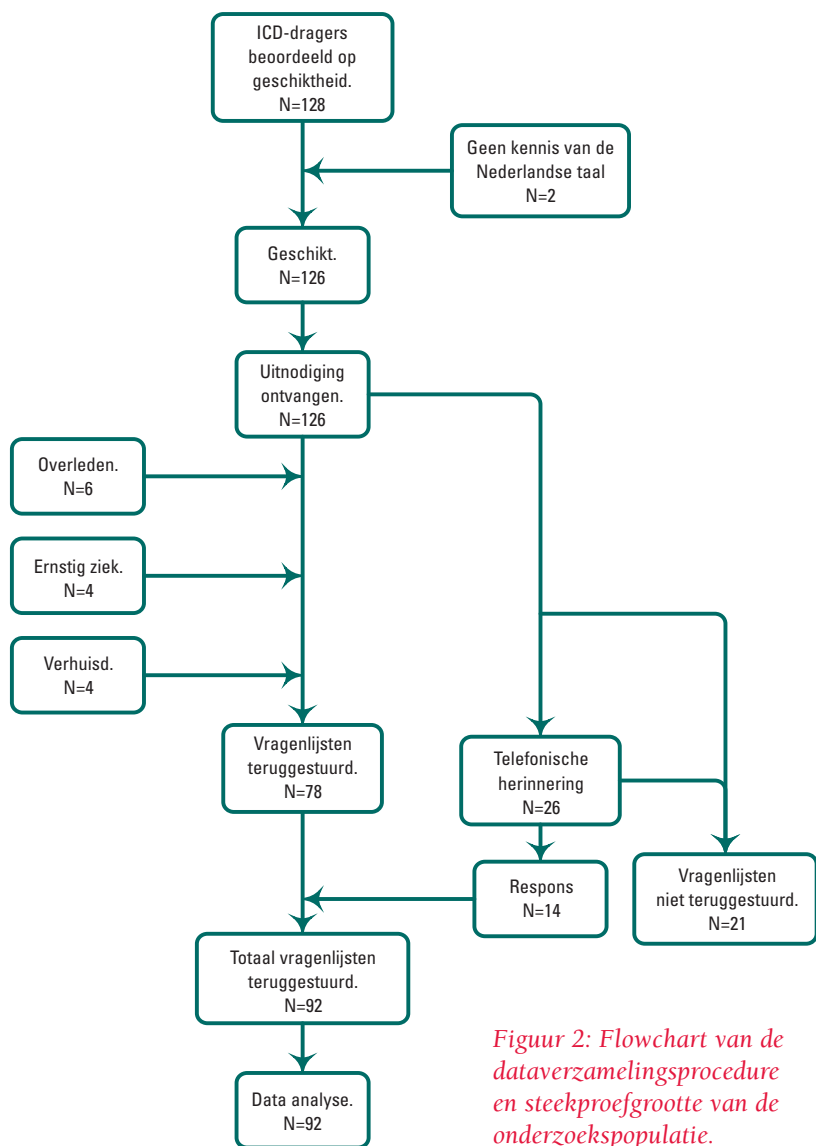
angst te ervaren, wat wellicht komt doordat ze met verschillende aandoeningen moeten leren omgaan.⁸ Daarnaast hebben patiënten met het type-D persoonlijkheid (D staat voor 'distressed') een negatieve kijk op het leven. Zij hebben eerder depressieve gedachten en kunnen daar moeilijk met anderen over praten.^{7,8} Depressieve mensen ervaren meer angst⁷ en het krijgen van een ICD kan deze gevoelens versterken.^{7,8} Ook het ontbreken van voldoende steun van de omgeving bij problemen door de ICD lijkt meer angst te veroorzaken.¹³ Daarnaast kunnen leeftijd¹⁸ en geslacht¹⁹ een rol spelen; jonge mensen en vrouwen²⁰ lijken eerder bang te zijn. Tot slot kunnen de angstgevoelens ook andere oorzaken hebben,

zoals het meemaken van traumatische gebeurtenissen. De angst wordt dan ten onrechte toegeschreven aan de ervaringen met de ICD.

ICD-implantaties bij patiënten uit Den Helder werden tot begin 2012 in het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam uitgevoerd. In het Gemini-ziekenhuis in Den Helder werd gezocht naar een methode van nazorg. Maar was deze zorg ook echt nodig? Het doel van dit onderzoek was dan ook om inzicht te krijgen in hoeverre angst werd beleefd bij ICD-dragers in het Gemini-ziekenhuis en waar dat door werd beïnvloed.

Methode

Alle 128 ICD-dragers in het Gemini-ziekenhuis kregen in februari 2012



Figuur 2: Flowchart van de dataverzamelsprocedure en steekproefgrootte van de onderzoekspopulatie.

een vragenlijst toegestuurd en werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Hiervan konden 92 vragenlijsten gebruikt worden voor de data-analyse (zie figuur 2).

Gegevensverzameling

Angst en depressie zijn gemeten met de Nederlandse vertaling van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Bij 8 t/m 21 punten op de betreffende subschaal is er ernstig risico op depressie of angst, bij 5-7 punten is er een matig risico en minder dan 4 punten geeft een laag tot geen risico. Om ervaren stress te meten, is gebruik gemaakt van de stressvragenlijst uit de Interheart studie.^{23,26} Beide vragenlijsten zijn onderdeel van de Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie 2010 (BPIH 2010).²³ De BPIH 2010 is erkend in de internationale vaklitera-

tuur en is aangetoond gevalideerd voor hartpatiënten.^{24,25} Verder is er een vragenlijst opgesteld waarin naar leeftijd, geslacht, tijd vanaf implanta-

tie, hoeveelheid shocks, tijd vanaf de laatste shock, comorbiditeit en recalls werd gevraagd. Leeftijd, geslacht en implantatiedatum zijn gecontroleerd met de databases van het AMC. Om de persoonlijkheid te testen, zou uitgebreid psychologisch onderzoek met lange vragenlijsten nodig zijn.⁷ In dit onderzoek ontbrak de tijd en de kennis daarvoor. Om er achter te komen of depressieve gedachten al voor de ICD-implantatie aanwezig waren, is daarom gekozen voor vier vragen met de belangrijkste kenmerken van een type-D persoonlijkheid.^{7,8} Er is gevraagd naar de aanwezigheid van neerslachtige buien en naar behandeling en medicijngebruik in de tijd voor de ICD-implantatie. Ook is gevraagd of de patiënt gemakkelijk met anderen over zijn gevoelens kon praten.

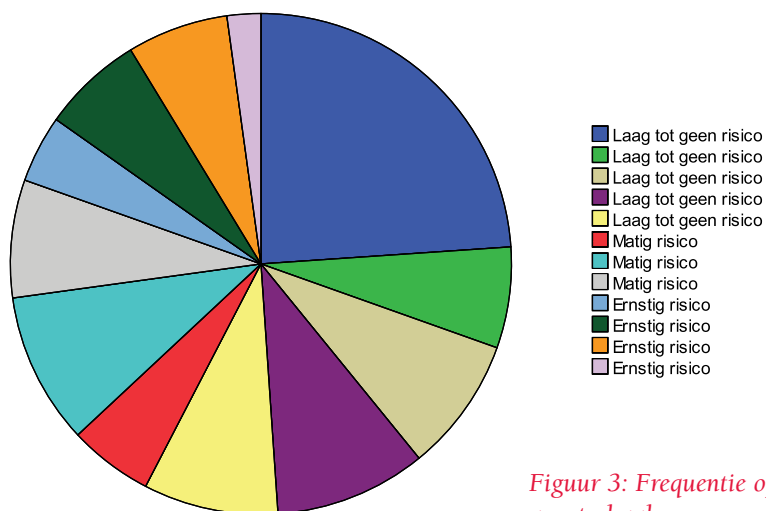
Data-analyse

Voor de data-analyse is gebruik gemaakt van SPSS 17.0. Om de samenhang tussen angst en bovengenoemde variabelen aan te tonen is de Spearman Rang correlatietest gebruikt. Om te onderzoeken in welke mate de verschillende variabelen angst zouden kunnen voorspellen, is gebruik gemaakt van een multipale regressie-analyse. Het significantieniveau voor beide tests is vastgesteld op $p < 0,05$.

Resultaten

Van de 92 deelnemers scoorde 57,6% laag tot geen risico, 21,9% matig risico en 19,5% ernstig risico op de angstschaal (zie figuur 3).

Totaal angstschaal



Figuur 3: Frequentie op de angstschaal

Relatie met angst

Ervaren spanning, stress door hartaandoening en depressie hadden een hoge relatie met angst. Ook shockervaringen en de tijd vanaf de laatste shock lieten duidelijk positief verband zien. Dit gold ook voor het meemaken van stressvolle gebeurtenissen tijdens het afgelopen jaar en de combinatie van de vragen over type-D persoonlijkheid. Verder lieten een recall, de tijd vanaf de laatste recall, en het hebben van chronische pijn een positieve relatie zien met de angstschaal (zie tabel 1). Tijd vanaf implantatie had geen significante invloed ($p = 0,693$) op de angstervaring. Wel werd tot zeven jaar na implantatie gemiddeld > 4 (matig tot ernstig) gescoord (zie figuur 4).

Voorspellers van angst

De hoeveelheid stressvolle gebeurtenissen in het afgelopen jaar was de belangrijkste voorspeller van angst, gevolgd door respectievelijk ervaren spanning het afgelopen jaar, stress door hartaandoening, echtscheiding, depressie en de hoeveelheid shockervaringen. Ziekte of verlies van een dierbare en Diabetes Mellitus voorspelden juist minder angst. Tot slot was ook tijd vanaf implantatie een negatieve voorspeller. Dit betekent dat er minder angst kon worden verwacht naarmate de implantatie langer geleden was (zie tabel 2).

Discussie

In dit onderzoek is gekeken naar de beleving van angst bij patiënten met een ICD.

De positieve scores van de vragen over stress en depressie kwamen overeen met eerdere resultaten.^{2,3,8,12,15,16} ICD-dragers die depressief zijn of veel stress ervaren, lijken sneller angst te ontwikkelen; daarbij blijft het de vraag wat er eerder was. Het hebben van een shockervaring had een positieve voorspellende waarde op de hoeveelheid angst, wat gedeeltelijk in overeenstemming is met eerdere onderzoeken.^{12,14,17} Daar staat tegenover dat recent onderzoek dit tegensprekt.²⁷ Een oorzaak hiervoor kan zijn dat steeds meer ziekenhuizen intensieve begeleiding bieden na een ICD-shock.

De tijd vanaf implantatie toonde geen relatie met angst en een negatief voor-

Variabelen:	Angstschaal	
	p*	Correlatie coëfficiënt*
Gespannen gevoeld afgelopen jaar	0,000	0,707
Stress door hartaandoening	0,000	0,686
Depressie	0,000	0,620
Shockervaringen	0,000	0,416
Tijd vanaf laatste shock	0,000	0,404
Stressvolle gebeurtenis afgelopen jaar	0,000	0,384
Stress door financiën	0,001	0,358
Hoeveelheid stressvolle gebeurtenissen afgelopen jaar	0,003	0,311
Recall	0,004	0,294
Combinatie 4 vragen type D	0,008	0,276
Chronische pijn	0,017	0,248
Tijd vanaf recall	0,023	0,239

Significantieniveau $p < 0,05$
**Spearman Rang correlatietest. Een correlatiecoëfficiënt laat zien in hoeverre twee variabelen met elkaar samenhangen. Deze wordt uitgedrukt in een cijfer tussen -1 en +1. 1 is daarbij volledige samenhang, 0 is totaal geen samenhang en -1 is negatieve (tegengestelde) samenhang.*

Tabel 1: P-waarde en correlatiecoëfficiënt van de significante variabelen ten opzichte van de angstschaal.

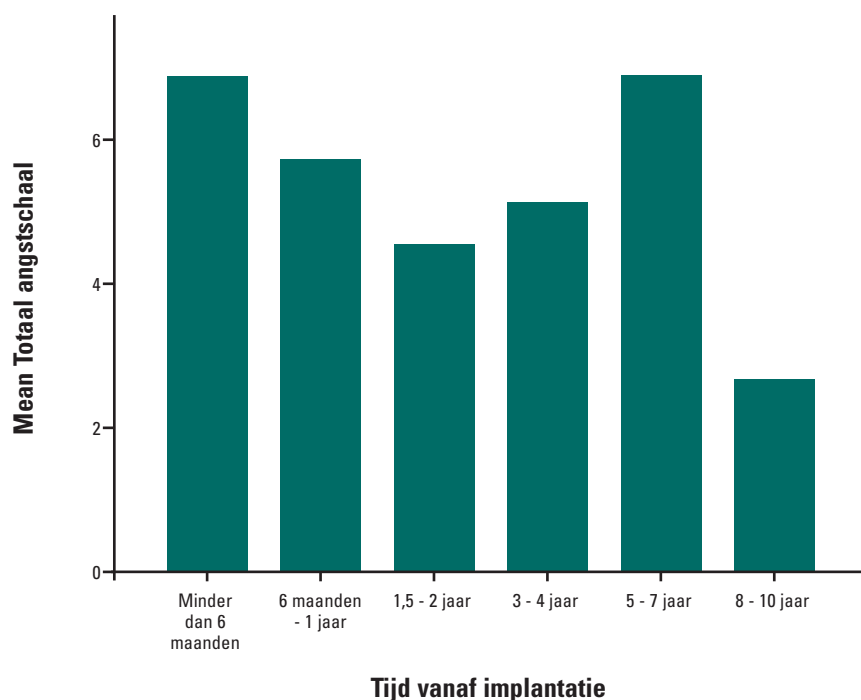
spellende waarde. Dit kan komen doordat de angstscores hoog bleven tot zeven jaar na implantatie. Het lijkt erop dat patiënten lang met hun angsten doorlopen. Onduidelijk is waar-

om zes maanden na implantatie eerst een daling te zien is in de angstscore en vervolgens na twee jaar weer een stijging (zie figuur 4). In het onderzoek van Habibovic' et al.²⁷ kwam ook

Variabelen:	B*	bèta**	p
Constante	-4,187		0,000
Hoeveelheid stressvolle gebeurtenissen afgelopen jaar	3,591	0,734	0,000
Gespannen gevoeld afgelopen jaar	1,536	0,332	0,000
Stress door hartaandoening	1,207	0,331	0,000
Echtscheiding afgelopen jaar	3,126	0,323	0,000
Depressie	0,204	0,239	0,000
Hoeveel shockervaringen	0,442	0,222	0,000
Tijd vanaf implantatie	-0,411	-0,133	0,016
Diabetes Mellitus	-1,896	-0,231	0,000
Dood/ziekte van dierbare afgelopen jaar	-1,860	-0,241	0,012
R ²		0,819	
R ² _{adj}		0,792	
F		30,788	
p		0,000	

Significantieniveau $p < 0,05$
**B zegt iets over de richting en de steilheid van de invloed van de variabelen. De richting is positief of negatief. In deze tabel neemt bijvoorbeeld de angst toe, naarmate er meer shockervaringen zijn en is de richting dus positief. De steilheid laat zien hoeveel angst toeneemt per shockervaring.*
***Bèta is dimensieloos en is dus onafhankelijk van meeteenheden. Deze kunnen daarom beter met elkaar vergeleken worden. Het hoogste getal (dus het verst van de nul verwijderd) geeft daarbij de belangrijkste variabele aan.*

Tabel 2: Lineaire regressieanalyse bij de HADS-angstschaal en de significante variabelen.



Figuur 4: Grafiek van de gemiddelde angstschaal ten opzichte van de tijd vanaf implantatie.

naar voren dat type-D persoonlijkheid de grootste voorspeller is van angst. In Den Helder had het wel een significante correlatie met de angstschaal, maar geen voorspellende waarde. Het feit dat hier met vier vragen is geprobeerd de persoonlijkheid te testen, kan een rol gespeeld hebben. Alles bij elkaar waren de persoonlijkheid en de psychische gesteldheid van de patiënt onduidelijke en daardoor versturende factoren in dit onderzoek. Om die te onderzoeken, zou een uitgebreid psychologisch onderzoek nodig zijn en daarvoor schoot de hier gebruikte vragenlijst tekort. Ook is alleen gebruik gemaakt van de HADS. Hoewel de HADS een gevalideerde lijst is, zou het de betrouwbaarheid vergroten als meerdere vragenlijsten, zoals de DASS of de STAI, waren gebruikt.

Dit kleinschalige onderzoek had meerdere beperkingen die de interne validiteit negatief beïnvloeden. Zo ging het hier om puur beschrijvend onderzoek, waardoor geen oorzaak werd achterhaald. Ook is er gebruik gemaakt van vragen die een beroep deden op het geheugen van patiënten. Een grote meerderheid (88%) van de implantaties was langer dan een jaar geleden. Geheugenbias moet hier dus een rol hebben gespeeld. Tot slot was er een beperking van de externe vali-

diteit, omdat dit onderzoek alleen is gedaan bij patiënten uit het Gemini-ziekenhuis. Daardoor kunnen de resultaten niet gegeneraliseerd worden naar andere ziekenhuizen in Nederland.

