

congreskrant

Implementatiecongres over hart- en vaatziekten



Wetenschap! Beterschap?



Van wetenschap naar beterschap

‘Onderzoek doen alleen is niet voldoende’, zei Marina Senten, hoofd patiëntenzorg van de Nederlandse Hartstichting, bij de opening van het congres Wetenschap! Beterschap? ‘De resultaten van onderzoek moeten gedeeld en verspreid worden, ze moeten worden omgezet in concrete richtlijnen. En die richtlijnen moeten vervolgens worden toegepast. Alleen op die manier kunnen we de kwaliteit van de patiëntenzorg werkelijk verbeteren.’

De resultaten van wetenschappelijk onderzoek stonden precies een halfjaar geleden centraal, op 15 april 2004, tijdens een wetenschapsdag in Leiden. Vandaag, tijdens het tweede congres in dit jubileumjaar, besteedde de Nederlandse Hartstichting aandacht aan de omzetting van wetenschap naar beterschap.

De afgelopen jaren heeft de Nederlandse Hartstichting al diverse resultaten geboekt op dit gebied, zei Senten, zoals het reanimatieonderwijs, stroke services, hartrevalidatie en ketenzorg bij hartfalen. ‘Maar nog steeds is er te veel vertraging in levensbedreigende situaties. Ook op het terrein van vasculair risicomanagement en de kwaliteit van zorg in de chronische fase is er de nodige winst te behalen.’

Om kennis om te zetten in richtlijnen en die richtlijnen vervolgens toe te passen is vaak een aanpassing in de organisatie van de zorg nodig. Het vergt ook samenwerking tussen verschillende disciplines. ‘Het congres van vandaag moet bijdragen aan het delen en toepassen van kennis.’

Van wetenschap naar richtlijn

Kennis over hart- en vaatziekten is vaak slecht onderbouwd

Veel kennis over hart- en vaatziekten is gebaseerd op ervaring, gevoel of medisch wetenschappelijk onderzoek dat te wensen overlaat. Voorzichtigheid is geboden. Want is meten ook weten?

‘Hoe komen we van wetenschap naar richtlijnen?’ Professor Arno Hoes van het Julius Centrum, UMC Utrecht, maande zijn collega's niet te snel naar de Veluwe af te reizen om in een prettige ambiance slecht wetenschappelijk onderzoek te bespreken en deze kennis om te zetten in richtlijnen. Hij lichtte zijn stelling toe aan de hand van een voorbeeld.

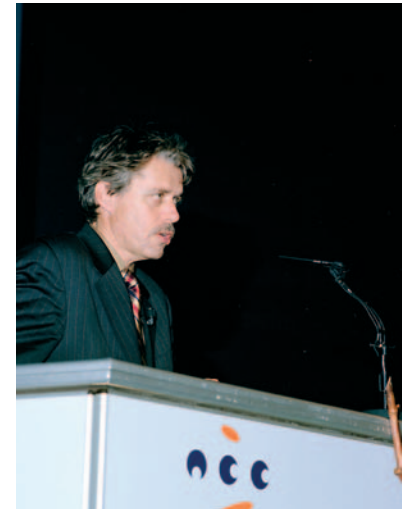
Meneer Van den Akker, 78 jaar, sigaar in zijn mond, heeft last van toenemende kortademigheid. Hij had in 1987 een hartinfarct. Als hij opnieuw klachten heeft, vraagt de huisarts zich af of zijn cliënt hartfalen heeft. Is anamnese of lichamelijk onderzoek voldoende of is er toch aanvullend onderzoek nodig, twijfelt hij. Hoes stelde dat anamnese in 75 procent van de gevallen tot een juiste diagnose leidt. Maar in 25 procent van de gevallen blijkt de huisarts fout te zitten.

De huisarts logt in op internet, tikt ‘hartfalen’ in en krijgt een overvloedige hoeveelheid hits. Wat moet de arts met al die kennis? Moet er bijvoorbeeld wel of geen echocardiografie worden gemaakt? Hoes wees erop dat het niet duidelijk is of de dure echocardiografie voldoende toevoegt. Het wetenschappelijke bewijs voor het diagnosticeren laat in veel gevallen te wensen over, concludeerde hij.

Als hartfalen is geconstateerd, staat de arts voor de vraag of een patiënt de ‘hele cocktail’ moet krijgen en naar de hartfalenpoli moet worden doorverwezen. Er zijn inmiddels veel hartfalenpoli's waar de ‘warme’ hulpverlener niet alleen voorlichting en leefstijladviezen geeft maar ook kijkt naar de ondersteuning van de thuis situatie, aldus Hoes. ‘Het klinkt allemaal prachtig, maar we moeten wel de effecten van die poli's onderzoeken.’

Onderzoeken als museumstukken

Het voordeel van hard wetenschappelijk onderzoek naar diagnostische tests is dat het iets relevant toevoegt voor de patiënt. Bij onderzoek naar interventies kan worden vastgesteld dat het geobserveerde effect door de interventie komt. Maar ze kosten veel tijd en geld. Bovendien, de trial patiënt is nooit een echte gemiddelde patiënt. Onderzoeken naar hoge bloeddruk bijvoorbeeld worden verricht bij middelbare gezonde joggende muesli-etende Amerikaanse mannen, terwijl een arts in zijn praktijk meestal van doen heeft met een aardappeletende vrouw van boven de zeventig die onvoldoende beweegt en ook nog artrose en diabetes heeft. Veel onderzoeken zijn dus niet meer dan ‘museumstukken’, stelde Hoes. ‘Het onderzoek moet



Arno Hoes.

praktisch relevanter worden. Met echte patiënten. Maar ook dan is de vraag: meten we wel wat we willen weten?’ En dan wordt al die kennis omgezet in richtlijnen. De richtlijnen komen niet alleen voort uit evidence based wetenschap, maar zijn ook gebaseerd op experience en emotional evidence. Hoes waarschuwde niet te veel van het pad van de ‘harde wetenschap’ af te dwalen. Hij toonde zich een voorstander van richtlijnen. De huisarts uit het voorbeeld hierboven vindt in de richtlijn hartfalen medische kennis die door wetenschappers op een praktische wijze is samengevat.

Van richtlijn naar praktijk

Van een richtlijn moet je gemotiveerd kunnen afwijken

Richtlijnen hebben in de praktijk niet alleen voordelen. Er bestaat het gevaar dat artsen lui worden of de richtlijnen te rigide toepassen. Die kans wordt nog vergroot wanneer juristen, in opdracht van boze patiënten, iedere afwijking van de richtlijnen kunnen aanvechten. Een waarschuwing tegen kookboekgeneeskunde.

Prof.dr. Jaap Kappelle, neuroloog bij UMC Utrecht, heeft de nodige ervaring met richtlijnen. Het kostte hem dan ook weinig moeite eerst stil te staan bij de voordelen. Op het gebied van diagnostiek noemde hij het voorbeeld van een man van 32, die last had van algehele malaise. Een CT-scan wees op een herseninfarct. ‘Als neuroloog ga je dan nadenken of de oorzaak wellicht een infectie van de bloedvaten is’, zei Kappelle. Op zo'n moment komt het protocol vasculitisdiagnostiek van pas, met daarin een lange, technische beschrijving van

mogelijke oorzaken. Kappelle projecteerde deze met opzet in kleine lettertjes: ‘Dit hoeven onze studenten dus niet uit het hoofd te leren, het zijn dingen die je niet dagelijks nodig hebt. Maar als je ze nodig hebt, moet je wel volledig zijn.’

Een ander goed voorbeeld betrof de behandeling van patiënten bij een stroke unit. ‘Een stroke unit is geen fysieke lokatie in een ziekenhuis, het is een functionele eenheid, met afspraken tussen artsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten enzovoort. Er vindt een multidisciplinaire behandeling plaats, op basis van gezamenlijke richtlijnen. We bespreken die richtlijnen elke drie weken, om te bepalen of ze nog actueel zijn.’ De richtlijnen bieden houvast voor de hulpverleners, maar ook voor bijvoorbeeld managers, die er de organisatie op kunnen afstemmen, en voor de familie.

Niet klakkeloos toepassen

Maar dan de nadelen. Kappelle noemde het geval van een 52-jarige anesthesist, bij wie door toeval een vernauwing van een slagader werd ontdekt. Dat kan geopereerd, maar over het algemeen zijn de risico's te groot. Daarom schrijft de richtlijn



Jaap Kappelle.

voor: niet opereren, gewoon laten zitten. ‘De man werd zeer angstig’, aldus Kappelle, ‘hij sloep slecht en kon niet meer werken.’ Voor hem pakte de (strengere) richtlijn verkeerd uit. (Uiteindelijk werd hij toch geopereerd, met succes.)

Niet alleen kunnen richtlijnen te rigide zijn, het risico bestaat ook dat ze artsen lui maken. Een arts-assistent, vertelde Kappelle, kwam een keer aanzetten met het geval van een 44-jarige man met een TIA. De oorzaak was duidelijk: een scheur in de wand van een slagader. Maar omdat het in het protocol stond, had de arts-assistent ook het eiwitgehalte in het rugvocht bepaald. Totaal nutteloos, aldus Kappelle. ‘Je zit met een gegeven dat je niet wilt weten. Ik denk dat je moet oppassen dat artsen de richtlijnen niet klakkeloos gaan toepassen. Het gaat om een individuele patiënt, met dat gegeven moet je creatief omgaan.’

Een heel ander nadeel heeft betrekking op de juridicalisering van de medische wereld. Patiënten bij wie een behandeling niet is geslaagd, zouden gemakkelijk kunnen verwijzen naar een protocol, waarbij iedere afwijking al snel in het nadeel van de arts uitvalt. In een recente uitspraak van het Medisch Tuchtcollege (*Medisch Contact* 8 oktober 2004) werd een gynaecoloog verantwoordelijk gehouden voor het ontbreken van een protocol. ‘Zo'n uitspraak komt terecht in de jurisprudentie. Straks kunnen juristen die protocollen gebruiken en zeggen: zie je wel, daar staat hoe het had gemoeten.’

Je moet op de juiste manier met richtlijnen omgaan, concludeerde Kappelle, die waarschuwde voor ‘kookboekgeneeskunde’. Het zijn ruggensteuntjes, geen regels of bevelen. Dat betekent dat je er met een goede motivering van moet kunnen afwijken. ‘Dat doe ik dagelijks.’

'In een richtlijn hoort alle wetenschap, alle ervaring samengebracht, ook die van de patiënt'

Patiënten hebben recht op informatie – ook als het wetenschappelijke kennis betreft. Want alleen als een patiënt over voldoende kennis beschikt, zal hij zijn eigen leven en ziekte kunnen managen. Richtlijnen zijn daarbij een uitstekend hulpmiddel.

André Schellart, voorzitter van de Vereniging van Vaatpatiënten, stelde zich voor als jurist. 'Van het soort waar sommige medici zo angstig voor zijn.' Maar deze voordracht, zo benadrukte hij, hield hij als patiënt. Hij vond dat het motto van het congres – Wetenschap! Beterschap? – omgedraaid moest worden. Leidt beterschap van de arts tot wetenschap bij de patiënt en dus tot beterschap van die patiënt? Schellart toonde zich een warm voorstander van richtlijnen. Een richtlijn is het product van een multidisciplinaire exercitie waarin ook de gedeelde ervaring en kennis van patiënten is opgenomen, legde hij uit. 'In een richtlijn moet alle wetenschap, alle ervaring samengebracht zijn.' Niet

meen aanvaarde norm.' Schellart pleitte er ook voor dat er track records van ziekenhuizen beschikbaar zouden komen waardoor patiënten de kwaliteit zelf kunnen beoordelen. Bejegening is gemakkelijk te controleren door patiënten zelf, maar medische deskundigheid niet. Maar daar willen medici niet van weten, aldus Schellart. 'Want stel je voor dat je wordt aangesproken of afgerekend op je professionele opstelling, dat je wordt gevraagd je te verantwoorden.'

Begrijpelijke taal is nodig

Hij verwees alle kritiek op het gebruik van richtlijnen naar de prullenbak. Een van de argumenten tegen richtlijnen is dat ze behandelaars 'lui' zouden maken. Schellart draaide het om:

Ook het argument dat richtlijnen snel verouderen, snijdt volgens Schellart geen hout. Ze moeten gewoon up-to-date worden gehouden. Ook de angst dat juristen aan de haal gaan met richtlijnen, is niet reëel. 'Als een behandelaar kan uitleggen waarom is afgeweken van de norm is er niets aan de hand.' Schellart toonde zich ook niet onder de indruk van het argument dat richtlijnen niet op wetenschap, maar op onwetenschappelijke consensus zijn gebaseerd. 'Als iets voor vier van de vijf patiënten werkt, ook al kunt u het niet verklaren, dan werkt het gewoon.' Volgens Schellart zijn richtlijnen ook nodig omdat patiënten alleen trouw zijn aan hun therapie als ze begrijpen waar de voorschriften en regels op



André Schellart.

onbestaanbaar.' Hij zei te gruwen van mensen die vinden dat een arts niet alles aan een patiënt hoeft te melden. Volgens Schellart heeft de patiënt niet alleen recht op alle informatie, maar ook de verplichting er iets mee te doen. 'De patiënt is zelf verantwoordelijk voor het management van zijn leven, zijn gezondheid en zijn ziekte.' Het is echter nog geen gemeengoed in de medische wereld dat een patiënt niet slechts een object is, maar ook een eigen verantwoordelijkheid heeft. 'Maar als u mij wetenschap levert, mag u mij verantwoordelijk stellen voor beterschap.'