Conclusie

Ruim 40% van de ICD-patiënten ervaart matige tot ernstige angstgevoelens. Patiënten die veel stress of spanning ervaren en depressieve patiënten lijken kwetsbare groepen te zijn die snel angst ontwikkelen. Ook neemt angst toe met de hoeveelheid shocks die patiënten ervaren. Bovendien kan er meer angst verwacht worden in de periode na de implantatie en houdt dit lang aan. Nazorg, gericht op de behoeften van de patiënt, is daarbij zeker aan te bevelen. Revalidatie, niet alleen na de implantatie, maar ook na een shock-ervaring, moet daar een belangrijk onderdeel van zijn, zodat mensen weer vertrouwen krijgen in hun lichaam en de ICD. Informatievoorziening en screening op angst, ervaren stress en depressie zijn daarbij onmisbaar. Op die manier kan in een vroeg stadium worden behandeld. In de toekomst zou een vergelijkend onderzoek aan kunnen tonen of dit daadwerkelijk een angstreductie tot gevolg heeft.

Literatuur

1. Stichting ICD-dragers Nederland. Waarom de STIN werd opgericht. Beschikbaar via: [http://www.stin.nl/STIN/info/Waarom de STIN werd opgericht](http://www.stin.nl/STIN/info/Waarom%20de%20STIN%20werd%20opgericht). (Geraadpleegd 20 jan 2012).
2. Friedmann E, Thomas SA, Inguito P, Kao CW, Metcalf M, Kelley FJ et al. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. *J Interv Card Electrophysiol*. 2006 Oct;17(1):65-72.
3. Dickerson SS, Kennedy M, Wu YW, Underhill M, Othman A. Factors related to quality-of-life pattern changes in recipients of implantable defibrillators. *Heart Lung*. 2010 Nov-Dec;39(6):466-76.
4. Cesarino CB, Beccaria LM, Magalhães Aroni M, Rodrigues LCC, da Silva Pacheco S. Quality of life of patients with implantable cardioresor-defibrillator: the usage of SF-36 questionnaire. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2011 Apr-Jun;26(2):238-43.
5. Olafiranye O, Jean-Louis G, Zizi F, Nunes J, Vincent M. Anxiety and cardiovascular risk: Review of Epidemiological and Clinical Evidence. *Mind Brain*. 2011 Aug;2(1):32-37.
6. Stehouwer CDA, Koopmans RP, van der Meer J. Interne geneeskunde. 14e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010. p. 453-527.
7. van der Molen HT, Perreijn S, van den Hout MA. Klinische psychologie. 1e druk. Groningen/Houten: Wolters- Noordhoff; 2007. p. 535-577.
8. Pedersen SS, Broek KC, Theuns DA, Erdman RA, Alings M, Meijer A et al. Risk of chronic anxiety in implantable defibrillator patients: a multi-center study. *Int J Cardiol*. 2011 Mar 17;147(3):420-3.
9. Hirsh AT, Sears SF Jr., Conti JB. Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety and Depression in a Patient with an Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD): A Case Report and Clinical Discussion. *J Clin Psychol Med Settings*. 2009 Sept;16(3):270-279.
10. Irvine J, Firestone J, Ong L, Cribbie R, Dorian P, Harris L et al. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy tailored to psychological adaptation to an implantable cardioverter defibrillator. *Psychosom Med*. 2011 Apr;73(3):226-33.
11. Dunbar JSB, Langberg J, Reilly CM, Viswanathan B, McCarty F, Culler SD et al. Effect of a psychoeducational intervention on depression, anxiety and health recourse use in ICD patients. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2009 Oct;32(10):1259-1271.

12. Pedersen SS, Broek KC, Sears SF Jr. Psychological intervention following implantation of an implantable defibrillator: a review and future recommendations. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2007 Dec;30(12):1546-54.
13. Luyster FS, Hughes JW, Waechter D, Josephson R. Resource loss predicts depression and anxiety among patients treated with an implantable cardioverter defibrillator. *Psychosom Med.* 2006 Sep-Oct;68(5):794-800.
14. Sears SF, Sowell LD, Kuhl EA, Kovacs AH, Serber ER, Handberg E et al. The ICD shock and stress management program: a randomized trial of psychosocial treatment to optimize quality of life in ICD patients. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2007 Jul;30(7):858-64.
15. Wheeler EC, Pretzer-Aboff I, Hardie T, Disabatino A, Saylor J, Lucey R. Psychological impact of implantable cardioverter defibrillator on their recipients. *Dimens Crit Care Nurs.* 2009 Jul-Aug;28(4):176-8.
16. Kuhl EA, Sears SF, Vazquez LD, Conti JB. Patient-assisted computerized education for recipients of implantable cardioverter defibrillators: a randomized controlled trial of the PACER program. *J Cardiovasc Nurs.* 2009 May-Jun;24(3):225-31.
17. Broek KC. Angst en depressie na ICD-implantatie. *ICD jaarnaal* 2009;1:18-19.
18. Crössmann A, Schulz SM, Köhlkamp V, Ritter O, Neuser H, Schumacher B et al. A randomized controlled trial of secondary prevention of anxiety and distress in a German sample of patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Psychosom Med.* 2010 Jun;72(5):434-41.
19. Känel R, Baumert J, Kolb C, Cho EY, Ladwig KH. Chronic posttraumatic stress and its predictors in patients living with an implantable cardioverter defibrillator. *J Affect Disord.* 2011 Jun;131(1-3):344-52.
20. Vazquez LD, Kuhl EA, Shea JB, Kirkness A, Lemon J, Whalley D et al. Age-specific differences in women with implantable cardioverter defibrillators: an international multi center study. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2008 Dec;31(12):1528-34.
21. Nieswiadomy RM. *Verpleegkundige onderzoeksmethoden. 5e druk.* Amsterdam: Pearson Education Benelux BV; 2009.
22. Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen. Beschikbaar via: http://wetten.overheid.nl/BWBR0009408/geldigheidsdatum_09-06-2012. (Geraadpleegd 20 jan 2012).
23. Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie 2010. Beschikbaar via: <http://www.artsennet.nl/Richtlijnen/Richtlijn/106536/Beslisboom-Poliklinische-Indicatiestelling-Hartrevalidatie-2010.htm>. (Geraadpleegd 8 dec 2011).
24. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, Kempen GI, Speckens AE, Hemert AM. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med.* 1997 March;27(2):363-70.
25. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIMEMD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA.* 1999 Nov 10;282(18):1737-44.
26. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004 Sept 11;364(9438):953-62.
27. Habibović M, van den Broek KC, Alings M, Van der Voort PH, Denollet J. Posttraumatic stress 18 months following cardioverter defibrillator implantation: Shocks, anxiety and personality. *Health Psychol.* 2012 Mar;31(2):186-93.

Ooit uw cardiologiecollega's zien musiceren in het Concertgebouw of wilt u wellicht zelf meedoen?



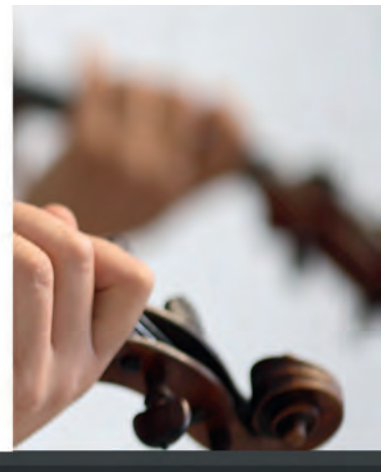
De NVVC is bijzonder verheugd met de komst van het ESC-congres naar Nederland en organiseert ter gelegenheid hiervan twee activiteiten. Een drakenbootrace van Nederlandse cardiologen op zaterdag 31 augustus en op zondag 1 september een prachtig muzikaal evenement in het concertgebouw.

Benefietconcert van het Orkest der Nederlandse Cardiologie

Het concert o.l.v. de vermaarde dirigent Jurjen Hempel zal plaatsvinden op zondag 1 september en wordt uitgevoerd door Nederlandse cardiologen. Het concert wordt opgedragen aan **NVVCConnect**, het landelijke project van de NVVC, dat tot doel heeft de zorg voor patiënten met een acuut hartinfarct nog verder te verbeteren.

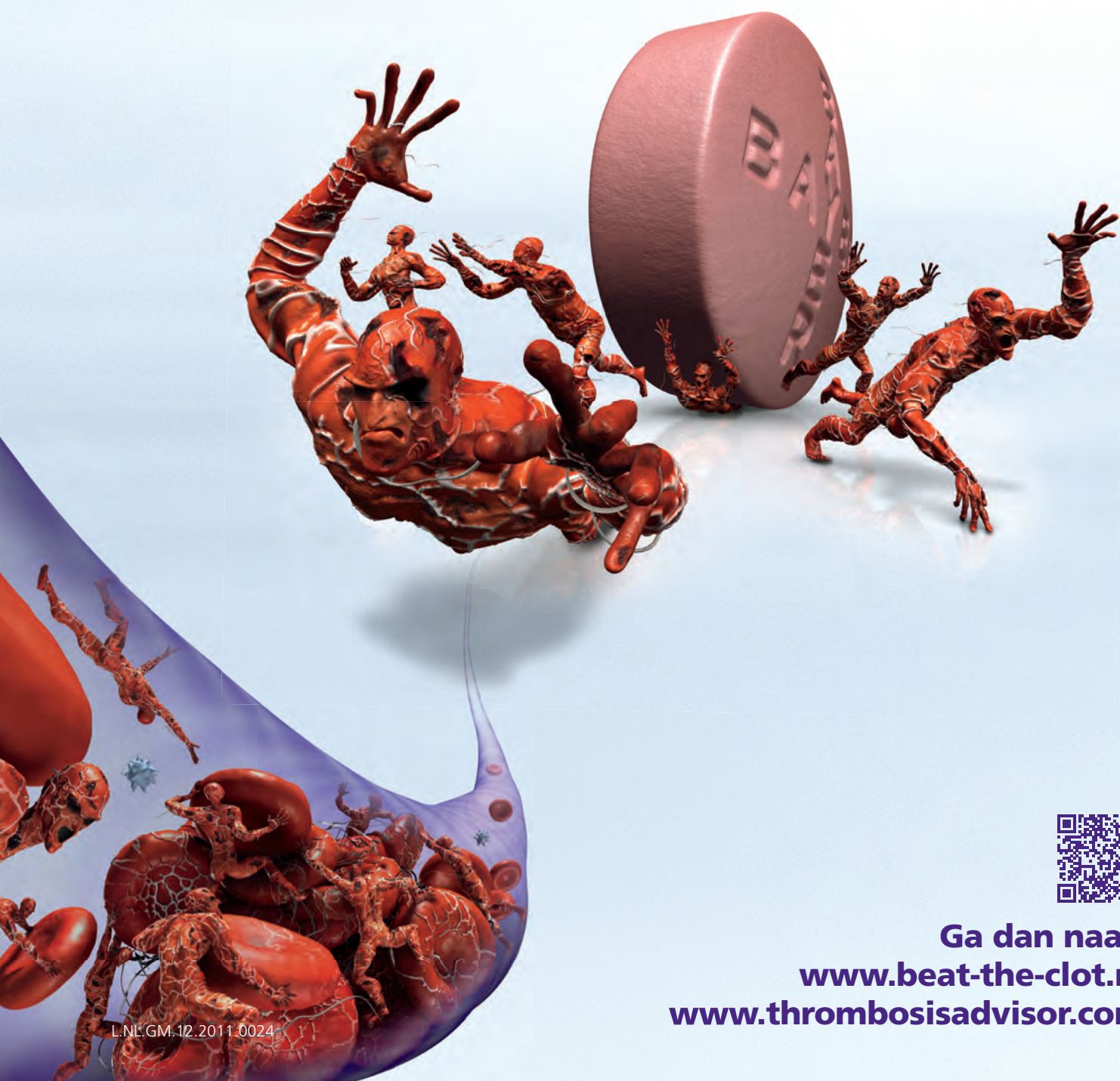
Zorg dat u bij dit concert bent

Wij nodigen u en uw organisatie uit om kaarten te kopen voor dit unieke concert, waar iedereen die te maken heeft met het cardiologische veld bijeenkomt. Ook u kunt erbij zijn, met collega's en/of relaties. Het leuke is dat u niet alleen een fantastische avond heeft, maar ook nog eens het goede doel steunt. Voor dit concert kunt u kaarten kopen vanaf 40 euro per stuk via concertcardiologie.nl Hier kunt u zich ook aanmelden als muzikant. Bespeelt u een instrument en wilt u samen muziek maken, meld u dan snel aan.





Gaat u samen met Bayer het gevecht aan tegen trombose?



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

Vrouwen hebben een grotere kans om te overlijden na een acuut coronair syndroom (ACS) dan mannen en de hulpverlening voor vrouwen met een ACS komt gemiddeld 17 minuten later op gang. Deze vertraging wordt veroorzaakt door verschillende factoren, zowel in de pre-hospitale als in de in-hospitale fase. Over de rol van Cardiac Care Unit (CCU)-verpleegkundigen bij deze vertraging is weinig bekend. Vier CCU-verpleegkundigen in opleiding namen het kennisniveau van Nederlandse CCU-verpleegkundigen onder de loep.

Maartje van Boxtel, Dannis Kroes, CCU-verpleegkundigen, UMC St. Radboud, Nijmegen
Mieke Bremer, CCU-verpleegkundige, Rijnstate, Arnhem
Anneke Mocking, CCU-verpleegkundige, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen

E-mail: M.vanBoxtel@cardio.umcn.nl

Onderzoek naar kennisniveau onder Nederlandse CCU-verpleegkundigen

Wat weten we van ACS bij vrouwen?

Achtergrond

De criteria voor angina pectoris en het acuut coronair syndroom zoals die in het verleden zijn opgesteld, zijn grotendeels afgeleid uit studies in overwegend mannelijke cohorten.¹ De presentatie van klachten bij een ACS toont duidelijke verschillen tussen de beide seksen. De manier waarop vrouwen hun klachten presenteren is vaak omslachtiger en met meer emotie geladen dan bij mannen, wat in hun nadeel kan werken bij de diagnostiek.¹ Daarnaast is bij vrouwen het tijdsinterval tussen het ontstaan van de klachten bij een ACS en aankomst in het ziekenhuis significant langer dan bij mannen. Dit draagt mogelijk bij aan de hogere sterfte door ACS, vooral bij vrouwen onder de zestig jaar. De mortaliteit bij vrouwen is in de eerste dertig dagen twee keer zo hoog dan bij mannen.

Een snellere herkenning van de symptomen van een ACS of een dreigend ACS zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het verlagen van deze sterfte.² Bij het acute hartinfarct is de tijd tussen ontstaan van klachten en behandeling een belangrijke voorspeler voor de uitkomst. Hoe vroeger de therapie start, hoe beperkter het infarct kan zijn en hoe beter de prognose; met andere woorden: time is muscle.³ De CCU-verpleegkundige anticipeert aan het begin van het zorgproces op zowel acute als potentiële zorgvragen van de cardiale patiënt. Daarbij heeft de CCU-verpleegkundige een signalerende functie en zal als een van de eerste de klachten en symptomen van een patiënt waarnemen. Deze verpleegkundige observa-

ties en het in kaart brengen van de vitale functies leveren een belangrijke bijdrage aan de totale zorgverlening van de cardiale patiënt.

Onderzoek

Het is tegen deze achtergrond dat de auteurs van dit artikel, allen CCU-verpleegkundigen in opleiding, besloten een onderzoek in te stellen naar het kennisniveau van Nederlandse CCU-verpleegkundigen over ACS bij vrouwen.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is een beschrijving te geven van het huidige kennisniveau van CCU-verpleegkundigen met betrekking tot ACS bij vrouwen. Een tweede doelstelling is een beschrijving te geven van de stand van zaken in de literatuur met betrekking tot man/vrouw- verschillen bij een ACS.

Vraagstelling

Hoe is het kennisniveau van CCU-verpleegkundigen met betrekking tot de symptoompresentatie van vrouwen met een acuut coronair syndroom.

Methodiek

Door middel van literatuuronderzoek op basis van drie wetenschappelijke artikelen^{4,5,6} is onderzocht wat de kenmerkende verschillen zijn in symptoompresentatie tussen mannen en vrouwen met een ACS. Daarnaast zijn verschillende boeken^{7,8,9} over ACS bij vrouwen gebruikt voor het opstellen van een enquête om het kennisniveau van CCU-verpleegkundigen te evalueren. Deze enquête is verstuurd naar de

verpleegkundigen van vijf CCU's in Gelderland. Daarbij is geen onderscheid gemaakt tussen mannelijke of vrouwelijke verpleegkundigen, leeftijd en lang of kort gediplomeerde verpleegkundigen.

Design

Het eindproduct heeft het design van een kwantitatief onderzoek met als functie een beschrijvend onderzoek. Dit geeft op basis van literatuuronderzoek en een enquête antwoord op de onderzoeksvraag.

Populatie

De populatie bestaat uit gediplomeerde CCU-verpleegkundigen en CCU-verpleegkundigen in opleiding die werkzaam zijn op een hartbewaking en/of eerste harthulp. De setting betreft een hartbewaking of eerste harthulp van zowel perifere, topklinische als academische ziekenhuizen in Gelderland.

Steekproef

De steekproef is op basis van de kanssteekproef uitgevoerd; het betreft een aselechte steekproef. De CCU-verpleegkundigen zijn geselecteerd op basis van toeval of kans. De doelgroep heeft dus een gelijke of bekende kans om opgenomen te worden in het praktijkonderzoek. De steekproefomvang bestaat uit vijf ziekenhuizen in Gelderland

Dataverzameling

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van twee databronnen, namelijk een systematische zoekstrategie en een enquête.