'Het voordeel van richtlijnen is dat een patiënt zelf kan zien of een arts zich gedraagt naar de algemeen aanvaarde norm'

alleen behandelaars maar ook patiënten moeten over al deze kennis beschikken zodat patiënten de kwaliteit maar ook de kosteneffectiviteit van de zorg kunnen controleren. Het voordeel van richtlijnen is dat een patiënt zelf kan zien of een arts zich al dan niet 'gedraagt naar de alge-

'Luiards misbruiken richtlijnen.' Dat patiënten richtlijnen niet zouden snappen, toont eerder het onvermogen van de professional aan, aldus Schellart. 'Als hij niet kan uitleggen wat hij doet en waarom hij het doet, begrijpt hij het waarschijnlijk zelf ook niet.'

zijn gebaseerd. Maar richtlijnen moeten dan wel in voor patiënten begrijpelijke taal worden omgezet. Ten slotte wierp Schellart de vraag op of de patiënt zonnodig al de informatie ook moet hebben. Zijn antwoord was voorspelbaar: ja. 'Zonder die wetenschap bij de patiënt is beterschap

Discussie met panel

Werken met richtlijnen kan lastig zijn in de praktijk

Hoe reëel is het gevaar dat artsen lui worden doordat ze zich verschuilen achter richtlijnen? En hoe verdedig je een richtlijn tegenover een patiënt als je er zelf niet achter staat? Aan het einde van het ochtendprogramma bleken de meningen nog sterk verdeeld. 'Iedere twee of drie jaar moet een richtlijn worden vervangen.'

Richtlijnen zijn nodig, daar waren alle deelnemers aan de paneldiscussie het wel over eens. Maar hoe voortvarend moeten die richtlijnen worden opgesteld? De discussie daarover kwam op gang na een vraag van cardioloog René van Dijk. Hij vond de verhalen die hij hoorde een beetje tam. 'We praten hier over het verleden en het heden, maar wat wordt de rol van richtlijnen over tien jaar? Wie zullen de belangrijkste uitvoerders zijn?', vroeg Van Dijk zich af. Volgens Arno Hoes zullen er over tien jaar nog veel meer richtlijnen zijn, voor dokters, verpleegkundigen en andere (para)medici. 'Of misschien zijn al die richtlijnen wel verweven in een enkele richtlijn.' Maar Jaap Kappelle was een stuk kritischer: 'Ik ben enigszins bevreesd voor

Niet iedereen deelde die angst. Patiëntenvertegenwoordiger André Schellart hoopte dat er goede kookboeken zouden komen, waarmee je kunt variëren op vaste recepten. En volgens Hoes is de term 'kookboek' niet goed. 'In een kookboek staat niet dat je over het algemeen zus moet handelen en dat je verder maar moet zien wat je doet. Dat is bij een richtlijn wel zo. Het is een onderlegger, iets waarvan je kunt afwijken, mits je dat motiveert.' Schellart noemde een richtlijn 'de condens van gezamenlijke ervaring. Hoe deskundiger de professional des te vaker hij ervan zal afwijken, om op die manier de richtlijn uiteindelijk weer te verrijken.'

Niet bij ieder onderzoek de richtlijn veranderen

Dat neemt niet weg dat het werken met richtlijnen in de praktijk lastig kan zijn. Een arts krijgt als het ware de taak deze te verdedigen tegenover de patiënt. Wat als de richtlijn voorschrijft dat iemand niet mag worden behandeld omdat dat te duur is? Moeilijk uit te leggen, vonden de panelleden, al zei Kappelle ook: 'Ik zou het niet bezwaarlijk vinden uit te

gezien zo procent kans heeft om nog vijf jaar te leven. 'Dan zegt zo'n patiënt dat hij net zo goed nu kan doodgaan.' Toch moet je patiënten daarmee confronteren, vond Schellart. 'Ik zou niet willen dat u voor mij gaat beoordelen of zo'n mededeling mijn kwaliteit van leven beïnvloedt. U moet het vertellen en de negatieve consequenties opvangen.' Voorspellen zal altijd lastig blijven, vonden anderen. Met een kans van een op vijftig kun je ook net die ene zijn die het redt. Ook het risico van veroudering bleek

reden voor bezorgdheid. De richtlijn voor beroertes bijvoorbeeld stamt uit 2000. Daar hebben tachtig mensen van 27 organisaties een jaar aan gewerkt en elke maand zijn er weer onderdelen die niet goed zijn. 'Iedere twee of drie jaar moet een richtlijn vervangen', vond ochtendvoorzitter Ernst van der Wall. Ook Hoes wilde niet bij ieder nieuw onderzoek alles veranderen: 'Dan heb je nooit een richtlijn.' Ander praktisch punt: hoe verbeter je de implementatie van richtlijnen? Schellart erkende dat patiëntenvereni-

gingen daarin een rol kunnen spelen, 'maar dat zijn vrijwilligers'. Dus het was vooral een kwestie van 'de professionals opvoeden', vond hij. Van der Wall dacht aan het vaststellen van prestatie-indicatoren, waarmee je meet of de richtlijnen zijn gevolgd, terwijl Hoes aandacht vroeg voor het uiterlijk: 'Het is belangrijk dat de informatie er goed uitziet, zodat mensen snel kunnen vinden wat ze zoeken. En het is belangrijk dat het uitvoerbaar is.'



De leden van het panel, van links naar rechts: Marina Senten, Jaap Kappelle, Arno Hoes en André Schellart. Niet in beeld: ochtendvoorzitter Ernst van der Wall.

Iedere richtlijn heeft een beperkte houdbaarheid

over tien jaar, ik heb het visioen dat we naar een soort van kookboekgeneeskunde gaan.' Zijn vrees is dat daarmee de individuele aspecten van een patiënt naar de achtergrond verdwijnen, omdat iedereen gewoon dezelfde behandeling krijgt.

leggen wat de grenzen zijn waarbinnen ik opereer.'

En wat doe je met prognoses? Een huisarts uit Rotterdam vond het moeilijk aan een patiënt te vertellen dat iemand met hartfalen statistisch

Het opvolgen van richtlijnen kan nog beter

Werken professionals met de richtlijnen op het gebied van hart- en vaatziekten? En hoe vergaat het de patiënten op korte en lange termijn? Tijdens twee achtereenvolgende workshops werden de resultaten gepresenteerd van het NHS-zorgprogramma: een grootschalig onderzoek in dertien ziekenhuizen dat de Nederlandse Hartstichting heeft gefinancierd.

Volgens professor dr. Maarten Simoons, cardioloog Erasmus MC Rotterdam, is het maken van richtlijnen een cyclisch proces. Ze zijn opgesteld op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Om de richtlijnen te kunnen toepassen moeten ze bekend zijn bij de beroepsgroep. In de praktijk worden ze echter niet altijd goed opgevolgd. Hindernissen zoals organisatorische beperkingen,

een TIA is met steun van de NHS alleen uitgevoerd in Nederland. Volgens dr. Robert van Oostenbrugge, neuroloog in het AZ Maastricht, is er een grote overeenkomst in preventieve behandeling van patiënten met herseninfarct en met een TIA. Patiënten met een herseninfarct worden meestal opgenomen en patiënten met een TIA voornamelijk poliklinisch behandeld. Dit maakt vergelijking mogelijk in het toepassen van de richtlijnen tussen opgenomen en poliklinisch behandelde patiënten. In de klinische zorg worden de richtlijnen beter gevolgd dan in de poliklinische zorg. Er is een grote variatie tussen de deelnemende ziekenhuizen wat betreft het volgen van de richtlijnen en de uitkomst voor de patiënt. De mortaliteit in ziekenhuizen die de richtlijnen goed volgen is lager dan in ziekenhuizen die dat niet goed doen.

Vrouwen hebben betere zorg van cardiologen nodig

geldgebrek, ongeschiktheid voor bepaalde groepen patiënten of het niet eens zijn met de inhoud kunnen het volgen van richtlijnen belemmeren. In de lidstaten van de European Society of Cardiology (ESC) zijn de Euro Heart Survey studies gehouden naar de toepassing van de richtlijnen. Het Nederlandse onderdeel van deze onderzoeken is het NHS-zorgprogramma. Het blijkt dat de richtlijnen redelijk worden gevolgd, maar het kan beter. Gepresenteerd werden resultaten van survey-studies over beroerte, behandeling van acute coronaire syndromen, secundaire preventie, boezemfibrilleren, diabetes en hart- en vaatziekten, hartfalen en ten slotte van Mission, een kwaliteitsverbeteringsproject van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) en de Nederlandse Hartstichting (NHS).

Bij beroerte worden richtlijnen gedeeltelijk gevolgd

Onderzoek naar de behandeling van patiënten met een herseninfarct of

Volgens Van Oostenbrugge kan secundaire preventie verbeterd worden door vaatpoli's waarin diverse vaatspecialisten samenwerken; snel overleg tussen specialisten is dan mogelijk.

Acuut coronair syndroom, zei Maarten Simoons, is een verzamelnaam voor ziektebeelden met een gehele of gedeeltelijke afsluiting van de bloedstroom in de kransslagaders. Uit de survey blijkt dat de klachten bij vrouwen ernstiger zijn dan bij mannen en dat vrouwen minder diagnostisch onderzoek krijgen. Ook de behandeling blijft bij vrouwen achter in vergelijking met mannen, zelfs als de diagnose wel is gesteld. Wat betreft de prognose: er overlijden meer vrouwen dan mannen. Cardiologen moeten dus beter voor vrouwen zorgen, ook al zijn de klachten bij vrouwen vaak minder duidelijk. De behandeling van patiënten met een hartinfarct is de afgelopen jaren verbeterd. In de acute fase kan en

moet het nog sneller, met vaker reperfusie. Ook de behandeling na ontslag kan verder verbeteren.

Patiënten beteren hun leven maar mondjesmaat

Euroaspire I (1995-1996) en Euroaspire II (1999-2000) zijn onderzoeken naar maatregelen ter preventie van hart- en vaatziekten, vertelde dr. Jon Funke Küpper, cardioloog in het Kennemer Gasthuis te Haarlem. Euroaspire staat voor *European Action on Secondary and Primary Prevention of Coronary Heart Disease by Intervention to Reduce Events*. Uit de resultaten van Euroaspire II blijkt dat in vergelijking met 1995 (resultaten Euroaspire I) het gebruik van medicamenten ter bestrij-

ding van risicofactoren is verbeterd. De manier van leven van patiënten was echter nog niet verbeterd: ruim 60 procent van de patiënten kreeg adviezen daarvoor; slechts 40 procent ging meer bewegen, eenderde van de patiënten was obees en een vijfde bleef roken.

Afweging bij boezemfibrilleren

Al dan niet behandelen van patiënten met boezemfibrilleren vergt afweging tussen voor- en nadelen, zei professor dr. Harry Crijns, cardioloog in het AZ Maastricht. De richtlijn is duidelijk: patiënten zonder klachten krijgen anticoagulantia, patiënten met klachten krijgen anticoagulantia en medicamenten om het hartritme onder controle te krijgen (antiarrhythmica). Anticoagulantia geven verhoogd risico op een bloeding, het risico van antiarrhythmica is plotselinge hartdood, hartfalen of een hartblokkade. Ruim 60 procent van de patiënten met hoog risico kreeg anticoagulantia en van de patiënten met een laag risico ruim 50 procent, zo bleek uit onderzoek. Is hier nu sprake van onderbehandeling van patiënten met hoog risico en overbehandeling van patiënten met laag risico, vroeg Crijns zich af. De controle van het hartritme is goed.



Harry Crijns tijdens de workshop: 'Het al dan niet behandelen van patiënten met boezemfibrilleren vergt een afweging tussen voor- en nadelen.'

Veel patiënten met boezemfibrilleren zonder klachten kregen echter ook antiarrhythmica, tegen de richtlijnen in. Dit soort bevindingen, waaruit blijkt dat veel cardiologen afwijken van de richtlijn, dienen door de beroepsgroep geëvalueerd te worden, aldus voorzitter Simoons.