Systematische zoekstrategie

Er is gebruik gemaakt van de databases PubMed en Medscape. Er is gestructureerd gezocht om zo min mogelijk relevante publicaties te missen en om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. De zoekopdracht is samengesteld uit trefwoorden en vrije tekstwoorden (zie tabel 1).

Nederlandse zoektermen	Engelse zoektermen
Acuut Coronair Syndroom	Acute Coronary Syndromes
Vrouwen	Female/Women
Symptomen	Symptoms/Signs
Geslacht	Gender
Verschil	Difference
Vertraging	Delay
Pijn op borst	Chest pain .
Behandeling	Treatment
Diagnose	Diagnosis
Kennis	Knowledge
Aspecifieke klachten	Nonspecific symptoms
Eerste harthulp/spoedeisende hulp	first heart emergency department/ emergency department

Tabel 1

Enquête

Naast het zoeken van wetenschappelijke publicaties is een enquête opgesteld die verspreid is onder CCU-verpleegkundigen in Gelderland. De inhoud van de enquête is gebaseerd op feiten uit de gevonden artikelen. De enquête is opgesteld om inzicht te krijgen in het kennisniveau van CCU-verpleegkundigen op het gebied van ACS bij vrouwen. De getoetste onderwerpen zijn onder andere de man/vrouw verschillen met betrekking tot symptomen, de uiting daarvan, de diagnosticering en de behandeling (zie figuur 1).

Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit of geldigheid betreft het vertrouwen in de inhoud ofwel het waarheidsgehalte van de gegevens. De verzamelde gegevens en de resultaten moeten de onderzochte werkelijkheid weerspiegelen. Om de validiteit van dit onderzoek te waarborgen zijn de volgende stappen ondernomen:

- Vooraf zijn de selectiecriteria opgesteld en vastgelegd.
- De publicaties zijn beoordeeld met een door de Radboud Zorgacademie

ontwikkeld meetinstrument om de publicaties te beoordelen op bruikbaarheid en relevantie.

- De opgestelde zoektermen en selectiecriteria zorgen ervoor dat de resultaten zoveel mogelijk antwoord geven op de onderzoeksvraag.

Om in dit onderzoek de betrouw-

baarheid te waarborgen, zijn de volgende stappen ondernomen:

- De zoekstrategie is door meerdere onderzoekers onafhankelijk van elkaar uitgevoerd.
- De kwaliteit van de geselecteerde publicaties is onafhankelijk van elkaar beoordeeld.
- De inhoud van de geselecteerde publicaties is onafhankelijk van elkaar beoordeeld.
- De vragen uit de enquête zijn opgesteld aan de hand van de gevonden artikelen en wetenschappelijke literatuur.

Resultaten

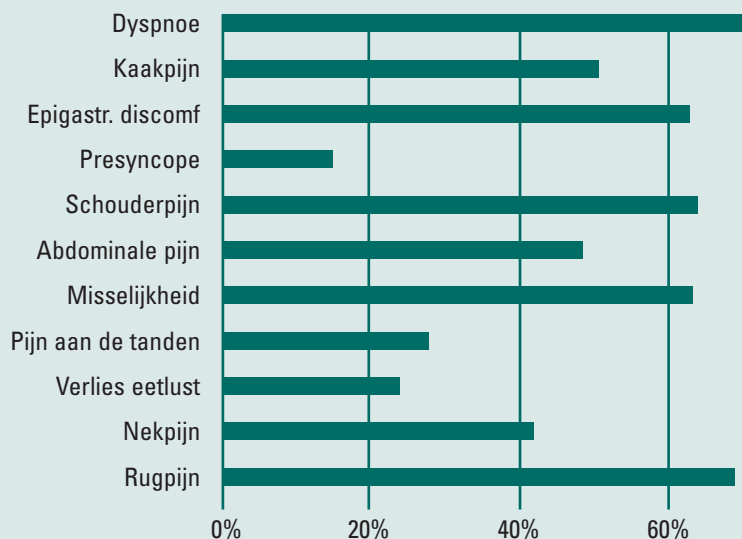
Er zijn 64 enquêtes retour ontvangen. Het gemiddelde aantal juist beantwoorde vragen bedroeg ongeveer 50%. Er is relatief vaak een antwoord gegeven dat past bij de symptoompresentatie van mannen met een ACS. De symptomen die vaker bij vrouwen met een ACS tot uiting komen, zijn nauwelijks genoemd als klachten die passen bij een ACS. Uit de resultaten blijkt dat de aspecifieke klachten die

Voorbeeldvraag

Feit: Naast de typische klachten bij ACS laten vrouwen veel atypische klachten zien.

Vraag: Kruis aan welke klachten vrouwen kunnen uiten naast pijn op de borst bij ACS. Meerdere antwoorden mogelijk.

Gegeven antwoorden



Juiste antwoord

Alle antwoorden zijn juist. Geen enkele respondent heeft alle symptomen herkend als een symptoom dat past bij ACS. Sommige symptomen worden zelfs door minder dan de helft van de respondenten herkend.

Figuur 1

vaak bij vrouwen voorkomen meestal niet herkend worden door de respondenten.

Discussie

Rond de opzet van de dataverzameling en de inhoud van de enquête zijn er meerdere discussiepunten. Allereerst is vanuit de literatuur^{4,5,6,7,8,9} een aantal aspecten belicht die een rol spelen bij de oorzaak van een latere behandeling van vrouwen met ACS. Sommige aspecten zijn te vinden bij de patiënt zelf tijdens de pre-hospitale fase en andere aspecten tijdens de in-hospitale fase. Daarom kan naar aanleiding van deze enquête alleen uitspraak gedaan worden over de vraag of de kennis van CCU-verpleegkundigen een vertragende factor zou kunnen zijn. Er kan geen uitspraak gedaan worden over andere disciplines zoals artsen, ambulanceverpleegkundigen, huisartsen of over de patiënt zelf.

Een tweede punt van discussie is dat de enquête naar de Cardiac Care Units van vijf ziekenhuizen in Gelderland is verstuurd. Het verzamelen van de data en het gebruikte programma voor het verzamelen van deze data maken het



Atypische klachten van vrouwen bij ACS.

data verzameld konden worden, waardoor de respons hoger zou liggen. Het praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden onder vijf ziekenhuizen in Gelderland. Het eindproduct kan dus alleen een uitspraak doen over de kennis van de desbetreffende ziekenhuizen en mogelijk over de regionale kennis, maar de resultaten zijn niet representatief voor heel Nederland.

Conclusie

Uit deze enquête kan worden geconcludeerd dat er een kennistekort bestaat over de risicofactoren en de sekseverschillen in symptoompresentatie van ACS. De gemiddelde respondent heeft slechts 50% van de vragen juist beantwoord. Er is vaak een antwoord gegeven dat past bij hoe mannen klachten bij ACS uiten, terwijl de symptomen die vooral bij vrouwen voorkomen zelden worden genoemd.

De gemiddelde respondent heeft slechts 50% van de vragen juist beantwoord

niet mogelijk onderscheid te maken in de aangeleverde data van de verschillende ziekenhuizen. Om die reden kan er alleen een algemene uitspraak gedaan worden en niet per ziekenhuis of afdeling. De vragen uit de enquête zijn opgesteld aan de hand van drie wetenschappelijke artikelen^{4,5,6} en drie boeken.^{7,8,9} Het zou de betrouwbaarheid ten goede komen wanneer hiervoor meerdere artikelen gebruikt zouden worden. De vragen met ja en nee mogen niet zwaar meetellen, omdat de gokkans hier een grotere rol speelt dan bij de andere vragen. De enquête is schriftelijk uitgevoerd, wat betekent dat de antwoorden gemakkelijk opgezocht konden worden. Sociale wenselijkheid speelt hierbij een rol.

Ten aanzien van deze dataverzameling zijn er een drietal beperkingen. De enquête is in een korte periode afgenomen. De betrouwbaarheid van het praktijkonderzoek zou gunstiger uitvallen als er over een langere periode

pleegkundigen beter geschoold is over dit onderwerp. Een les over ACS bij vrouwen is sinds december 2012 aangeboden in de vervolgopleiding tot IC-verpleegkundige en in de vervolgopleiding tot CCU-verpleegkundige aan de Radboud Zorgacademie.

Literatuur

1. Lagro ALM, Maas AHM. Handboek Gynaecardiologie Vrouwspecifieke Cardiologie In De Praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2011.
2. Maas AH, Lagro-Janssen T, de Boer MJ. Acuut coronair syndroom bij vrouwen onder de 60 jaar. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155(38):A3925.
3. Arnold AER, Bär FWHM, Bernink PJLM, de Boer MJ, Boonstra PW, Brons R, et al. (2001) De NVVC Richtlijnen Acute Coronaire Syndromen. Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
4. Nguyen HL, Saczynski JS, Gore JM, Goldberg RJ. Age and Sex Differences in Duration of Pre-hospital Delay in Patients with Acute Myocardial Infarction: A Systematic Review. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010 Jan;3(1):82-92.
5. DeVon HA, Ryan CJ, Ochs AL, Shapiro M. Symptoms Across the Continuum of Acute Coronary Syndromes: Differences Between Women and Men. Am J Crit Care. 2008 Jan;17(1):14-24; quiz 25.
6. Steingart RM, Packer M, Hamm P, Coglianese ME, Gersh B, Geltman EM, et al. Sex differences in the management of coronary artery disease. The New England Journal of Medicine 1991 Jul 25; 325:226-230.
7. Shaw LJ, Redberg RF (2004). Coronary disease in women: evidence-Based Diagnosis and Treatment. Humana Press.
8. Charney P. (1999). Coronary artery disease in women: what all physicians need to know. American College of Physicians
9. Topol EJ. (1998). Acute Coronary Syndromes. Informa Healthcare

En nu?

Vanuit het onderzoek zijn verschillende initiatieven ontstaan. Om de beroepsgroep bewust te maken van het kennistekort en te stimuleren tot zelfstudie zijn de onderzoeksresultaten in december 2012 gepresenteerd op CarVasz, hét congres voor de cardiovasculaire zorg. Een andere doelstelling was ervoor te zorgen dat de nieuwe lichter gespecialiseerd ver-

GEZOCHT : Vrijwilligers en deelnemers



De Hart&Vaatgroep en de Hartstichting organiseren vakanties voor mensen met een aangeboren of verworven hartaandoening. De vakanties zitten vol activiteiten, waaraan iedereen in zijn eigen tempo mee kan doen. Niet de ernst van de hartaandoening staat centraal, maar de behoefte om in contact te komen met lotgenoten. Iedere vakantie wordt begeleid door vrijwilligers met een medische achtergrond. Wilt u mee als (medisch) vrijwilliger of kent u potentiële deelnemers, kijk op www.hartenvaatgroep.nl/vakanties

De Hart & Vaatgroep

VAN EN VOOR MENSEN MET EEN HART- OF VAATZIERTE

Op pagina 7 van deze Cordiaal stelde de auteur u enkele vragen aan de hand van een casus. Nadat u de vragen hebt beantwoord, kunt u hieronder controleren of u het juiste antwoord hebt gegeven.

Cyril Camaro, cardioloog UMC St Radboud Nijmegen, afdeling cardiologie

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

Dit vertellen de elektrocardiogrammen!

Een 44-jarige patiënt met een out of hospital cardiac arrest


Antwoorden:

1. In figuur 1, het ECG direct post reanimatie, ziet u een sinustachycardie van 110/min. Diffuus tentvormige ST-segment elevaties in afleiding I, II, aVL, V3-V6. ST-segment depressies in III en V1. Deze repolarisatiestoornissen worden vaak gezien na een cardiac arrest en zijn vaak voorbijaand van karakter en aspecifiek.
2. In figuur 2, het ECG 30 minuten later, is de lokalisatie van het infarct duidelijker. U ziet een sinusritme, intermediaire stand van de elektrische hartas en ST-segment elevaties in afleidingen II, III, aVF, V5 en V6 met ST-segment depressie in V1. Er zijn geen reciproke depressies in I en aVL. Dit ECG past bij een acuut infero-postero-lateraal myocardinfarct.
3. Direct nadat ventrikelfibrilleren door defibrillatie is uitgeschakeld, is het hart nog in een hyperkalemische en acidotische toestand. Daarnaast speelt ischemie-reperfusie syndroom ook een belangrijke bijdragende rol aan de diffuus gestoorde repolarisatie direct post-resuscitatie. Gaandeweg trekt dit bij en dat is ook mooi te zien aan de verandering in de repolarisatie dertig minuten na reanimatie (figuur 2).
4. Op het ECG na dertig minuten is de ST-segment elevatie in afleiding II hoger dan in III. Tevens is afleiding I iso-elektrisch. De infarctvector is daarom afkomstig uit het RCX gebied.¹ Overigens kan het maken van een rechts-ECG (V4-rechts) ook helpen in de differentiatie: het ST-segment laat dan bij een occlusie van de RCX een depressie zien met negatieve T-top of is iso-elektrisch.
5. Bij trombosuctie wordt met een speciale catheter intracoronaire trombus weggezogen. Dit moet distale

Deze rubriek is multimediaal!
Ga naar www.nvhvv.nl voor beelden en filmpjes van het echocardiogram.

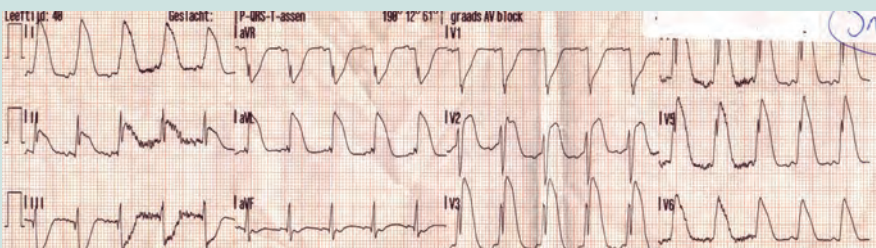
embolisatie van trombotisch materiaal zoveel mogelijk tegengaan en geeft zodoende een verbetering van de myocardiale reperfusie. Ook als er angiografisch geen trombus te zien is, is aspiratie met een dergelijke catheter zinvol.²

Conclusie

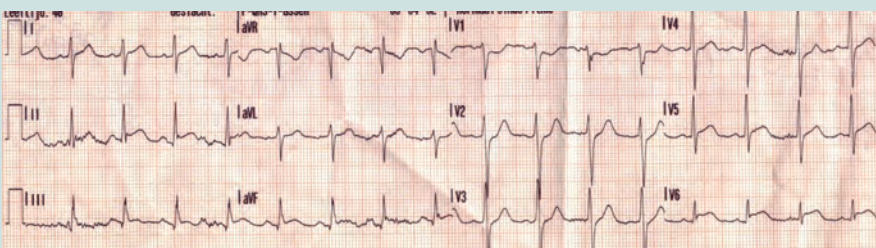
Out of hospital cardiac arrest op basis van primair ventrikelfibrilleren bij een acuut infero-postero-lateraal myocardinfarct. 

Literatuur

1. Wellens HJJ, Conover MB. Acute myocardial infarction. In: Wellens HJJ, Conover MB, editors. The ECG in emergency decision making. 2nd edition Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2006 p.1 – 51
2. Svilaas et al. Thrombus aspiration during primary coronary intervention. N Engl J Med 2008 ;358 :557-67



Figuur 1



Figuur 2

Van februari tot en met juni 2012 vond in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam een onderzoek plaats naar de veiligheid van vervroegd ontslag na een ongecompliceerde percutane coronaire interventie (PCI) in een poliklinische setting. In haar scriptie 'Raditime' beschrijft Mieke van Duinen hoe patiënten na een PCI via de pols twee uur eerder naar huis kunnen door sneller het drukverband van de pols te verwijderen. Hierdoor kan de behandelcapaciteit van PCI in dagopname worden verhoogd. In dit artikel leest u een korte weergave van het onderzoek.

Mieke van Duinen, verpleegkundig specialist, cardiologie Hartcentrum B3, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

Email: m.m.vanduinen@olv.nl

Onderzoek in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

Veiligheid vervroegd ontslag na poliklinische PCI

Inleiding

Coronaire hartziekten zijn de meest voorkomende hart- en vaatziekten in Nederland.¹ Ze uiten zich over het algemeen in vernauwingen in de kransslagaders door aderverkalking.¹ Een percutane coronaire interventie (PCI) wordt toegepast om deze vernauwingen van de coronaire arteriën te behandelen. In Nederland worden jaarlijks ruim 35.000 PCI's uitgevoerd.^{1,2} Poliklinische PCI is even veilig gebleken als klinische PCI.^{3,4} In het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) te Amsterdam worden jaarlijks 900 behandelingen poliklinisch uitgevoerd via de arterie radialis.⁵ Deze patiënten worden tot zes uur na behandeling geobserveerd op een loungeafdeling (dagbehandeling cardiologie), waar de omgeving zo min mogelijk is gemedicaliseerd en zo veel mogelijk is ingericht op comfort (*healing environment*). Indien er geen complicaties optreden, worden patiënten na zes uur ontslagen. De gehanteerde postprocedurele observatietijd van zes uur is veilig gebleken.⁶

TR-bandje

Het bereiken van hemostase (bloedstolling) is afhankelijk van onder andere de diameter van de gebruikte radialisheath⁸, de mate van antistolling en de methode van afdrukken (compressie) van de arteria radialis.⁹⁻¹¹ Uit onderzoeken^{9,12-15}, waarin diverse compressiemethoden van de arteria radialis na een coronair angiogram (CAG) of PCI en hun resultaten ten

aanzien van bloedingen en de duur van de compressie werden onderzocht, bleek dat de mate en de duur van compressie van invloed zijn op de hemostasetijd en het ontstaan van een radialis arterie occlusie (RAO). Een zo laag mogelijke druk met een korte compressieduur, waarbij de doorgankelijkheid van de arteria radialis wordt gewaarborgd, is aan te bevelen. Als voorbeeld om dit te bereiken werd onder andere het Terumo(TR)-bandje genoemd.^{12, 15-18} Momenteel wordt in het OLVG na de procedure het TR-bandje geplaatst om de insteekopening van de arteria radialis dicht te drukken. Voorheen bleef dit bandje vier uur om de pols zitten en bleven de patiënten nog twee uur op de lounge ter observatie van een eventuele nabloeding. Met behulp van een pulse oximeter wordt sinds kort het TR-bandje aangelegd om met minimale druk de aanprikplaats in de arteria radialis af te drukken (geen bloeding) en toch doorstroming in deze arterie te behouden. Na een korte testfase op de lounge wordt nu het TR-bandje na tweeënhalf uur verwijderd.