Verhoogd risico bij diabetes

Nog voordat de diagnose diabetes is gesteld is het risico op een hart- of vaatziekte al verhoogd. Dr. Henk Bilo, internist bij Isala klinieken in Zwolle, meldde dat het risico van een verstoord glucosemetabolisme wat dit betreft vergelijkbaar is met dat van andere risicofactoren zoals hoge bloeddruk en hypercholesterolemie.

regel zijn gebaseerd). Uit de survey bleek dat er sprake is van medicamenteuze onderbehandeling bij de totale patiëntenpopulatie. Ook de 10 procent van de patiënten die wel overeenkomen met de onderzochte populatie, wordt onvoldoende behandeld. Uit de resultaten van de behandeling blijkt dat het volgen van de richtlijnen goed is voor alle patiënten met hartfalen. Er bestaat een grote variatie in medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuizen. De verwachting was dat ziekenhuizen die zich hielden aan de richtlijnen voor het voorschrijven van het ene medicijn zich ook zouden houden aan de richtlijnen voor andere medicijnen. Dit bleek niet zo te zijn. Er was ook geen samenhang tussen

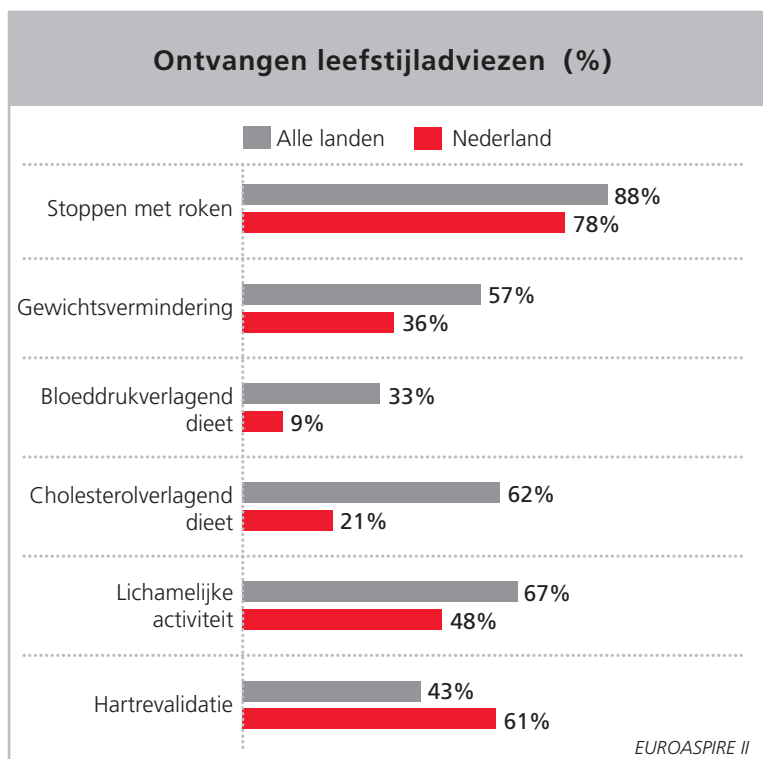
'Het is niet correct om ziekenhuizen te beoordelen op een onderdeel'

Uit de Euroaspire-onderzoeken blijkt dat het aantal mensen met een hart- of vaatziekte en de diagnose diabetes in Nederland is gestegen van 10,8 naar 13,2 procent, 90 procent van hen heeft type 2. In vergelijking met de patiënten die geen diabetes hebben, scoren de patiënten met diabetes op bijna alle risicofactoren slechter. Reden, aldus Bilo, om bij deze patiënten extra alert te zijn op maatregelen die deze risicofactoren verlagen. De glucoseconcentratie bij opname van iemand met een hartinfarct is voorspellend voor de prognose op langere termijn: hoe hoger het glucosegehalte des te slechter de prognose. Mogelijk moet er een nieuwe richtlijn komen: bij elke opgenomen hartpatiënt dient een glucosetest plaats te vinden.

Grote variatie in behandeling tussen ziekenhuizen

Dr. Wilma Scholte op Reimer, onderzoekscoördinator NHS-zorgprogramma en werkzaam in het Erasmus MC Rotterdam, zei dat ongeveer 90 procent van de patiënten in de praktijk van de cardioloog niet vergelijkbaar was met de patiënten die deelnemen aan Randomized Clinical Trials (de onderzoeken waarop richtlijnen in de

voorschrijfgedrag in het ziekenhuis en mortaliteit. Het is, zo concludeerde Scholte op Reimer, daarom niet correct om ziekenhuizen te beoordelen op slechts een onderdeel. In de praktijk is richtlijnen goed volgen moeilijk, maar als het gebeurt wordt de zorg beter, zo blijkt. Het Leids UMC heeft daarom het project Mission opgezet (met ondersteunende financiering van de Nederlandse Hartstichting). Daarin, zei prof.dr. Ernst van der Wall, cardioloog in het Leids UMC en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, zijn alle richtlijnen voor het acute hartinfarct bij elkaar gedaan in een protocol dat goed bruikbaar is in de dagelijkse praktijk. De eerste resultaten bij 120 patiënten zijn veelbelovend. De behandeling in de acute fase begint sneller, het voorschrijven van medicamenten bij ontslag is verbeterd. Er wordt wel gezegd dat het opvolgen van richtlijnen geen kookboekgeneeskunde mag worden, aldus Van de Wall, maar een strikt protocol bevordert het opvolgen van richtlijnen wel.



Alleen bij hartrevalidatie doet Nederland het beter dan gemiddeld, zo blijkt uit Euroaspire II. Het diagram toont het percentage patiënten dat naar eigen zeggen advies kreeg over de manier van leven in Nederland en andere Europese landen.

SESSIE 2 Werken met richtlijnen: wat levert het op en wat kost het?

Keurmerk voor arts en ziekenhuis

Patiënten zijn geen kiezers. Ze stemmen nauwelijks met hun voeten. Toch kan een keurmerk voor artsen en ziekenhuizen in hun belang zijn: de kwaliteit van hun zorg zal toenemen.

‘Het gaat ons er niet om met kwaliteitsindicatoren artsen in een slecht daglicht te zetten of om een betere keuze voor patiënten, maar vooral om de kwaliteit van de zorg in het algemeen een stapje hoger te brengen.’ Dr. Loes Pijnenborg, huisarts en medewerker van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), moet dikwijls de nodige weerstand bij haar beroepsgenoten over-

kan worden gemeten of richtlijnen goed worden uitgevoerd? Dat zou een enorme verbetering zijn, meenden zij, want tot nu toe is niet vastgelegd hoe richtlijnen door individuele artsen of ziekenhuizen worden gebruikt. ‘Maar we moeten voorzichtig zijn met zulke indicatoren’, meende Pijnenborg. ‘We moeten eerst onderzoeken wat de voordelen en beperkingen ervan zijn.’