Efficiëntie

Alle patiënten die poliklinisch/interklinisch via de lounge worden behandeld, krijgen een ontslaggesprek met de verpleegkundig specialist. Uit deze gesprekken is gebleken dat patiënten vaak eerder naar huis willen, ook al ervaren ze de omgeving van de lounge als prettig. Ze voelen zich goed, hebben geen klachten en zien geen reden

voor verdere observatie. De logistiek op de hartkatheterisatiekamers (HCK) en lounge is de afgelopen jaren veranderd. Toen de lounge werd ontwikkeld, waren er twee behandelkamers, inmiddels is er een derde behandelkamer bij gekomen. De laatste jaren heeft de elektrofysiologie een enorme vlucht genomen en is er meer vraag naar PCI-behandeling; een gemiddelde stijging van het aantal ingrepen met 10% per jaar.⁵ De efficiëntie en productie van de HCK zal daarom moeten worden verhoogd. Nu het TR-bandje eerder wordt verwijderd, is het mogelijk de patiënt na vier uur met ontslag te laten gaan, waardoor er meer patiënten per dag kunnen worden behandeld.

Het onderzoek

Naar de veiligheid van dit vervroegd ontslag deed de auteur onderzoek in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam van februari tot en met juni 2012. Het doel van dit onderzoek was patiënten na een ongecompliceerde PCI-behandeling twee uur eerder met ontslag te laten gaan en daarmee de behandelcapaciteit te verhogen. De vraagstelling luidde hoeveel patiënten, die in het OLVG in die periode een poliklinische PCI hadden ondergaan, veilig na vier in plaats van na zes uur ontslagen konden worden. Primaire eindpunten van het onderzoek waren de mogelijke complicaties als gevolg van de PCI-behandeling, waardoor medische hulp noodzakelijk was en vervroegd ontslag niet mogelijk.

Secundair eindpunt was de incidentie van het inschakelen van medische hulp. Onder medische hulp wordt verstaan: contact zoeken met een huisarts, medewerkers van spoedeisende hulp, de verpleegkundig specialist in het OLVG, de eigen cardioloog of de behandelend cardioloog in het OLVG. Het betreft hier een praktijkgericht, kwantitatief, observationeel onderzoek.

Patiëntengroep

De onderzochte patiëntengroep bestaat uit alle patiënten die tussen 20 februari en 6 juni 2012 een ongecompliceerde poliklinische PCI in het OLVG ondergingen. Dit is een representatieve groep voor de patiënten die poliklinisch in het OLVG een PCI ondergaan.

Selectiecriteria

Aan deze patiëntengroep is gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Exclusiecriteria waren bekendheid met nierinsufficiëntie waarvoor pre- en postprocedureel hydratatie nodig is, gebruik van middelen die de stollings-tijd verlengen - zoals een coumarine-derivaat of Bivalirudine - , het niet spreken van de Nederlandse of Engelse taal en het gebruik van een hulpmiddel om te lopen, zoals een rolator of wandelstok.

Werving en toestemming

Voor de procedure is aan de patiënten om toestemming gevraagd. Na de procedure is definitief besloten tot inclusie en na het tekenen van een consent zijn patiënten geïncludeerd. De patiënten ontvingen uitleg dat zij, mocht een nabloeding optreden tijdens het verblijf op de lounge, niet eerder met ontslag zouden gaan. Ging alles naar wens, dan konden ze vier uur na de behandeling naar huis. Ook waren de patiënten ervan op de hoogte dat ze na twee werkdagen werden gebeld met de vraag of ze binnen 48 uur na ontslag contact hadden gezocht met een medische hulpverlener. Als dit het geval was, is hen gevraagd wat de klachten waren en hoe die zich openbaarden.

De richtlijnen van de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek¹⁹ zijn gevolgd; in juli 2011 is het onderzoek aangeboden aan de

1. *Heeft u een bloeding uit de insteekopening, bloeding in de arm of bloeduitstorting in de arm gehad? (waardoor de katheter is gegaan en waar het polsbandje heeft gezeten) Zo ja:*
 - Waar:
 - Insteekopening
 - Onderarm
 - Bovenarm
 - Wanneer/tijdstip:
 - Heeft u een opgezette/dikke arm gehad? Zo ja:
 - Waar in de arm:
 - Onderarm
 - Bovenarm
 - Gehele arm
 - Als bloeduitstorting, hoe groot:
 - > 2 euro munt
 - < 2 euro munt
2. *Heeft u pijn in de arm (waardoor de katheter is gegaan en waar het polsbandje heeft gezeten) gehad na ontslag? Zo ja:*
 - minimaal
 - redelijk
 - veel
3. *Kreeg u binnen 48 uur na ontslag andere klachten?*
 - Zo ja welke:
 - Pijn op de borst
 - Allergie
 - Anders:
4. *Hoe traden deze klachten op:*
5. *Welke actie heeft u daarop ondernomen:*
 - Wat was daarvan het resultaat:
6. *Heeft u hiervoor medische hulp ingeroepen:*
 - Zo ja, van wie:
 - Huisarts/huisartsenpost
 - Eigen cardioloog
 - Medische hulp na bellen 112
 - EHH
 - Anders:
7. *Welke actie is daarop ondernomen:*
 - Wat was daarvan het resultaat:

Tabel 1

medisch-ethische toetsingcommissie (METC) van het OLVG. De commissie beoordeelde het onderzoek als niet WMO-plichtig en er was geen bezwaar tegen de uitvoering van het onderzoek.

Dataverzameling

Alle patiënten zijn voor ontslag goed geïnformeerd over de te verwachten complicaties en hoe daarop te handelen. Ze kregen een folder met patiënteninformatie over het onderzoek, waarin de mogelijke complicaties staan beschreven. Voor het in kaart brengen van de eindpunten noteerde de loungeverpleegkundige via een

checklist hoe laat de patiënt met ontslag ging. De ontslagcriteria luiden: de patiënten mogen geen klachten hebben zoals insteekgerelateerde bloeding, een bloeding in het algemeen, zwelling en pijn in de tijdens de procedure gebruikte arm of angina pectoris. Twee werkdagen na de PCI-behandeling heeft de verpleegkundig specialist de deelnemers telefonisch zeven vragen gesteld. Deze gingen over de mogelijk opgetreden complicaties en het inschakelen van medische hulp (zie tabel 1). De baseline patiëntgegevens zijn overgenomen uit de brief van de verwijzende cardioloog. Van alle honderd onderzochte patiënten

zijn de kenmerken geregistreerd om de patiëntengroep te beschrijven (zie tabel 2).

Baseline karakteristieken van 100 patiënten	n (%)
Mannelijk geslacht	71
Vrouwelijk geslacht	29
Leeftijd (jr.) jongste patiënt	41
Leeftijd (jr.) oudste patiënt	86
Leeftijd (jr.) gemiddeld	64 ±10
Diabetes	21
Hypertensie	52
Hypercholesterolemie	26
Familiaire belasting	21
Rokers	19
AP klasse CCS	
0	8
I	1
II	25
III	61
IV	5
Stabiele angina pectoris	85
Instabiele angina pectoris	7
Indicatie anders	8
Eerdere PCI	46
Eerdere stentplaatsing	44
Eerdere CABG	8
Eerdere MI	29
Eenvatslijden	41
Tweevatslijden	42
Drievatslijden	17
Aspirine® preprocedureel	93
P2Y12 inhibitors:	
Clopidogrel® pre procedureel	55
Efient® preprocedureel	2
Brilique® preprocedureel	2
Gepresenteerde data zijn gemiddelden ± SD of aantal patiënten. CCS= Canadian Cardiovascular Society; CABG=Coronary Artery Bypass Graft Surgery; MI=myocardinfarct	

Tabel 2

Resultaten

Alle patiënten zijn via de arteria radialis behandeld, 90% van hen via de rechter arteria radialis. Bij het merendeel van de patiënten is een zes french catheter gebruikt. Alle patiënten kregen periprocedureel heparine toegediend naar lichaamsgewicht. Het gebruikte contrastmiddel was Visipaque®. De proceduretijd is gemeten vanaf het moment van de punctie tot

en met het moment van het verwijderen van de sheath. Gegevens over de PCI zijn overgenomen uit het procedureverslag dat is opgesteld door de behandelend interventiecardioloog (zie tabel3).

Proceduregegevens van 100 patiënten	n (%)
Arteria radialis rechts	90
Arteria radialis links	10
Eerste punctie succesvol	98
Catheterdiameter 6 French	86
Catheterdiameter 5 French	14
Wisseling van Guiding catheter	10
Aantal behandelde vaten	
1	85
2	15
3	0
CTO	5
Aantal geplaatste stents	
0	4
1	52
2	27
3	11
4	4
5	1
6	1
PCI	
Compleet succes	97
Partieel succes	3
Niet geslaagd	0
Dissectie	0
Aspirine® postprocedureel	99
P2Y12 inhibitors:	
Clopidogrel® postprocedureel	85
Efient® postprocedureel	11
Brilique® postprocedureel	3
Contrast (ml)	
Minimum	30
Maximum	400
Gemiddeld	168 ±77
Proceduretijd (min.)	
Minimum	5
Maximum	114
Gemiddeld	42 ±23
Gepresenteerde data zijn gemiddelden ± SD of Aantallen. CTO=chronische totale occlusie	

Tabel 3

Postprocedureel verblijf lounge

Totaal zijn 79 patiënten na vier uur ontslagen. Tien patiënten kregen een insteekgerelateerde bloeding: een bloeding uit de insteekplaats waardoor het TR-bandje langer om moest blijven. Zes patiënten kregen een subcutane bloeding: een bloeding waarvoor een extra circulair drukverband nodig was gedurende twee uur. Gemiddeld verbleven deze patiënten 95 minuten langer op de lounge. Eén patiënt bleef een extra nacht op de verpleegafdeling wegens een insteekgerelateerde bloeding en het late tijdstip van ontslag. Pijn op de borst klachten zijn alleen geregistreerd bij patiënten met angina pectoris klachten na de PC. Als de klachten hetzelfde of toegenomen waren ten opzichte van de pijn op de borst tijdens de procedure, werd een ECG gemaakt. Drie patiënten zijn op de hartbewaking opgenomen, van wie twee vanwege pijn op de borst klachten. Van deze twee is één patiënt, zonder ECG dynamiek, dezelfde avond ontslagen. De tweede patiënt bleek postprocedureel verhoogde hartenzymen te hebben, waardoor langer verblijf op de CCU nodig was. De derde patiënt had dyspnoe klachten en kon de volgende dag met ontslag.

Follow-up

Alle 100 patiënten zijn bereikt voor de follow-up. Een gesprek duurde gemiddeld vijf minuten per patiënt.

Primaire eindpunten

Geen van de geïncludeerde patiënten kreeg in de thuissituatie een insteekgerelateerde bloeding. Een hematoom werd gemeld door 31 patiënten; alle hematomen waren gelokaliseerd op de plaats van de insteekopening en breidden zich uit naar de onderarm. Veertien patiënten vermeldden pijn in de pols of de arm. Een hematoom, gerelateerd met pijn, is bij zeven patiënten waargenomen. Zes patiënten vermeldden een zwelling, van wie één patiënt een hematoom van < 2cm had. Geen van de patiënten met een hematoom in de thuissituatie heeft hiervoor medische hulp in moeten roepen.

Negentien patiënten hadden in de eerste 48 uur postprocedureel kortdurende pijn op de borst klachten, die bij de

meeste spontaan verdwenen. Ze kregen het advies bij aanhoudende klachten contact op te nemen met de eigen cardioloog. Twee patiënten kregen het advies direct contact op te nemen met de eigen cardioloog wegens aanhoudende, herkenbare pijn op de borst klachten.

Secundaire eindpunten

Drie patiënten schakelden binnen 48 uur medische hulp in. Eén patiënt had vanwege atypische klachten contact gezocht met zijn eigen cardioloog. Bij de tweede patiënt was op de eerste dag postprocedureel zijn hand en onderarm koud en pijnlijk en hij was door zijn huisarts naar de SEH van het verwijzend ziekenhuis verwezen. De derde patiënt had de huisartsenpost één dag post PCI bezocht wegens een gezwollen gelaat, lippen en ogen en jeukende rash over zijn gehele



Loungeafdeling

lichaam. Deze waren waarschijnlijk te wijten aan een late contrastallergie (zie tabel 4).

Discussie

Op basis van het aantal beschikbare patiënten was de verwachting dat er meer patiënten geïncludeerd konden worden. In de praktijk bleken dit er veel minder te zijn. Dit komt doordat er in de periode van inclusie meer patiënten in klinische setting dan in dagbehandeling zijn behandeld; de klinische wachtlijst was groter dan de poliklinische. Daarnaast vielen er door de exclusiecriteria meer patiënten af dan verwacht. Van de geïncludeerde patiënten konden er 96 vervroegd met ontslag, van wie 79 na vier uur. Bij deze patiëntengroep zijn in de thuissituatie geen bloedingen geconstateerd die gerelateerd zijn aan de insteekopening. Evenmin was er sprake van angina pectoris klachten waarvoor medische hulp in de eerste 48 uur noodzakelijk was. Voor zover bekend uit beperkt literatuuronderzoek^{3, 4, 6} is dit het eerste onderzoek waarin de veiligheid van vervroegd ontslag is onderzocht.

Verder blijkt dat vasculaire insteekgerelateerde complicaties, zoals een arterioveneuze fistel, vals aneurysma of een grote bloeding, zeldzaam zijn.⁷ Ook het optreden van een acute coronaire occlusie is na vier uur niet meer te verwachten.⁷ Dit sluit aan bij de bevindingen van dit onderzoek, waarmee opnieuw is bevestigd dat complicaties die leiden tot verlenging van de observatietijd binnen vier uur worden waargenomen. De vooraf gedefinieerde

exclusiecriteria hebben geleid tot een goede selectie van patiënten die in aanmerking kwamen voor vervroegd ontslag. Daarmee is de absolute groep die voor vervroegd ontslag in aanmerking komt weliswaar relatief klein, maar deze groep is niet blootgesteld aan een verhoogd risico gedurende de follow-up. Ondanks dat het TR-bandje met een pulse oximeter is aangelegd, is de incidentie van RAO niet meegenomen. Dit viel buiten de vraagstelling van dit onderzoek. RAO heeft over het algemeen geen fysieke consequenties, maar de arteria radialis is in de toekomst niet meer beschikbaar voor een eventuele nieuwe interventie.

Beperkingen

Ook door de korte inclusieperiode is de onderzochte groep patiënten relatief klein gebleven. Dit geeft de beperking van dit onderzoek weer. De baselinegegevens van de geïncludeerde patiënten zijn onder andere overgenomen uit medische brieven van de verwijzende cardiologen. De variatie in deze brieven is groot; de medische voorgeschiedenis, allergieën en risicofactoren stonden niet altijd vermeld, waardoor deze gegevens niet altijd volledig ingevuld konden worden. De pijnscore is niet gemeten met de Visueel Analoge Schaal (VAS), maar met de termen 'minimaal', 'redelijk' en 'veel'.

Hiervoor is gekozen omdat het om één meting ging. De gekozen scoremeting kan een vertekening van de ernst van de pijn geven. De hematoomvorming is niet gemeten in oppervlakte, wat een vertekening van de ernst van het hematoom kan geven. Voorts is het

Primaire eindpunten	n (%)
Lounge	
Insteek gerelateerde bloeding, waarvoor langer verblijf	10
Subcutane bloeding, waarvoor langer verblijf	6
Pijn op de borst klachten dan wel dyspnoe, waarvoor langer verblijf	3
Thuisituatie	
Insteek gerelateerde bloeding	0
Hematoom	31
Hematoom < 2cm	9
Hematoom > 2cm	22
Pijn insteekgerelateerde arm minimaal	5
redelijk	7
veel	2
Zwelling	8
Pijn op de borst klachten	19
Secundaire eindpunten	
Inschakelen medische hulp	3
Reden van inschakelen medische hulp	
Pijn op de borst klachten (POB)	0
Allergie	1
POB en allergie	1
Anders:	1

Gepresenteerde data zijn aantallen


Tabel 4

mogelijk dat de patiënten hun klachten afzwakten of niet vermeldden om een zo gunstig mogelijk beeld te schetsen van hun situatie.