Punten tellen

Indicatoren vormen slechts een signaal om de kwaliteit van artsen te beoordelen. Dat bij dokter A veel meer patiënten op de operatietafel



De drie leiders van de workshop (v.l.n.r.): Annemieke van Straten, Loes Pijnenborg en Jozé Braspenning.

handelen volgens de richtlijnen hoeft niet, dat creëert wantrouwen. Artsen moeten vooral zelf nadenken. Zeker als van de richtlijnen wordt afgeweken.’

In de ziekenhuizen bepaalt de beroepsgroep wat goede medische zorg en de criteria zijn. Van Straten: ‘De kwaliteit is dan een optelsom van de indicatoren van de diverse afdelingen. Wat wij voorstellen is niets nieuws. Dossiers bijvoorbeeld hadden al op orde moeten zijn. Het heeft ook niets te maken met meer marktwerking, dat patiënten zouden stemmen met hun voeten. We verwachten dat artsen door een mogelijke accreditatie van elkaar zullen leren. We denken dat de verschillen tussen artsen uiteindelijk gering blijken omdat er dan nog louter kwalitatief goede artsen zijn.’

‘Wij richten ons uiteindelijk op certificering van dokters’

winnen. Richtlijnen voor artsen vinden ze tot daar aan toe, maar kwaliteitsindicatoren is andere koek. Straks komt er nog een stempel: Goedgekeurd door het NHG. ‘Inderdaad’, bevestigde Pijnenborg. ‘Wij richten ons uiteindelijk op accreditering van dokters.’ Samen met dr. Annemieke van Straten van het iMBG van het Rotterdamse Erasmus MC en dr. Jozé Braspenning van het Nijmeegse Centre for Quality of Care Research, lichtte Pijnenborg hun missie toe: zijn er indicatoren te maken waarmee

overlijden dan gemiddeld, komt misschien doordat deze buitengewoon kundige chirurg vooral de moeilijkste gevallen opereert. Braspenning: ‘De getallen zijn niet rechtstreeks voor de patiënt bedoeld, ze moeten eerst worden geïnterpreteerd. Ze zijn vooral een intern middel ter verbetering van de kwaliteit van bijvoorbeeld de huisartspraktijk en dat begint bij het registreren van gegevens.’ Ziekenhuizen bijvoorbeeld kennen vaak de mortaliteit van behandelingen niet, er is geen follow-up. ‘In huisartspraktijken is het coderen van gege-

vens in dossiers vaak een groot probleem’, wist Pijnenborg. ‘Nu steeds meer zorgverleners bij de zorg betrokken zijn, hebben ook steeds meer mensen dezelfde gegevens nodig. Een goede structuur voor registratie kan van levensbelang zijn.’ Ook wat patiënten vinden kan van belang zijn, naast medisch-klinische indicatoren. Braspenning: ‘Misschien denkt een huisarts wel dat de privacy

in de spreekkamer voldoende is, maar blijken de meeste patiënten daar anders over te denken. Of zegt de arts aan risicomanagement voor hart- en vaatziekten te doen, maar is onduidelijk of risicopatiënten wel geregeld voor controle van suiker en bloeddruk worden opgeroepen.’ Daarbij gaat het om simpele indicatoren, gekoppeld aan een verbeterplan. Braspenning: ‘Honderd procent

SESSIE 3 Richtlijnen: zorg dat ze werken

‘Menselijke waarden doen er toe, ook in de organisatie’

Een keten is zo sterk als de zwakste schakel. In zorgketens verdient elke schakel dus evenveel aandacht van het management. Maar wezenlijker is dat de mensen in de diverse schakels elkaar en elkaars ambities kennen, elkaar weten te vinden en dezelfde taal spreken en zich vooral menselijk tegenover elkaar gedragen. Al doet een beetje druk van buitenaf wonderen.

Ze presenterden zichzelf als een keten: de een weet alles van het organiseren van ketens in het bedrijfsleven, de ander heeft verstand van de gezondheidszorg en de derde organiseerde een keten rond zorg bij CVA. Een ding werd duidelijk: zonder goede communicatie en motivatie, valt elke keten als losse schakels uiteen. ‘Mensen willen ketens die iets opleveren, hun eigen belang dienen en gemeenschappelijke waarden delen. En de plannen moeten gezamenlijk worden gemaakt’, was de

boodschap van drs. Theo Konijn, bestuurslid van de Stichting Ketennetwerk Amsterdam. ‘Het product moet centraal staan. Of dat nu een trostomaat, veiligheid of een CVA-patiënt is.’ Begrippen als kwaliteit, doelmatig-

‘De beste ketens zijn die waar mensen gesproken hebben over hun drijfveren, die elkaars taal spreken en elkaar hebben leren kennen’

heid en klantgerichtheid zijn wezenlijk, communicatie daarover is vooral noodzakelijk op de punten waar mensen met elkaar te maken hebben. En, zei Konijn, ‘de beste ketens zijn die waar mensen gesproken hebben over hun drijfveren, die elkaars taal spreken en elkaar hebben leren kennen. Je belt en vertrouwt eerder iemand die je kent.’ Dr. Henk Nies van het Nederlands

Instituut voor Zorg en Welzijn benadrukte dat er geen richtlijnen kunnen zijn zonder richting en dat die met prikkels kan worden gegeven. ‘Dat kunnen financiële prikkels zijn, maar ook de wil om te kijken naar de behoefte van patiënten in plaats van

heel wat patronen worden doorbroken. ‘We moesten terug naar de essentie van human doing, het hollen van de ene klus naar de andere, naar human being, naar meer ruimte voor samenhang, aandacht voor de persoon, iemands drijfveren en ambities. Menselijke waarden doen er toe, ook in de organisatie.’ A x G x F = R hield Stroeks zijn gehoor voor: Ambitie maal Geloof maal Focus is Resultaat. ‘Iedereen heeft iets ingebracht en we hebben

elkaar versterkt. Als je elkaar als een rugbyteam vasthoudt en druk uitoefent ontstaat een kracht die groei en transformatie stimuleert. Het valt bijna niet uit te leggen.’ Maar als mensen dwars blijven liggen, wat doe je dan, vroeg een deelnemer. Stroeks: ‘Laat hen ervaren hoe het bij anderen gaat, bij mensen die met veel plezier werken. Dat werkt als een infectie.’ Konijn: ‘Ook druk van buiten, van een verzekeraar of de overheid, is vaak essentieel. Onder druk wordt alles vloeibaar.’

alleen naar het aanbod van zorg.’ Er zijn vele barrières die verhinderen dat iedereen hetzelfde wil, maar de manier om die te overkomen is als professionals aan elkaar en aan de organisatie tonen waar de belemmeringen zitten, meende Nies. ‘Maak het maar klein, laat maar zien wat een patiënt ervaart als er niets verandert. Daarbij is het ook belangrijk dat je als professional even in de huid van de beleidsmaker kruipt. Dat begrip voor elkaars situatie is wezenlijk om vooruit te komen.’