Conclusies

Geen van de geïncludeerde patiënten die in het OLVG een poliklinische PCI ondergingen in de periode van 8 februari tot en met 20 juni 2012 en vervroegd met ontslag gingen, had een insteekgerelateerde bloeding in de thuissituatie. Verkorting van de observatieduur en daaraan gekoppeld vervroegd ontslag na een ongecompliceerde PCI is in deze geïncludeerde groep, met de gehanteerde criteria, veilig gebleken. De mogelijke complicaties als gevolg van de PCI-behandeling binnen 48 uur na ontslag waarvoor medische hulp noodzakelijk was, leidden niet tot (meer) inroepen van medische hulp in de thuissituatie na ontslag uit het ziekenhuis. Het merendeel van de patiënten gaf tijdens de telefonische follow-up aan het vervroegd ontslag als prettig te hebben ervaren.

Aanbevelingen en implicaties

Verder onderzoek is noodzakelijk om na te gaan of de gevonden bevindingen consistent blijken bij een grotere patiëntengroep. In verband met het vervroegd ontslag zijn uit veiligheid de exclusiecriteria strikt toegepast. Nu de uitkomst positief uitvalt, zouden deze exclusiecriteria aangepast kunnen worden in vervolgonderzoek, waardoor een grotere groep patiënten in aanmerking komt voor vervroegd ontslag. Tevens kunnen de CAG patiënten, die nu niet geïncludeerd zijn, in de toekomst meegenomen worden in het vervroegd ontslagprotocol. Op grond van de huidige getallen kan een derde van de patiënten met vervroegd ontslag. Hierdoor kan er dagelijks één patiënt meer worden behandeld. Op jaarbasis zijn dit 200 patiënten meer, wat een verhoging van de behandelcapaciteit betekent met 25%. Waarschijnlijk zal dit aantal hoger uitvallen, aangezien in de periode van dit onderzoek relatief minder patiënten beschikbaar waren voor inclusie. Tevens zou in vervolgonderzoek de incidentie van RAO meegenomen kunnen worden. 

Mieke van Duinen won de publieksprijs 2012 tijdens de jaarlijkse scriptieprijs in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Haar scriptie maakte deel uit van een voorselectie van zes genomineerde scripties. In totaal dongen dertien scripties mee naar de scriptieprijs.

Literatuur

1. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.4, 15 juli 2011. Verkregen via URL: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hart-vaatstelsel/coronaire-hartziekten>. Geraadpleegd in september en oktober 2011.
2. Rapport gezondheidsraad “Bijzondere interventies aan het hart”. Den Haag, januari 2007. Verkregen via URL: <http://www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/bijzondere-interventies-aan-het-hart>. Geraadpleegd in oktober en november 2011.
3. Heyde G, Koch K, de Winter RJ, Dijkgraaf M, Klees M, Dijkman L, et al. Randomized trial comparing same-day discharge with overnight hospital stay after percutaneous coronary intervention: results of the Elective PCI in Outpatient Study (EPOS). *Circ* 2007; 115:2299-306.
4. Jabara R, Gadesam R, Pendyala L, Chronos N, Crisco L, King S, et al. Ambulatory discharge after transradial coronary intervention: Preliminary US single center experience (Same day TransRadial Intervention and Discharge Evaluation, the STRIDE Study). *Am Heart J* 2008; 156:1141-6.
5. Productieaantallen DBC-HCK 2010 en 2011. Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Amsterdam.
6. van Dullemen A. Short Stay is safe. *Cordiaal* 32[3], 76-80. 2011.
7. Amoroso G, Laarman GJ, Kiemeneij F. Overview of the transradial approach in percutaneous coronary intervention. *J Cardiovasc Med* 2007;8:230-237.
8. Uhlemann M, Möbius-Winkler S, Mende M, et al. The Leipzig Prospective Vascular Ultrasound Registry in Radial Artery Catheterization: Impact of Sheath Size on Vascular Complications. *JACC Cardiovasc Interv* 2012;5:36-43.
9. Polite L, Aprile A, Paganelli C, Amato A, Zoccai G.B, Sgura F, et al. Randomized clinical trial on short-time compression with Kaolin-filled pad: a new strategy to avoid early bleeding and subacute radial artery occlusion after percutaneous coronary intervention. *J Interven Cardiol* 2010;24:65-72.
10. Korn HV, Ohlow MA, Yu J, Huegel B, Schulte W, Wagner A, et al. A new vascular closure device for the transradial approach: the D Stat Radial system. *J Interven Cardiol* 2008;21:337-341.
11. Bernat I, Bertrand OF, Rokyta R, Kacer M, Pesek J, Koza J, et al. Efficacy and safety of transient ulnar artery compression to recanalize acute radial artery occlusion after transradial catheterization. *Am J Cardiol*. 2011;107:1698-701.
12. Cubero JM, Lombardo J, Pedrosa C, Diaz-Bejarano D, Sanchez B, Fernandez V, et al. Radial compression guided by mean artery pressure versus standard compression with a pneumatic device (RACOMAP). *J Interven Cardiol* 2009;73:467-472.
13. Pancholy S, Coppola J, Patel T, Roke-Thomas M. Prevention of radial artery occlusion-patent hemostasis evaluation trial (PROPHET study): a randomized comparison of traditional versus patency documented hemostasis after transradial catheterization. *Catheter Cardiovasc Interv* 2008;72:335-340.
14. Sanmartin M, Gomez M, Rumoroso JR, Sadaba M, Martinez M, Baz JA, Iniguez A. Interruption of blood flow during compression and radial artery occlusion after transradial catheterization. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2007;70:185-189.
15. Pancholy SB, Patel TM. Effect of duration of hemostatic compression on radial artery occlusion after transradial access. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2011;10.1002/ccd.22963.
16. Rathore S, Stables RH, Pauriah M, Hakeem A, Mills JD, Palmer ND, Perry RA, Morris JL. A randomized comparison of TR band and radistop hemostatic compression devices after transradial coronary intervention. *Catheter Cardiovasc Interv* 2010;76:660-667.
17. Pancholy SB. Impact of two different hemostatic devices on radial artery outcomes after transradial catheterization. *J Invasive Cardiol*. 2009;21(3):101-4.
18. Bernat I, Bertrand OF, Rokyta R, Kacer M, Pesek J, Koza J, Smid M, Bruhova H, Sterbakova G, Stepankova L, Costerousse O. Efficacy and safety of transient ulnar artery compression to recanalize acute radial artery occlusion after transradial catheterization. *Am J Cardiol*. 2011;107:1698-701.
19. Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek CCMO. Verkregen via URL: <http://www.ccmo-online.nl>. Geraadpleegd 1 juli 2011.

Openhartig

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

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



Rik Jansen

In deze aflevering vertelt ICD-technicus Rik Jansen over zijn vakgebied en over de leuke en minder leuke kanten van zijn baan. "De combinatie van mens en techniek spreekt me aan."

Hoe ben je ICD-technicus geworden?

"Na de HAVO en MTS ben ik medisch elektronicus geworden in het ziekenhuis. Via verschillende vervolopleidingen over fysiologie, medische techniek en terminologie heb ik mijn kennis verder uitgebreid. Doordat ik te maken had met veel verschillende toestellen, van beademing tot pacemaker, heb ik een brede ervaring opgedaan. Vijftien jaar geleden ben ik in het Medisch Centrum Alkmaar gekomen als pacemakertechnicus. Daar heb ik de NASPE gedaan, de internationale opleiding voor cardiale pacing, defibrillatie en elektrofysiologie. Tegenwoordig is de naam veranderd in IBHRE (International Board of Heart Rythm Examinars). Dit examen moet om de tien jaar worden herhaald en ik heb het nu twee keer gedaan, met goed gevolg. In Alkmaar worden ook ICD's geïmplant, waardoor dit ook binnen mijn vakgebied is gekomen. Als bestuurslid van VITHaS (Vereniging van Invasief Technische Hartstimulatie Specialist) heb ik daar meegewerkt aan de examens voor de retrograde erkenning over cardio-implantaten."

Waaruit bestaan je werkzaamheden?

"Ik doe alles wat met hartstimulatie te maken heeft: ICD's en pacemakers, ritmemonitoring, remote monitoring, long-duration holters, trouble shooting, eventueel meehelpen bij de implantatie en kantelafel- of tilttesten. Deze vinden plaats bij onbegrepen wegrakingen; ze testen de samenwerking tussen het hart en de hersenen. Er wordt dan een analy-

se gemaakt van de combinatie bloeddruk en hartslag terwijl de patiënt iets achteroverleunt. Daaruit volgt meestal een leefadvies en een enkele keer een pacemakerimplantatie. Daarnaast geef ik af en toe presentaties, wat ik erg leuk vind om te doen."

Welke vaardigheden zijn belangrijk voor een ICD-technicus?

"Je moet heel secuur zijn. Minieme verschillen in getallen kunnen grote gevolgen hebben als ze niet kloppen. Daarom is er ook een goed team nodig dat kritisch is naar elkaar en bereid is elkaar dingen uit te leggen. Goed met mensen om kunnen gaan, is ook heel belangrijk. Mensen moeten vertrouwen in je hebben en je moet in staat zijn om duidelijke uitleg te geven."

Wat vind je boeiend aan je vak?

"De combinatie van mens en techniek. Bij het controleren van pacemakers en ICD's ben ik de schakel in een onbekende wereld voor de patiënt. Verder vind ik het prettig om in een ziekenhuis te werken, omdat ik hier veel mensen om me heen heb. Ook het samenwerken met verschillende disciplines maakt het interessant."


Waar loop je tegenaan?

"Praktisch gezien kom ik weinig problemen tegen. Het is soms wel moeilijk wanneer mensen overlijden. Vaak maak je in de loop der jaren veel mee met een patiënt en krijg je een bijzondere band. Er zijn patiënten die hier al tien tot vijftien jaar komen. Als iemand dan overlijdt, raakt me dat wel."

Is er een bijzondere gebeurtenis die je is bijgebleven?

"Dat zijn vooral de acute situaties waarbij meerdere shocks zijn geweest. Die hebben een behoorlijke impact op patiënten. En ook een agressieve patiënt is me bijgebleven. Hij moest een kwartier wachten en was toen zo boos dat hij met de monitor wilde gooien. Ik dacht er verstandig aan te doen om niets te zeggen, maar toen kreeg ik het verwijt dat ik arrogant was. Heel bijzonder zijn de werkplekonderzoeken. Ik doe dan allerlei metingen om te kijken of mensen daar nog kunnen werken met hun pacemaker of ICD. Zo deed ik een onderzoek op vliegveld de Kooy bij Den Helder. Het is oorspronkelijk een vliegveld van de marine, maar nu wordt het veel gebruikt voor offshore helikoptervluchten. Ik ging ook mee in de helikopter om daar metingen te verrichten. De uitslag was gunstig: de patiënt kon daar gewoon blijven werken."

Hoe gaan jullie om met het uitzetten van de ICD?

"De cardioloog overlegt altijd met de huisarts en geeft opdracht om de ICD uit te zetten. Wij gaan dan naar de mensen toe om thuis de ICD-functie te beëindigen. Op die manier werken we volgens ons protocol. We hebben daarbij een 24-uurs ondersteuning. Een ritmecardioloog of een ICD-technicus is altijd bereikbaar, zodat mensen ons ook 's avonds en 's nachts kunnen bellen als het nodig is." 

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

De prognose van hartpatiënten die stoppen met roken verbetert enorm. De nieuwe Vraag-Advies-Verwijs -methode verlicht de rol van de verpleegkundigen doordat zij voor een groot deel van de ondersteuning kunnen verwijzen naar externe professionals. De Open Universiteit heeft daarom in samenwerking met de Universiteit Maastricht en de Stichting Volksgezondheid en Roken onderzoek gedaan naar de effecten, haalbaarheid en inpasbaarheid van deze methode. Dit onderzoek is uitgevoerd op verpleegafdelingen cardiologie van acht ziekenhuizen.

Cor Hotting, MSc¹, Nadine Berndt, MSc²; Lilian Lechner, Prof., PhD²; Aart Mudde, PhD²; Hein de Vries, Prof., PhD³; Dewi Segaar, PhD⁴; Catherine Bolman, PhD²

¹Beleidsmedewerker ministerie van SZW;

²Faculteit Psychologie, Open Universiteit;

³Vakgroep GVO, Universiteit Maastricht,

⁴Stichting Volksgezondheid en Roken

E-mail: catherine.bolman@ou.nl

Onderzoek naar implementatie stoppen-met-roken begeleiding op verpleegafdeling cardiologie

Methode Vraag-Advies-Verwijs helpt hartpatiënten te stoppen met roken

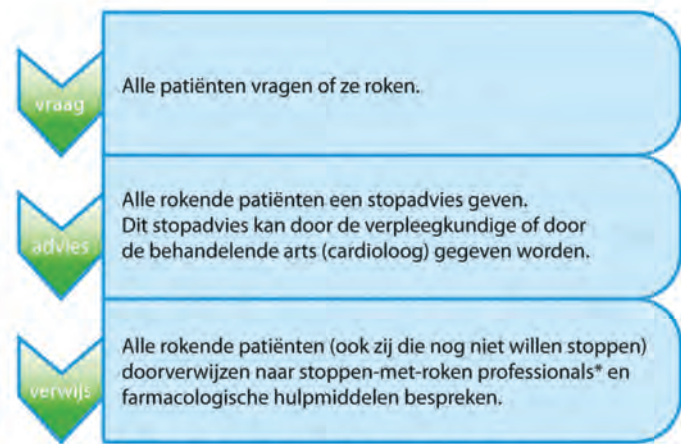
Inleiding

Hart- en vaatziekten behoren tot de meest voorkomende doodsoorzaak in Nederland en coronaire hartziekten spelen hierin een belangrijke rol. Het aantal mensen dat met een coronaire hartziekte in een ziekenhuis wordt opgenomen is zorgwekkend; in 2010 waren er 88.933 klinische opnamen.¹ Van deze mensen overleden er 10.382² en 20% van de sterfgevallen was gerelateerd aan roken.³ Roken behoort tot de meest veranderbare risicofactoren van coronaire hartziekten. De prognose van een hartziekte verbetert aanzienlijk wanneer patiënten stoppen met roken: na één jaar is er minder kans op herhaling van een hartinfarct en tot 40% minder kans op overlijden.^{4,5} Toch blijft meer dan de helft van de mensen met een coronaire hartziekte roken of valt weer snel terug na gestopt te zijn.^{6,7}

Op verpleegafdelingen cardiologie in ziekenhuizen is al langer geëxperimenteerd met stoppen-met-roken (SMR) begeleiding, onder andere met de Minimale Interventie Strategie voor Cardiologiepatiënten (C-MIS). Belangrijke onderdelen van de C-MIS zijn het bevragen van het rookgedrag en het geven van een stopadvies door de cardioloog. Afdelingsverpleegkundigen geven de verdere begeleiding tijdens de opname. Evaluatieonderzoek heeft uitgewezen dat deze begeleidingsvorm niet intensief genoeg is en dat verpleegkundigen veel moeilijkheden ervaren bij het verlenen van deze zorg.⁸ Er is behoefte

aan betere en intensievere interventies om hartpatiënten te ondersteunen bij het stoppen met roken, die tegelijkertijd een minder groot beroep doen op verpleegkundigen. Een nieuwe methode, de Vraag-Advies-Verwijs (VAV)-methode (zie figuur 1) komt hieraan tegemoet.^{9,10,11}

kans op terugval. Uit onderzoek onder ziekenhuispatiënten die rookten, zijn er sterke aanwijzingen dat counseling en terugvalpreventie gedurende tenminste één maand na opname de kans op succesvol SMR verbeteren.^{12,13} De persoonlijke en telefonische coaching worden door de Stichting Volks-



* Binnen het huidige onderzoek zijn patiënten doorverwezen naar telefonische of persoonlijke coaching.

Figuur 1: Vraag- Advies-Verwijs (VAV) methode voor verpleegkundigen in drie stappen.