Vasthouden als een rugbyteam

Huub Stroeks van de Stichting Sensor en het Eindhovense Catharina-ziekenhuis presenteerde wat is bereikt met de CVA-zorg in de regio: een handleiding voor de zorg voor patiënten met CVA. Professionals weten daardoor waar ze aan toe zijn en al na een jaar bleek dat de ziekenhuisopname was verkort van 31 naar 18 dagen. Dat ging niet zonder slag of stoot en er moesten



Henk Smid, voorzitter van de workshop, geeft een toelichting.

GOUDEN TIPS VOOR SUCCES

Deelnemers aan de workshop konden hun eigen ‘gouden tip’ inleveren. Hieronder staat een kleine selectie uit de reacties:

- Ga in elkaars schoenen staan
- Goede mensen zijn belangrijker dan het protocol
- Investeer in samenwerking
- Zoek naar gezamenlijke belangen
- Betrek de patiënt er vanaf het begin bij
- Laat professionals bij elkaar stage lopen

SESSIE 4 Hart I: delay is niet oké!

Meer AED's zou honderden levens per jaar redden

Bij een hartstilstand telt elke seconde. Het is daarom van groot belang dat de in deze situatie levensreddende automatische externe defibrillator (AED) ruim beschikbaar is. Politie en brandweer ermee uitrusten is een mogelijkheid, net als het plaatsen van AED's in openbare ruimten. Maar nog niet iedereen is overtuigd van de noodzaak.

Bij een acute hartstilstand, meestal het gevolg van kamervibrilleren, kan een korte stroomstoot het fibrilleren opheffen en de bloedsomloop weer op gang brengen. 'Helaas overlijdt meer dan 85 procent van de mensen die getroffen worden door een acute hartstilstand, doordat het niet lukt binnen een paar minuten het hart te defibrilleren', zei cardioloog dr. Ruud Koster (AMC, Amsterdam). 'Krijgt de patiënt hartmassage en mond-op-mondbeademing en wordt hij binnen vijf minuten gedefibrilleerd, dan is de overlevingskans ongeveer 70 procent. Duurt het twaalf minuten, dan is de overlevingskans al gedaald tot 10 procent. Ideaal is het dus om binnen vijf minuten te defibrilleren.'

eenvoudig te bedienen AED is dat ideaal, althans in theorie, een stuk dichterbij gekomen, stelde cardioloog dr. Ton Gorgels (AZM, Maastricht). 'De AED kan en mag ook door niet-medici worden bediend na enige training.' Om te bereiken dat de AED zo snel mogelijk bij de patiënt komt, worden nu twee wegen bewandeld. Koster: 'In de regio Noord-Holland zijn politie- en brandweerwagens voorzien van een AED. Deze hulpdiensten kunnen vaak veel sneller bij een patiënt zijn dan de ambulancedienst. Zouden alle politieauto's in Nederland uitgerust zijn met een AED – kosten inclusief training van agenten ongeveer een miljoen euro – dan zouden jaarlijks tussen de 150 en 200 levens gered kunnen worden. Helaas hebben we de politiek hiervan nog niet kunnen overtuigen. Die ziet de ambulance als belangrijkste manier om de defibrillator bij de patiënt te krijgen. En die ambulance is gewoon te laat. De Raad van hoofdcommissarissen verklaarde vorig jaar al dit niet als een taak van de politie te zien. Goede alternatieven zijn er voorlopig niet.' Een andere strategie is het plaatsen van AED's in openbare ruimtes. 'In de

regio Maastricht zijn we begonnen met het plaatsen van AED's in winkelcentra, sportgelegenheden, theaters en dergelijke', zei Gorgels. 'Want in 20 procent van de gevallen krijgen mensen een hartstilstand in een openbare ruimte. Beheerders en bezoekers van de ruimte moeten dan wel weten waar de AED hangt en zij moeten weten hoe je het apparaat bedient. Die communicatie is en blijft erg belangrijk.'

Time is muscle

Niet alleen bij de acute hartstilstand, ook bij het acute hartinfarct is de factor tijd van cruciaal belang. Het is zaak zo snel mogelijk het vernauwde coronaire bloedvat te openen. 'Er bestaat in de medische wereld nog verschil van opvatting over de beste aanpak hierbij: dotteren of trombolysen', zei Sanne de Loor, programmamanager bij de Nederlandse Hartstichting. 'Ook is er onduidelijkheid over de rolverdeling. Wie doet wat? Wat is de taak van de huisarts? Van het ambulancepersoneel? Gebrek aan goede afspraken hierover leidt nu nog vaak tot onnodig tijdverlies in de behandeling van de patiënt. En bij een hartinfarct geldt: time is muscle!'



Ruud Koster (tweede van rechts) en Ton Gorgels (uiterst rechts) luisteren naar hun collega.

Om de zorgketen te stroomlijnen is in december 2003 de Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Acute Coronair Syndroom verschenen (onderwerp van sessie 5, die wegens gebrek aan belangstelling kwam te vervallen). De LTA: 'Kern daarvan is de oproep tot het maken van lokale transmurale afspraken. De precieze invulling van die afspraken zal in iedere

regio moeten worden afgestemd op de lokale mogelijkheden, zoals bijvoorbeeld het aantal ziekenhuizen in de regio waar gedotterd kan worden. De Nederlandse Hartstichting gaat zich de komende tijd inzetten om de betrokken partners in de regio's desgewenst te helpen bij het opstellen van dergelijke regionale afspraken.'

SESSIE 6 Beroerte: herken, haast en handel!

Snelle behandeling na herseninfarct voorkomt hersenverlies

Trombolysen na een herseninfarct kan invaliditeit voorkomen, maar alleen als de behandeling plaatsvindt binnen drie uur na de eerste verschijnselen. Anders is er te veel hersenweefsel afgestorven. 'De vertraging in de keten moet worden aangepakt op meer plaatsen tegelijk.'