VAV-methode

De VAV-methode verlicht de rol van de verpleegkundigen doordat zij voor het grootste deel van de begeleiding kunnen verwijzen naar externe gezondheidsprofessionals. Persoonlijke en telefonische SMR-coaches bieden intensieve begeleiding, die buiten de cardiologieafdeling plaatsvindt. Hierdoor stoppen wellicht meer patiënten met roken en vermindert de

gezondheid en Roken (STIVORO) momenteel toegepast bij het algemeen publiek in Nederland, omdat ze volgens Cochrane reviews effectief zijn.^{14,15} Ze zijn echter nog niet onderzocht bij hartpatiënten in een ziekenhuis. Daarom heeft de Open Universiteit in samenwerking met de Universiteit Maastricht en STIVORO een studie uitgevoerd op de cardiologieafdelingen van acht ziekenhuizen

(zie kader) naar de haalbaarheid en inpasbaarheid van de VAV-methode met doorverwijzing naar begeleiding door persoonlijke of telefonische coaches (zie figuren 1, 2). Beide gedragsmatige interventies werden gecombineerd met de verstrekking van nicotinepleisters, omdat daarmee de slingskans van de behandeling toeneemt.^{12,16,17}

rookgedrag na zes maanden. Stoppercentages zijn 31.8% in de controlegroep, 40.5% in de persoonlijke coachingsgroep en 41.9% in de telefonische coachingsgroep. Bij deze stoppercentages zijn alle mensen die na zes maanden niet hebben meegedaan aan de meting, beschouwd als rokers. De analyses zijn herhaald met een correctie voor verschillen tussen de groe-

gedaan naar de gebruikelijke SMR-ondersteuning op de afdeling en hun intentie om volgens VAV-methode te werken op (verpleeg-) afdelingen cardiologie. Daarbij is ook in kaart gebracht welke middelen zij nog misten en welke zij noodzakelijk vonden om de VAV-methode te implementeren. Tenslotte is (3) onderzocht hoe telefonische coaches en persoonlijke

Vorbereiden		Actie		Volhouden		
Sessie 1 Informatie relatie roken - klachten Stopdatum	Sessie 2 Afwegen wel/niet stoppen Stopplan Stopdatum	Sessie 3 Ontwennen Leren omgaan met trek	Sessie 4 Zelfcontrole-technieken	Sessie 5 Risicosituaties	Sessie 6 Onderwerp naar eigen keuze	Sessie 7 Telefonisch contact (ook bij PC) Evaluatie
Week 1 TC: 15 min PC: 45 min	Week 2 TC: 15 min PC: 45 min	Week 3 TC: 15 min PC: 45 min	Week 4 TC: 15 min PC: 45 min	Week 5 TC: 15 min PC: 45 min	Week 6 TC: 15 min PC: 45 min	Week 7 TC: 15 min PC: 15 min

Figuur 2: Interventieprotocol voor telefonische (TC) en persoonlijke (PC) coaching

Effectstudie

De studie naar de effecten van deze SMR-begeleiding zes maanden na patiëntopname is elders gerapporteerd.¹⁸ Samengevat laat de effectstudie zien dat de interventies in elk geval op korte termijn effectief zijn om hartpatiënten, die vóór hun opname in het ziekenhuis rookten, te ondersteunen bij het stoppen met roken. Van de acht verpleegafdelingen cardiologie die meededen aan het onderzoek werden 245 patiënten doorverwezen naar de gebruikelijke zorg (controlegroep), 223 naar de telefonische coaching en 157 naar de persoonlijke coaching. De interventies zijn vergeleken met de gebruikelijke zorg met betrekking tot het zelfgerapporteerde

pen (zoals mate van verslaving die hoger was in de coachingsgroepen dan in de gebruikelijke zorggroep), met een correctie voor factoren die mogelijk van invloed zijn op het rookgedrag (zoals eerdere stoppoging) en de effecten van de interventies mogelijk beïnvloeden (zoals opleidingsniveau). Deze analyses lieten zien dat de interventies effectief zijn voor hartpatiënten met een lager opleidingsniveau, waarbij de telefonische coaching de grootste effecten heeft. Er is na zes maanden ook een economische evaluatie uitgevoerd om de kosten van de interventies af te wegen tegen de effecten. Uit deze evaluatie blijkt dat de telefonische coaching, vergeleken met de gebruikelijke zorg en de persoonlijke coaching, kosteneffectief is.¹⁹

Onderzoek inpassing VAV-methode

Gezien deze positieve effecten, is er onderzoek gedaan naar de haalbaarheid en inpasbaarheid van de VAV-methode en de coachingsinterventies. Met drie deelstudies is gekeken naar (1) de gebruikelijke SMR-ondersteuning door cardiologieverpleegkundigen en factoren die bepalend zijn voor het al dan niet ondersteunen van patiënten bij SMR volgens de VAV-methode. Daarnaast is (2) onder teamleiders en cardiologen onderzoek

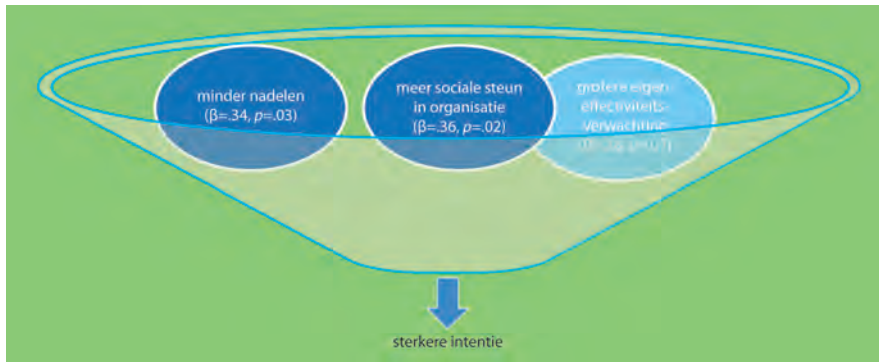
coaches de protocollen voor coaching evalueerden en in hoeverre zij het protocol (zie figuur 2) gedurende de interventieperiodes toepasten.

Methode

Bij deze studie zijn vijf groepen professionals uit de acht ziekenhuizen die deelnamen aan de effectstudie onderzocht: cardiologieverpleegkundigen, teamleiders, cardiologen en de telefonische en persoonlijke coaches. In de periode mei tot september 2011 ontvingen twintig verpleegkundigen op elke afdeling een vragenlijst om na te gaan in hoeverre zij van plan waren om na beëindiging van het effectonderzoek de VAV-methode te blijven gebruiken en onder welke voorwaarden. In totaal hebben 51 (94% vrouw, gemiddelde leeftijd 35) van de 160 verpleegkundigen een volledig ingevulde lijst ingeleverd, een respons van 32%. Van deze verpleegkundigen had de meerderheid (64%) nooit gerookt, 22% is gestopt, een kleine minderheid (10%) rookte nog dagelijks en 4% af en toe.

Alle teamleiders van de afdelingen (75% vrouw, gemiddelde leeftijd 43) hebben de online-vragenlijst ingevuld. Van hen rookte niemand en had de meerderheid (62%) nooit gerookt. Van de in totaal 32 (vier per afdeling)

Deelnemende ziekenhuizen waren het Amphia Ziekenhuis (Breda), het Atrium Medisch Center (Heerlen), het Haga Ziekenhuis (Den Haag), het Medisch Centrum Haaglanden (Leidschendam), het Medisch Centrum Leeuwarden, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam), het Twee Steden Ziekenhuis (Tilburg) en het VU Medisch Centrum (Amsterdam).



Figuur 3: Relaties tussen motivatie-variabelen en intentie om VAV-methode te blijven toepassen.

benaderde cardiologen (33% vrouw, gemiddelde leeftijd 43) hebben er 12 de vragenlijst ingevuld, een respons van 38%. Van deze cardiologen had de meerderheid (75%) nooit gerookt en was 25% gestopt.

Van STIVORO hebben vier telefonische coaches meegewerkt aan de interventie. Alle vier hebben na afloop de online-vragenlijst ingevuld. Verder zijn per deelnemende afdeling twee verpleegkundigen opgeleid tot persoonlijke SMR-coach. Van de 16 persoonlijke coaches hebben er 13 een online-vragenlijst ingevuld, een respons van 81%.

Vragenlijsten

Er zijn vijf vragenlijsten gebruikt, voor elk van de onderzoeksgroepen één. De verpleegkundigen, hun teamleiders en de cardiologen zijn gevraagd naar hun intentie om de VAV-methode (zie figuur 1) ook na het effectonderzoek te blijven toepassen, te organiseren en te ondersteunen. Om te onderzoeken welke factoren bij verpleegkundigen daarvoor bepalend zijn, is aan hen onder andere gevraagd in hoeverre zij het eens waren met de in de vragenlijst geschetste voordelen (bijvoorbeeld “De VAV-methode maakt het makkelijker om patiënten te ondersteunen met SMR”) en nadelen (bijvoorbeeld “De VAV-methode kost meer tijd”). Met vragen zoals “het lukt mij om de VAV-methode toe te passen als het druk is op de afdeling” werd hun eigen effectiviteitsverwachting gemeten. Ook is hen gevraagd of zij steun of tegenwerking verwachtten van hun collega’s, cardiologen, teamleiders en directieleden bij de implementatie van de VAV-methode. Daarnaast is de sociale norm gemeten

met de vraag of zij dachten dat deze collega’s vonden dat zij de VAV-methode moesten toepassen. Bij de meeste vragen kon gekozen worden uit vijf antwoorden: “helemaal mee oneens”, “deels mee oneens”, “neutraal”, “deels mee eens”, “helemaal mee eens”. Tenslotte is een aantal vragen gesteld over persoonskenmerken (leeftijd, sekse, rookgedrag), training en opleiding, huidige SMR-begeleiding en SMR-beleid en bekendheid en ervaring met begeleiding van patiënten bij SMR.

Bij de cardiologen en de teamleiders is, naast bovengenoemde intentie, gevraagd in hoeverre ze een aantal stappen uit het SMR-traject in de praktijk al toepasten, of de verpleegkundigen voldoende kennis, ervaring en motivatie hadden, of er voldoende materialen waren en of er voldoende financiële middelen voor SMR waren. Daarnaast is hen gevraagd welke andere middelen (bijvoorbeeld actuele kennis, trainingsvaardigheden, financiële vergoeding en ondersteuning door de organisatie) er nodig zijn voor een succesvolle implementatie van de VAV-methode.

Aan de telefonische en persoonlijke coaches is onder andere gevraagd hoe zij de methode, de handleiding, de brochure, de verstrekking van nicotinepleisters en de coaching hadden ervaren. Ook is hen gevraagd in hoeverre zij de thema’s van het interventieprotocol (zie figuur 2) bij de begeleiding behandeld hadden, zoals het opstellen van een stopplan, het omgaan met verleidelijke situaties, terugvalpreventie en telefonische follow-up.

Analyses

De ingevulde vragenlijsten van de verpleegkundigen zijn geanalyseerd met behulp van SPSS, versie 19. Hiertoe zijn de 51 respondenten verdeeld in een groep verpleegkundigen met een zwakke intentie en een groep met een sterke intentie (indelingscriterium < 4 en ≥ 4 op een schaal van 1-5) voor toepassing van de VAV-methode. Beide groepen zijn vervolgens vergeleken op factoren zoals leeftijd, sekse, ervaring, rookgedrag, werkomgeving en opleiding en op motiefactoren zoals beleving van voor- en nadelen, ervaren norm en steun en eigen effectiviteit. Naast deze groepsvergelijking is met een multiële regressieanalyse nagegaan hoe de samenhang is van bovengenoemde motiefactoren met de intentie om de VAV-methode in de toekomst toe te passen.

De andere respondentengroepen (teamleiders, cardiologen, telefonische en persoonlijke coaches) waren te klein voor een toetsende statistische analyse en zijn beschrijvend geanalyseerd.

Bevindingen en discussie

In de eerste deelstudie had een grote meerderheid van de verpleegkundigen (80%) een sterke intentie ofwel voor te nemen om de VAV-methode te blijven toepassen. Deze verpleegkundigen waren gemiddeld ouder, hadden meer ervaring en gaven vaker aan dat er tijdens hun opleiding aandacht was voor SMR, dat er afdelingsbeleid was voor SMR en dat er in het ziekenhuis een SMR-polikliniek aanwezig was. Uit de regressieanalyse bleek dat de intentie van verpleegkundigen sterker was naarmate ze minder nadelen van het gebruik van de VAV-methode ervoeren, een hogere eigen effectiviteitsverwachting hadden over de uitvoering en meer sociale steun van de organisatie (collega’s, cardiologen, teamleiders, ziekenhuisdirectie) kregen om de VAV-methode te gebruiken (zie figuur 3). Ter bevordering van implementatie van de VAV-methode is het belangrijk om aan deze aspecten aandacht te besteden. In een studie naar de implementatie van de C-MIS waren de door verpleegkundigen waargenomen voordelen en eenvoud van de C-MIS belangrijk en de waargenomen nadelen niet.²⁰ Dat in die studie andere resultaten gevonden werden, heeft

waarschijnlijk te maken met de grotere rol van de verpleegkundige bij het uitvoeren van het C-MIS protocol.

Cardiologen en teamleiders

De tweede deelstudie betrof cardiologen en teamleiders. De rol van cardiologen in de VAV-methode bestaat (in afstemming met de verpleegkundige) uit het vragen naar het rookgedrag, het geven van stopadvies en het verstrekken van nicotinepleisters (met name nagaan of er geen contra-indicaties voor gebruik zijn). Teamleiders dienen de implementatie van de VAV-methode te faciliteren, het op de agenda te zetten en te monitoren. Beide professionals gaven aan dat zij die rol meestal al vervulden. Ze hadden ook de intentie om dat te blijven doen en verwachtten ook de overige onderdelen van SMR regelmatig toe te zullen passen en de VAV-methode te blijven ondersteunen. Deze bevindingen bij de teamleiders komen overeen met die van een Nederlandse studie van Berndt et al.²¹ in een grotere onderzoeksgroep (N=117). Daar werd gevonden dat een meerderheid (73%) van de teamleiders op verpleegafdelingen cardiologie een sterke intentie had om SMR-ondersteuning met de VAV-methode toe te passen op hun afdeling. In die studie werd bovendien gevonden dat een positieve attitude en meer sociale steun gepaard gingen met een sterkere intentie van teamleiders om de VAV-methode te gaan gebruiken.

Onder cardiologen en teamleiders in de onderhavige studie bestond verdeeldheid over de mate waarin al voorzien is in voorwaarden voor implementatie, zoals het beschikken over een duidelijk protocol en taakverdeling. Sommigen vonden dat daarin al wel is voorzien, anderen vonden dit niet. Meer teamleiders dan cardiologen waren niet geheel overtuigd dat er op de afdeling voldoende tijd en financieringsmogelijkheden zijn om de VAV-methode uit te voeren. Ook ontbraken volgens een deel van de teamleiders informatiefolders en specifieke vaardigheden om de VAV-methode uit te voeren. Deze zaken hebben dus bij toekomstige implementatie van de VAV-methode aandacht nodig.


De derde deelstudie tenslotte betrof een onderzoek onder de telefonische coaches en persoonlijke coaches naar de evaluatie en opvolging van de protocollen. Het protocol werd door beide type coaches (N=17) op alle onderdelen positief gewaardeerd. Alle zeven thema's (zie figuur 2) zijn bij vrijwel alle patiënten aan de orde geweest. Ook een aanpassing om de gespreksinhoud af te stemmen op de behoefte en situatie van de patiënt is goed toegepast. Deze resultaten wijzen erop dat de protocollen werkbaar zijn in de praktijk.

Conclusie

Op basis van deze studie wordt geconcludeerd dat zorgverleners positief staan tegenover het begeleiden van rokende hartpatiënten bij het SMR met behulp van de VAV-methode, in combinatie met verwijzing naar persoonlijke of telefonische coaching. Niettemin dienen de resultaten van deze studie met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden vanwege methodologische beperkingen, zoals de kleine steekproefomvang en de zelfrapportage, waardoor mogelijk sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven. Verpleegkundigen lijken positief te staan tegenover deze werkwijze en minder barrières te ervaren dan bij de uitvoering van de C-MIS, waarnaar eerder onderzoek is gedaan.^{8,22}

Verpleegkundigen kunnen een sleutelrol vervullen bij de start van SMR-begeleiding aan de patiënt tijdens opname in het ziekenhuis, maar ook cardiologen zijn onmisbaar bij stopadvies en de zorg voor nicotinevervangers. Een duidelijk protocol en taakverdeling zijn van belang en verpleegkundigen dienen over de benodigde vaardigheden en materialen te beschikken. Daarnaast dienen er voldoende professionele telefonische en persoonlijke coaches te zijn om patiënten te begeleiden. Ook de financiering moet goed geregeld worden. De coaches moeten kosteloos (wellicht tegen geringe vergoeding) beschikbaar zijn en afdelingsverpleegkundigen moeten weten naar welke partijen ze de patiënt kunnen doorverwijzen.

Tijdens het project werden alle kosten

voor de coaching en nicotinevervangers vergoed, werden binnen de verpleegafdeling persoonlijke coaches getraind en werd telefonische coaching vanuit het behandelcentrum van STIVORO gegeven. De afdelingsverpleegkundige vormde de brug tussen de patiënt en behandelaar. Hoewel nog onduidelijk is hoe de samenwerking en financiering in de toekomst vorm krijgen, hopen wij met dit onderzoek het belang en de haalbaarheid van deze werkwijze te onderstrepen. Het is belangrijk dat de beroepsgroepen van cardiologen en cardiologieverpleegkundigen, STIVORO, zorgverzekeraars en de overheid samen verder werken aan implementatie. Daarnaast zou bekeken moeten worden hoe de VAV-methode en de aansluitende intensieve coaching ingebed kunnen worden in de hartrevalidatie. De genoemde aspecten hebben blijvende aandacht nodig om evidence-based SMR-begeleiding voor hartpatiënten te optimaliseren. 

Dit artikel is een samenvatting van het stageverslag 'Disseminatieonderzoek van coaching bij stoppen met roken op cardiologie-afdelingen, studie in het kader van het project RookVrijHart' dat C. Hotting heeft geschreven voor zijn stage in de Masterstudie gezondheidspsychologie van de Open Universiteit. Het volledige verslag is op te vragen bij C. Bolman, Open Universiteit (catherine.bolman@ou.nl).

Literatuur

1. Poos MJJC, Deckers JW, Engelfriet PM. Welke-zorg-gebruiken-patiënten-en-kosten. Internet site Nationaal Kompas Volksgezondheid 2012. Beschikbaar via www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/coronaire-hartziekten/welke-zorg-gebruiken-patiënten-en-kosten. Geraadpleegd 20 oktober 2012.
2. Poos MJJC, Luijben AHP, Harbers MM. Sterfte naar doodsoorzaak samengevat. Internet site Nationaal Kompas Volksgezondheid 2012. Beschikbaar via www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte,levensverwachting-en-DALY's/sterfte-naar-doodsoorzaak-samengevat. Geraadpleegd 26 augustus 2012.
3. Gelder BM van, Poos MJJC, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen

- van roken? Internet site Nationaal Kompas Volksgezondheid 2012. Beschikbaar via www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-roken. Geraadpleegd 30 augustus 2012.
- Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA & Hilleman DE. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease 2007. *Chest*; 131: 446-52.
 - Critchley J, Capewell, S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease 2004. *Cochrane Database System Rev*; 4: CD003041.
 - Berndt NC, Bolman CAW, Mudde AN et al. Risk groups and predictors of short-term smoking abstinence in patients with coronary heart disease. *Heart & Lung*. 2011; 41 (4): 332-343.
 - Scholte op Reimer W, de Swart E, de Bacquer D et al. Smoking behaviour in European patients with established coronary heart disease. *Eur Heart J*. 2006; 27: 35-41.
 - Segaar D, Willemsen MC, Bolman CAW, de Vries H. Nurse Adherence to a Minimal-Contact Smoking Cessation Intervention on Cardiac wards. *Res Nursing & Health*. 2007; 30: 429-444.
 - CBO. Dutch Institute for Health Care: Guideline Treatment of Tobacco Dependence. 2009. Van Zuiden Communications. Alphen aan den Rijn.
 - Fiore MC, Jaén CR, Baker TB et al. Treating Tobacco Use and Dependence. 2008. US DHHS. Rockville, MD.
 - Willems E. Zorgmodule stoppen met roken. Partnership Stop met Roken, 2009. Den Haag.
 - Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2008; 168 (18): 1950-1960.
 - Mohiuddin SM, Moos A, Hunter C et al. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *CHEST*. 2007; 131: 446-452.
 - Stead LF, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control*. 2007; 16: 3-8.
 - Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review*. 2005; 2: CD001292.
 - Stead LF, Perera R, Bullen C et al. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Cochrane Database Systematic Review*. 2008; 1: CD000146.
 - Smith PM, Burgess E. Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*. 2009; 180: 1297-1303.
 - Berndt N, Bolman C, Froelicher ES, Mudde A, Candel M, de Vries H, Lechner L. Effectiveness of two intensive counseling methods for smoking cessation in cardiac patients: a 6-month follow-up. *Journal of Behavioral Medicine*. 2012; under review.
 - Berndt N, Bolman C, Max W, Lechner L, Mudde A, De Vries H, Evers S. Cost-effectiveness of a telephone-delivered and face-to-face-delivered counseling intervention for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Psychology & Health*. 2012; submitted for publication.
 - Bolman CAW, de Vries H, Mesters I. Factors determining cardiac nurses' intentions to continue using a smoking cessation protocol. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2002; 3: 15-24.
 - Berndt NC, Bolman C, de Vries H, Segaar D, van Boven I, Lechner L. Smoking Cessation Treatment Practices: Recommendations for Improved Adoption on Cardiology Wards. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011; doi: 10.1097/JCN.0b013e318231f424.
 - Segaar D, Bolman C, Willemsen MC, Vries H. Determinants of adoption of cognitive behavioral interventions in a hospital setting: example of a minimal-contact smoking cessation intervention for cardiology wards. *Patient Education and Counseling*. 2006; 61(2): 262-271.

Expertgroep Verpleegkundig Specialist

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

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

Ben je Verpleegkundig Specialist (io), lid van de NVHVV, en heb je interesse om deel te nemen aan deze expertgroep? Neem dan contact op met Sander van Gisbergen, penningmeester NVHVV, s.vangisbergen@erasmusmc.nl. Ben je nog geen lid, wellicht is dit dan het moment je aan te melden. De NVHVV heeft je nodig!

Bestuur NVHVV



Programma 2013

- 19 maart 2013** **CNE Vasculaire Zorg**
Cerebraal Vasculaire ziekten
- 9 april 2013** **CNE Cardio-thoracale chirurgie**
Diabetes in relatie tot CTC
- 22 april 2013** **CNE Atriumfibrilleren**
Atriumfibrilleren en sport
- 21 mei 2013** **Avond CNE (Berg en Dal)**
Antistolling in praktijk
- 22 mei 2013** **Avond CNE (Berg en Dal)**
Antistolling in praktijk
- 23 mei 2013** **Avond CNE (Berg en Dal)**
Antistolling in praktijk
- 28 mei 2013** **Avond CNE (Berg en Dal)**
Antistolling in praktijk
- 30 mei 2013** **Avond CNE (Berg en Dal)**
Antistolling in praktijk
- 19 juni 2013** **Avond CNE (Berg en Dal)**
Antistolling in praktijk
- 12 september 2013** **CNE Hartfalen**
Social media in de zorg en echocardiografie
- 26 september 2013** **CNE Vasculaire Zorg**
Diabetes en de vasculaire risico's
- 10 oktober 2013** **CNE Hartrevalidatie**
Ethiek binnen de hartrevalidatie
- 11 oktober 2013** **Nascholing ICD**
(in samenwerking met Vithas) Hartritmestoornissen

Het aanbod aan CNE's is nog niet compleet, houd onze website in de gaten voor het aanvullende aanbod met na- en bijscholing voor o.a. verpleegkundig specialisten, interventiecardiologie en congenitale cardiologie.

Alle CNE's vinden in Utrecht plaats. Voor meer informatie, prijzen en aanmeldingen ga naar www.nvhv.nl – NVHV Opleidingen.

De CNE's 2013 worden mede mogelijk gemaakt door



NU'91, werkt voor de zorg!

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

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

Samenwerking NVHV en NU'91

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

Combilidmaatschap NVHV en NU'91

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

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

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



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

BEROEPSORGANISATIE VOOR DE VERPLEGING EN VERZORGING

Ook binnen de cardiologische zorg is veiligheid van de patiënt een belangrijk thema. Nu het VMS veiligheidsprogramma in december 2012 officieel is afgesloten, zet Cordiaal doelstellingen en richtlijnen van 'optimale zorg bij acute coronaire syndromen' nog eens op een rij.

Anne-Geert van Driel, Projectmedewerker cardiologie, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht

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

Patiëntveiligheid en cardiologische zorg

Het thema patiëntveiligheid is een maatschappelijk actueel thema en staat hoog op de agenda van overheid, patiëntenvertegenwoordigers, zorgaanbieders, professionals en zorgverzekeraars. Patiëntveiligheid kan omschreven worden als:

'Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk en/of psychisch). Ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem. Uitgangspunt is het streven naar het ontwerpen van veilige systemen, waardoor fouten worden voorkomen of niet meer leiden tot (onherstelbare) schade'.¹

Binnen de ziekenhuiswereld zijn in de loop der jaren verschillende maatregelen genomen om de zorg veiliger te maken. Zo kennen de meeste ziekenhuizen tegenwoordig een systeem van veilig incidenten melden, het lopen van veiligheidsrondes en het gebruik van checklists.

Veiligheidsprogramma

Ook het VMS veiligheidsprogramma² heeft de afgelopen jaren bijgedragen aan veiligheid in de zorg. Dit programma is in 2008 gestart om de patiëntveiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen te verbeteren. Het veiligheidsprogramma bestaat uit tien thema's (zie kader). Een van de tien thema's is het 'Acuut Coronair Syndroom' (ACS). De doelstelling was dat eind 2012 alle ziekenhuizen werken volgens de richtlijnen van de European Society of Cardiology (ESC). Deze richtlijnen zijn:

- Bij ten minste 90% van de patiënten met een acuut STEMI is binnen 90 minuten na het eerste (para)medisch contact de PCI-behandeling in een PCI-centrum gestart.

Meer regie: tips voor mensen met een hart- of vaataandoening



- Bij ten minste 90% van de patiënten met IAP/non-STEMI is de beleidsbeslissing op basis van risicostratificatie met behulp van de GRACE-, TIMI- of FRISC-score gedocumenteerd.
- Ten minste 90% van de patiënten heeft de 'gouden vijf' medicijnen (acetylsalicylzuur, clopidogrel/thienopyridines, statine, bètablokker en een ACE-remmer) voorgeschreven gekregen bij ontslag.
- Alle patiënten met een hartinfarct die in aanmerking komen voor

hartrevalidatie volgen een revalidatieprogramma.

Het VMS veiligheidsprogramma is op 20 december 2012 afgesloten met een landelijk symposium in Rotterdam. Maar de officiële afsluiting betekent niet dat aan de aandacht voor patiëntveiligheid een einde is gekomen. In hoeverre alle doelen rond het Acuut Coronair Syndroom in de Nederlandse ziekenhuizen zijn gehaald, is nog niet duidelijk. Hiernaar vindt momenteel nog onderzoek plaats. Wel hebben zo'n zestig ziekenhuizen een geaccre-

Meer regie: tips voor mensen met een hart- of vaataandoening



U heeft invloed op de gezondheid van uw hart en vaten

U heeft gehoord dat uw risico op het krijgen van een hart- of vaatziekte is verhoogd. Of u heeft al een hart- of vaatziekte en u wilt niet dat uw klachten erger worden. Door uw leefstijl aan te passen, kunt u uw risico kleiner maken. Voorbeelden van risicofactoren zijn roken, ongezond eten of stress. Leefgewoontes veranderen kan een behoorlijke opgave zijn. Uw zorgverlener kan u hierbij helpen.



Wat vindt u belangrijk in het leven?

Bedenk eerst wat voor u in uw leven belangrijk is. Zijn er dingen die u weer zou willen kunnen? Wat zijn uw gezondheidsdoelen? U bereikt een doel eerder als het past in uw dagelijks leven. Het helpt om duidelijk te krijgen wat u hiervoor moet veranderen. En waarom dat voor u lastig kan zijn. Uw zorgverlener kan u daarbij helpen.

"Ik wil weer 2 dagen per week kunnen werken"



Maak uw eigen stappenplan

Besprek uw doelen met uw zorgverlener en hoe u ze wilt bereiken. Wat doet u zelf en welke hulp heeft u nodig van familie, vrienden of zorgverleners? Zet kleine stappen en bespreek deze regelmatig met uw zorgverlener. Is uw doel nog haalbaar? Wat lukt wel en wat niet? Wat is eraan te doen? Vraag gerust om hulp!

"Deze week ga ik zelf weer de hond uitlaten".



Vraag naar informatie

Om uw doelen te halen heeft u informatie nodig. Dit kan informatie zijn over uw hart- of vaataandoening, risicofactoren, cursussen omgaan met stress of clubs waar u kunt sporten met hartpatiënten. Vraag uw zorgverlener om deze informatie. Of bel met de Hart en Vaatlijn van De Hart&Vaatgroep en Hartstichting: 0900 – 3000 300. Op www.hartenvaatgroep.nl vindt u ook veel informatie, brochures en adressen.



Weet wie uw vaste aanspreekpersoon is

Bij de behandeling en begeleiding van hart- en vaataandoeningen zijn vaak meerdere zorgverleners betrokken. Het is belangrijk dat u weet wie uw vaste aanspreekpersoon is en hoe u deze kunt bereiken. Bij deze 'centrale zorgverlener' kunt u als eerste terecht met vragen over uw hart- of vaataandoening. Zeg het wanneer u een voorkeur voor een 'centrale zorgverlener' heeft.



Het is uw lichaam

U kunt veel zelf doen als het gaat om het meten en in de gaten houden van waardes zoals bloeddruk, gewicht of glucose. Ga na wat u zelf kunt en wilt doen en bespreek dit met uw zorgverlener. Er zijn handige hulpmiddelen waarin u de waardes kunt noteren en waarin u uw persoonlijke gezondheidsdoelen kunt opschrijven. Bijvoorbeeld het Zorgplan Vitale Vaten van De Hart&Vaatgroep.

Op www.hartenvaatgroep.nl vindt u veel informatie over hart- en vaataandoeningen, handige brochures en adressen. Ook staan er hulpmiddelen, zoals het Zorgplan Vitale Vaten en de beweegzoeker met beweegaanbod bij u in de buurt.



nicatie te verbeteren is het gebruik van een patiëntveiligheidskaart.⁵

Deze kaarten zijn door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) in samenspraak met patiëntenorganisaties ontwikkeld om communicatie met hulpverleners te stimuleren en veiligheid te vergroten. Daarnaast dienen ze als stimulans voor zelfmanagement. Ook voor patiënten met een hart- of vaataandoening is er een veiligheidskaart (zie kader). Op deze kaart worden patiënten gestimuleerd om, indien nodig, hun leefstijl aan te passen. Voorbeelden van risicofactoren zoals roken, ongezond eten of stress worden benoemd. Ook biedt de kaart een stimulans om, als er onduidelijkheden zijn in het ziekteproces, contact op te nemen met een coördinerend hulpverlener. Het gebruik van deze kaart biedt zowel hulpverleners in de cardiologische zorg als de cardiologiepatiënten een hulpmiddel om de zorg beter en veiliger te maken. 

Literatuur

1. Wagner, C & M. de Bruijne. 2007. Rapport onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: EMGO Insituu & NIVEL.
2. <http://www.vmszorg.nl>
3. <http://www.patiëntenparticipatie.vmszorg.nl>
4. Moretti, F, Fletcher, I., Mazzi, M.A., Deveugele, M., Rimondini, M., Geurts, C., Zimmermann, C., Bensing, J. GULIVER – travelling into the heart of good doctor-patient communication from a patient perspective: study of an international multi-centre study. *European Journal of Public Health*: 2012, 22(4), 464-469.
5. <http://www.mijnzorgveilig.nl>

diteerd of gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem. Vrijwel alle ziekenhuizen zijn met alle thema's aan de slag gegaan en hebben die geïmplementeerd. Ook is patiëntveiligheid een breed gebruikt en bekend begrip geworden; wie googelt op internet vindt zo'n 216.000 Nederlandstalige treffers. Het thema patiëntveiligheid zal de komende jaren ook meer aandacht krijgen in het (verpleegkundig) onderwijs.

Zelfmanagement

Een andere interessante ontwikkeling rond patiëntveiligheid is de betrokkenheid van de patiënten bij het creëren van een veiligere zorgomgeving. Zo is onlangs een website gestart met daarop tools, tips en video's om met verschillende doelen patiënten te betrekken bij veilige zorg.³ In een recent onderzoek⁴ hebben patiënten hun ervaringen gedeeld over commu-

nicatie in de spreekkamer en tips geformuleerd voor een effectiever consult. Een goed consult is volgens de deelnemers aan het onderzoek een verantwoordelijkheid van beide partijen. Een mogelijkheid om de commu-

VMS veiligheidsprogramma – tien thema's

- 1) Voorkomen van wondinfecties na een operatie
- 2) Voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis
- 3) Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt
- 4) Medicatieverificatie bij opname en ontslag
- 5) Kwetsbare ouderen
- 6) Voorkomen van nierinsufficiëntie bij intravasculair gebruik van jodiumhoudende middelen
- 7) Voorkomen van verwisselingen bij en van patiënten
- 8) Voorkomen van incidenten bij high-risk medicatie
- 9) Voorkomen van onnodig lijden van patiënten door pijn
- 10) Optimale zorg bij acute coronaire syndromen

Voor ieder thema is op <http://www.vmszorg.nl> een praktijkgids te vinden. Hierin staan handvatten om de zorg te verbeteren.

hart RUIS

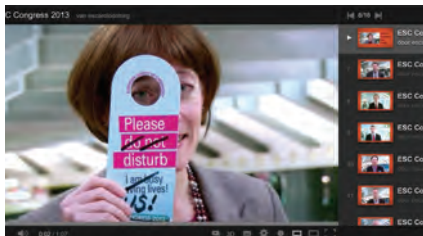
Samenstelling: Hildelies van Oel
E-mail: h.vanoel@erasmusmc.nl

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

ESC congres 2013 Amsterdam

Van 31 augustus – 4 september vindt het ESC congres 2013 plaats in Amsterdam. Thema van dit congres is 'The Heart interacting with systemic organs'. Wil je weten wat dit congres jou kan bieden? Bekijk het filmpje waarin professor M.C. Deatin (TESC topic coordinator) uitleg geeft over topics als preventie, revalidatie, verpleegkunde en sport.

Bron: www.esc.org



http://www.youtube.com/watch?v=p7E1tkomL5c&list=PLN5RC10F9yB7SboWgCQBhClmg5I6_fX-o

Radiale toegang eerste keuze bij PCI

De Europese Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), de Acute Cardiovascular Care Association (ACCA) en de werkgroep Thrombosis van de European Society of Cardiology (ESC) hebben een richtlijn uitgebracht waarin zij aangeven dat toegang via de arteria radialis de eerste voorkeur heeft bij Percutane Cardiovasculaire Interventie (PCI). De radiale aanpak voor PCI is 20 jaar geleden ontwikkeld en wordt in meer dan 50% van de procedures in Frankrijk, Scandinavië, het Verenigd Koninkrijk, Spanje en Italië toegepast. Ondanks de voordelen gebruiken sommige landen in Europa, zoals Duitsland, de radiale toegang in minder dan 10% van de PCI's. Onderzoek wijst uit dat de radiale toegang voordelen heeft boven de femorale toegang voor PCI met inbegrip van minder bloedingen en een betere overleving. Bovendien maakt de ontwikkeling van kleinere en dunnere apparaten de radiale aanpak steeds beter toepasbaar. De richtlijn benadrukt het belang van het handhaven van expertise in beide technieken.

Bron: www.esc.org



Nieuwe professionals ontzorgen cardioloog

Patiënten zullen in de toekomst steeds vaker worden medebehandeld door verpleegkundig specialisten en physician



assistants. De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) heeft met de publicatie van de notitie 'Taakherschikking in het hart van de zorg' het initiatief genomen om tot een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden te komen voor verpleegkundig specialisten, physician assistants en cardiologen. Denk hierbij aan de zorg voor specifieke patiëntencategorieën, zoals hartfalen, controles bij hartinfarct en operatiepatiënten en atriumfibrilleren. Afhankelijk van de opgebouwde expertise zal de bekwaamheid en bevoegdheid van de 'allied professional' uiteenlopen. Experts van de NVVC hebben aangegeven welke invasieve cardiologische ingrepen beschouwd dienen te worden als hoog-complex en daarom niet voor taakherschikking in aanmerking komen. Hieronder horen ingrepen waarbij het risico op beschadiging of perforatie van organen aanwezig is. De allied professional werkt onder supervisie van een cardioloog die altijd de hoofdbehandelaar is. Ook is het bij wet verplicht dat de patiënt instemt met de behandeling door een allied professional.

Bron: www.nvvc.nl

Thuis cardioversie, mogelijk en veilig?

Ambulance Oost en ZGT onderzoeken mogelijkheden voor thuis cardioversie. Het onderzoek richt zich op de mogelijkheden van (elektro-) cardioversie bij een geselecteerd aantal patiënten met atriumfibrilleren (AF) in de thuissituatie. De elektro cardioversies zullen worden uitgevoerd door Verpleegkundig Specialist van Ambulance Oost. De pilotstudie is vooral gericht op de veiligheid van een thuis cardioversie.

De gemiddelde incidentie en prevalentie van AF is laag, maar stijgt sterk met de leeftijd. De prevalentie in de totale populatie bedraagt 0,5% en deze loopt op tot ongeveer 4,5% bij mensen van 75 jaar en ouder. Met de toenemende vergrijzing zal de incidentie en prevalentie van AF evenredig groeien. Hiermee ontstaat een stijgende druk op de klinische behandelsetting. Daarnaast is vanaf 21 december 2011 de zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen door Verpleegkundig Specialist wettelijk geregeld bij koninklijk besluit. Electieve cardioversie wordt hierin specifiek benoemd. Ook zet de overheid in op een daadwerkelijke verandering van de medisch specialistische zorg.

Bron: 112 netwerk



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

Paul Musters, verpleegkundig specialist

E-mail: p.musters@erasmusmc.nl

WERKGROEP

Atriumfibrilleren

Atriumfibrilleren (AF) staat de laatste tijd volop in de belangstelling. Grote internationale studies over de introductie van nieuwe antistollingsmiddelen hebben ook in Nederland bijgedragen aan meer inzicht in het voorkomen en de risico's van de aandoening. Van de Nederlandse bevolking boven de 55 jaar lijdt 5,5 % aan een vorm van AF. In veel ziekenhuizen zijn er speciale poliklinieken opgezet voor deze specifieke patiëntengroep, waar op gestructureerde wijze de aandoening, de onderliggende pathologie en de risico's op trombo-embolische complicaties in beeld worden gebracht. Dat deze aanpak zijn vruchten afwerpt, blijkt wel uit het onderzoek van Jeroen Hendriks en collega's naar de resultaten van zo'n aanpak. Zij hebben laten zien dat een op maat gemaakt en gestructureerd zorgmodel leidt tot minder ziekenhuisopnames en zelfs tot minder sterfte in vergelijking met 'usual care'. De werkgroep atriumfibrilleren heeft een zorgmodel ontwikkeld, dat inmiddels in vele variaties in allerlei centra wordt toegepast, zie www.nvhvv.nl/werkgroepen/atriumfibrilleren/zorgmodel

Ook in het Erasmus MC in Rotterdam is een 'nurse led' polikliniek AF gestart. Hier worden patiënten gezien met nieuw en gedocumenteerd atriumfibrilleren. Deze patiënten worden verwezen via hun huisarts of door een andere specialist en zijn vaak al ingesteld op een voorlopig regime van antistolling en eventuele ritmemedicatie. Het spreekuur is opgezet volgens het 'fast track' model, wat betekent dat benodigde onderzoeken zo veel mogelijk tijdens hetzelfde polibezoek plaatsvinden. Per spreekuur zijn een aantal slots voor onderzoeken gereserveerd (echo, fietstest, lab, Holter), zodat de patiënt na het bezoek aan de verpleegkundig specialist en cardioloog in één dagdeel alle onderzoeken doorloopt. Alle gegevens van de patiënt worden opgeslagen in een spe-

ciaal computersysteem. Hiermee kunnen op eenvoudige wijze overzichten gegenereerd worden over aantallen en diverse kenmerken van patiënten met AF. Het grote voordeel van deze gestructureerde aanpak is dat de richtlijnen voor inventarisatie, antistolling en behandeling van AF nauwkeurig kunnen worden opgevolgd.



Paul Musters

Samen met een aantal collega-ziekenhuizen in de regio Rijnmond passen we dit zorgmodel toe. Regelmatig komen betrokken cardiologen, verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen bijeen om ervaringen te delen en tot een zo uniform mogelijke aanpak van diagnostiek en behandeling te komen. Patiëntengegevens worden opgeslagen in een gezamenlijke database, die inzicht geeft in de samenstelling en kenmerken van de populatie met AF. Zo valt bijvoorbeeld op dat een substantieel deel van de patiënten (circa 45%) lijdt aan asymptomatisch AF. Ook blijkt het percentage niet-westerse allochtonen met AF beduidend lager te zijn dan je op grond van de samenstelling van de

Rotterdamse bevolking zou mogen verwachten.

Het jaar 2013 wordt het jaar van de geleidelijke toepassing van de nieuwe antistollingsmiddelen (NOAC's) dabigatran, rivaroxaban en binnenkort ook apixaban. Deze medicijnen hebben als groot voordeel voor de patiënt dat er geen controle van de INR meer nodig is. Nadeel is dat er, in tegenstelling tot coumarinderivaten, nog weinig ervaring is opgedaan in het couperen van deze medicatie bij levensbedreigende bloedingen. Het is daarom belangrijk dat er in ziekenhuizen protocollen beschikbaar zijn waarin is vastgelegd hoe er gehandeld moet worden in geval van bedreigende bloedingen en bij electieve, bloedige ingrepen.

Ook de therapietrouw is een aandachtspunt. Patiënten moeten goed worden geïnformeerd over de reden van gebruik en de risico's van het niet opvolgen van het medicatie-advies. Bij ieder consult moet dit aan de orde komen: een onderwerp dat bij verpleegkundig specialisten/verpleegkundigen in goede handen is.

De werkgroep atriumfibrilleren, waarvan de samenstelling onlangs is veranderd en uitgebreid, organiseert op 22 april 2013 weer een CNE over 'atriumfibrilleren en sport'. We hopen u daar te ontmoeten! 

Berichten van het NVHVV-bestuur

Beëindiging samenwerkingsverband Quadriceps

Het bestuur heeft onlangs besloten om het samenwerkingsverband met Quadriceps te beëindigen. De enige constante factor is het jaarlijkse Quadriceps-congres, waarvan de bezoekersaantallen teruglopen. Ook NVHVV-leden tonen er weinig belangstelling voor en actieve leden moeten prioriteiten stellen in hun bezigheden.

Betalingswijziging contributie NVHVV

Ieder jaar heeft de NVHVV te maken met een betalingsachterstand van de contributiegelden. Het kost veel inspanning en geld om deze alsnog te innen. Daarom heeft het dagelijks bestuur besloten dat nieuwe leden alleen via een automatische incasso kunnen betalen. Het voordeel is een korting van €2,- op het jaarlijkse contributiebedrag van €52,- en de zekerheid dat u nooit te laat bent met betalen. Bovendien kan de NVHVV op deze manier de contributie laag houden.

We vragen de huidige leden van de NVHVV, die hun contributie van €52,- via een factuur betalen, over te stappen op automatische incasso. Ook zij betalen dan maar €50,-. Bij de factuur voor 2013 is hierover informatie gegeven. Het machtigingsformulier tot automatische incasso is ook te downloaden via: www.nvhvv.nl, onder de link "Lid worden".

Voorjaarscongres NVVC – NVHVV

Op 4 en 5 april vindt het voorjaarscongres van de NVVC plaats in het NH Conference Centre Leeuwenhorst te Noordwijkerhout. Het thema dit jaar is 'Inflammatie'. Op 4 april hebben NVHVV en NVVC een gezamenlijke congresdag georganiseerd. Naast gezamenlijke onderdelen, zijn er die dag ook specifieke onderdelen voor verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Deze dag is voor NVHVV-leden gratis. Inschrijven is echter noodzakelijk en is mogelijk tot 28 maart. Het voorlopige programma is te vinden op: www.nvvc.nl.

Het congres is georganiseerd conform

bestaande wet- en regelgeving. Daarom is er een strikt badgebeleid van kracht, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen niet-voorschrijvers en voorschrijvers.

Algemene Ledenvergadering

De Algemene Ledenvergadering van de NVHVV vindt plaats op 4 april tijdens het voorjaarscongres te Noordwijkerhout. De agenda vindt u tijdig op de website van de NVHVV.

Venticare

Op 6 en 7 juni 2013 vindt in de Jaarbeurs in Utrecht het jaarlijkse Venticare-congres plaats.

De NVHVV heeft ook dit jaar een boeiend programma samengesteld met onderwerpen als de interpretatie van drukcurven, nieuwe behandelingen zoals stamceltherapie en herkenning en behandeling van ritmestoornissen. Op vrijdag is er uitgebreid aandacht voor alle aspecten van het hartinfarct. En ben je nieuwsgierig naar de meerwaarde van diverse practitioners? Kom dan donderdagochtend naar deze sessie. Venticare 2012 is door de NVHVV geaccrediteerd met 10 punten en de accreditatie voor 2013 is inmiddels aangevraagd. Genoeg redenen voor een bezoek aan dit congres! Meer informatie op: www.venticare.nl.

10 jaar CarVasZ 2004-2013

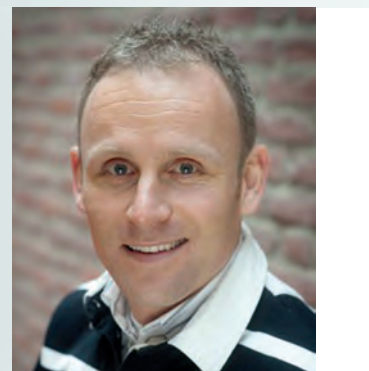
Vrijdag 15 november 2013 vindt een bijzondere editie van het CarVasZ-congres plaats in Hotel en Congrescentrum de ReeHorst te Ede. CarVasZ bestaat tien jaar en dat willen we met hart- en vaatverpleegkundig Nederland vieren.

Het thema voor dit jaar is: 'Cardio-vasculaire zorg(en). Uitdagingen voor verpleegkundig Nederland'. Hoe slaat cardiovasculair verpleegkundig Nederland zich door de crisis heen? Maakt men zich zorgen? Komt de zorg in de knel? Of is er juist ruimte voor creativiteit en uitdagingen?

Er is voor elke professional een aantrekkelijk aanbod: binnen het specialisme hartfalen, maar ook hartrevalidatie, thoraxchirurgie, acute cardiale zorg, interventiecardiologie, kinder-

Jeroen Hendriks
voorzitter NVHVV

e-mail: jeroen.hendriks@maastrichtuniversity.nl



Jeroen Hendriks
voorzitter NVHVV.


cardiologie, atriumfibrilleren, ICD, vasculaire zorg en wetenschappelijk onderzoek. Naast plenaire lezingen en sessielezingen staan er workshops op de agenda. Vanaf juni staat het volledige congresprogramma op onze website: www.nvhvv.nl. In de derde Cordiaal van dit jaar, die in juli verschijnt, wordt het programma met een korte toelichting gepubliceerd. Noteer vrijdag 15 november 2013 vast in je agenda!

Accreditatiepunten

CarVasZ 2012 is geaccrediteerd door de NVHVV (6 punten), V&V Kwaliteitsregister (6 punten), SBHFL (6 punten) en RSV (Specialismen Verpleegkunde) (6 punten). Ook voor 2013 wordt opnieuw accreditatie aangevraagd.

Gereduceerd tarief

Studenten van de Bachelor Verpleegkunde kunnen ook dit jaar weer tegen sterk gereduceerd tarief het congres bezoeken. De eerste auteur van een geaccepteerd abstract ontvangt een reductie (50%) op de entreprijs. Een innovatieproject op een afdeling of polikliniek, een afstudeerproject van de opleiding Bachelor Verpleegkunde, post-HBO-opleiding Hart- en Vaatverpleegkunde, MANP-opleiding of een wetenschappelijk onderzoek: een ieder wordt van harte uitgenodigd een abstract in te sturen. Voor richtlijnen voor de abstracts kun je terecht op de websites:

www.nvhvv.nl en www.carvasz.nl. 

19 maart *

CNE Vasculaire Zorg 'Cerebrovasculaire aandoeningen'
Cursus- en Vergadercentrum Domstad, Utrecht
www.nvhvv.nl / opleidingen

21 maart

EADV symposium 'Professionalisering: Kennis en Kunde'
NBC, Nieuwegein, www.eadv.nl

22 en 23 maart *

EuroHeartCare (13th Annual Spring Meeting on Cardio Vascular Nursing)
Glasgow, Groot-Brittannië, www.escardio.org

4 en 5 april *

Voorjaarscongres NVVC

NB: 4 april is een gezamenlijke congresdag met de NVHVV (toegang gratis)
ALV van de NVHVV om 16:15 uur
Noordwijkerhout, www.nvvc.nl en www.nvhvv.nl

9 april *

CNE Cardio-thoracale chirurgie 'Zoete broodjes bakken, diabetes mellitus en thoraxchirurgie'
Cursus- en Vergadercentrum Domstad, Utrecht
www.nvhvv.nl / opleidingen

15 april *

Minisymposium: Nieuwe opties in behandeling van hartfalen (avondprogramma)
MUMC, Maastricht Universitair Medisch Centrum
www.nvhvv.nl

16 april *

Bijscholing Interventiecardiologie
Erasmus MC, Rotterdam
www.erasmusmc.nl/zorgacademie/bedrijfs-opleiding/bijcholingen

22 april *

CNE Atriumfibrilleren 'Atriumfibrilleren en sport'
Cursus- en Vergadercentrum Domstad, Utrecht
www.nvhvv.nl / opleidingen

21 mei * (avond)

CNE 'Antistolling in praktijk'
Landgoedhotel Holthurnsehof, Berg en Dal
www.twohandsevents.nl

22 mei * (avond)

CNE 'Antistolling in praktijk'
Inntel hotel, Rotterdam, www.twohandsevents.nl

23 mei * (avond)

CNE 'Antistolling in praktijk'
Theatherhotel Figi, Zeist, www.twohandsevents.nl

28 mei * (avond)

CNE 'Antistolling in praktijk'
Familiehotel, Paterswolde, www.twohandsevents.nl

30 mei * (avond)

CNE 'Antistolling in praktijk'
Golden Tulip, Maastricht, www.twohandsevents.nl

6 en 7 juni *

Venticare 2013
Beatrixgebouw, Jaarbeurs Utrecht, www.venticare.nl

19 juni * (avond)

CNE 'Antistolling in praktijk'
Restaurant Rosairum, Amsterdam, www.twohandsevents.nl

31 augustus - 4 september *

ESC congress 2013 'The heart interacting with systemic organs'
Amsterdam, www.escardio.org

12 september *

CNE Hartfalen 'Social Media in de zorg en echocardiografie'
Cursus- en Vergadercentrum Domstad, Utrecht
www.nvhvv.nl / opleidingen

Algemene Ledenvergadering

Datum: Donderdag 4 april

Locatie: NH Conference Center De Leeuwenhorst te Noordwijkerhout (tijdens NVVC voorjaarscongres)

Tijd: 16.30 - 17.30 uur zaal 9

De toegang tot het NVVC voorjaarscongres op donderdag 4 april is voor NVHVV-leden gratis.

AGENDA

1. Opening
2. Vaststellen agenda
3. Mededelingen
4. Concept notulen ALV d.d. 19 december 2012 (NVHVV website)
5. Concept jaarverslag NVHVV 2012 (NVHVV website)
Inhoudelijk verslag (website) en Financieel verslag (ter vergadering)
6. Concept jaarplan NVHVV 2013 (NVHVV website),
plan (website) werd vastgesteld in de ALV van 19 december 2012
Vaststellen begroting 2013 (ter vergadering)
7. Aftredende en nieuwe bestuursleden (NVHVV website)
8. Rondvraag

De bijbehorende stukken kunt u vanaf 28 maart raadplegen/downloaden via onze website www.nvhvv.nl of opvragen via het NVHVV bureau secretariaat@nvhvv.nl.

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

CarVasZ

Hét congres voor de
Cardio Vasculaire Zorg

Thema:

Cardiovasculaire zorg(en),
uitdagingen voor verpleegkundigen

Vrijdag 15 november 2013

De ReeHorst, Ede

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

Congressecretariaat:

Congress Company

Tel 073 - 700 35 00

info@congresscompany.com

www.congresscompany.com



#carvasznl

www.carvasz.nl



Nederlandse Vereniging voor
Hart en Vaat Verpleegkundigen

www.nvhvv.nl