'Na een herseninfarct geldt: tijdverlies = hersenverlies', stelde dr. Cees Franke, neuroloog in het Atrium MC in Heerlen en adviseur beroerte voor de Nederlandse Hartstichting. Tachtig procent van de patiënten met een beroerte heeft een herseninfarct. Het afsluitende stelsel kan worden opgelost met een medicijn, mits deze behandeling, trombolysen, zo snel mogelijk na de eerste symptomen begint. Hoe langer de afsluiting duurt des te meer hersenweefsel afsterft. Na drie uur is trombolysen zinloos. Trombolysen is bij snelle behandeling voor een kwart van de patiënten met een herseninfarct mogelijk, in de

praktijk is dat maar een paar procent. Als iedereen die in aanmerking komt trombolysen krijgt, stijgt het aantal patiënten dat zelfstandig kan leven na een beroerte met duizend per jaar. Vertraging kan optreden voordat de patiënt in het ziekenhuis arriveert (onset-to-door time) of in het ziekenhuis (door-to-needle time). Voor de onset-to-door time rekent men meestal twee uur. In die tijd moeten de symptomen van de beroerte opgemerkt en herkend worden, moet medische hulp worden ingeroepen en moet de ambulance de patiënt naar het ziekenhuis hebben gebracht. De door-to-needle time mag niet langer dan een uur zijn. In die tijd moet het neurologisch lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek, CT en het vervoer van de patiënt in het ziekenhuis zijn afgerond.

Voorkomen van vertraging

Om een beeld te krijgen hoe de vertraging ontstaat, verzamelde drs. Vivian Welzen, huisarts in opleiding, gegevens van 263 patiënten in de



Cees Franke: 'Tijdverlies is hersenverlies.'

regio Heerlen-Maastricht. Meer dan de helft van de patiënten arriveerde binnen twee uur in het ziekenhuis. Van de 263 patiënten met een beroerte zijn er 19 (8 procent) getrombolysed. Zonder vertraging hadden dat dertig patiënten meer kunnen zijn: 25 patiënten meer wanneer sneller medische hulp was ingeroepen en vijf meer bij een snellere reactie van de

ingeroepen huisarts. De vertraging bij de patiënten trad op omdat zij de symptomen niet herkennen (40 procent), niet in staat waren om hulp in te roepen (20 procent) of anders (40 procent). Zowel bij de huisartsen als bij de patiënten treedt vertraging op, zo concludeerde Welzen, maar de meeste vertraging treedt op bij de patiënten.

Vertraging moet, volgens dr. Raymond Wimmers, programmamanager patiëntenzorg bij de Hartstichting, worden aangepakt op meer plaatsen in de keten tegelijk. Mogelijke interventies om de onset-to-door time te bekorten zijn kennis bijbrengen aan het publiek en scholing voor het ambulancepersoneel. Het verkorten van de door-to-needle time kan worden bereikt door trainingsprogramma's voor het personeel en reorganisatie van het ziekenhuis. In 2005 wordt het publiek voorgelicht door middel van de CVA-SPOED campagne van de Hartstichting met als belangrijkste elementen:

- Herken. Herkenning van de basis-symptomen door de eenvoudige Face-Arm-Speech-Time test (zie figuur).
- Handel. De huisarts of 112 wordt direct gebeld.
- En maak haast. Trombolysenbehandeling kan tot drie uur na de eerste verschijnselen. Spoed is gewenst, elke minuut vertraging leidt tot extra hersensterfte.

De FAST-test is een simpele manier om een beroerte te herkennen. Als de patiënt moeite heeft met een of meer van de eerste drie punten, heeft hij waarschijnlijk een beroerte.



1 Face: Vraag de patiënt om te lachen of de tanden te laten zien. Let op of de mond scheefstaat en een mondhoek naar beneden hangt.



2 Arm: Vraag de patiënt om beide armen tegelijkertijd horizontaal naar voren te strekken en de binnenzijde van de handen naar boven te draaien. Let op of een arm wegzakt of rondzwakt.



3 Speech: Vraag aan de patiënt of de familieleden of er veranderingen zijn in het spreken (onduidelijk spreken of niet meer uit de woorden kunnen komen).



4 Time: Stel vast hoe laat de klachten bij de patiënt zijn begonnen.

SESSIE 7 Chronisch hartfalen: is de organisatie een zorg?

Speciale poli's verbeteren de zorg voor patiënten met chronisch hartfalen

Het aantal mensen in Nederland met chronisch hartfalen, nu ruim tweehonderd duizend, zal de komende tijd met ongeveer 10 procent per jaar toenemen. Om de zorg voor deze grote stroom patiënten in goede banen te leiden, is een goede organisatie van de hartfalenzorg onontbeerlijk. Hartfalenpoli's spelen hierin een belangrijke rol.

Twee zaken zijn op het ogenblik van groot belang als het gaat om de zorg bij hartfalen, meende cardioloog drs. Dirk Lok van het Deventer Ziekenhuis. 'Om te beginnen moeten de zorgverleners de huidige richtlijn

voor de behandeling van chronisch hartfalen, de multidisciplinaire CBO-richtlijn uit 2002, in praktijk brengen. Daarnaast moet worden nagegaan hoe de chronische zorg voor de patiënten met hartfalen het effectiefst kan worden georganiseerd.'

Iedereen volgt de richtlijn chronisch hartfalen helemaal, om verschillende redenen. Om te beginnen is de aandoening niet goed bekend bij het publiek. Veel patiënten, meestal ouderen, menen dat hun klachten bij het ouder worden horen. Zij melden zich daardoor vaak pas laat bij de huisarts.

Onderzoek naar behoefte hartfalenpatiënt

Onderzocht wordt nu hoe de zorg voor deze groep patiënten kan worden verbeterd. Jaarsma: 'De afgelopen jaren zijn er op tal van plaatsen in Nederland zogeheten hartfalenpoli's opgericht, waar gespecialiseerde

hartfalenzorg voor hartfalenpatiënten nog (kosten)effectief is. Samen met de uitkomsten van Deal-HF levert Coach waarschijnlijk voldoende inzicht om te definiëren welke zorg de patiënt met hartfalen nodig heeft. Per ziekenhuis of per regio kan men vervolgens nagaan hoe en door wie die zorg het beste kan worden geleverd. Daarbij zou het goed zijn ook te kijken naar mogelijkheden in de eerste lijn onder andere via gespecialiseerde praktijkondersteuners, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en diëtisten.'

'Het staat niet vast wat de zorg op een hartfalenpoli precies inhoudt. Er zijn er nu 85 in Nederland, die elk op hun eigen manier zijn georganiseerd en ingericht'

Op beide terreinen valt nog behoorlijk wat werk te verrichten. Lok: 'Nog niet

Daar worden de klachten van de patiënten niet altijd direct herkend als symptomen van hartfalen. Is dat wel het geval, dan blijkt het vaak moeilijk te zijn de diagnose hartfalen in de eerste lijn correct te stellen. Bovendien wordt de medicatie van de patiënt vaak niet optimaal voorgeschreven. Zowel patiënt als arts blijkt doorgaans te snel tevreden met het effect van een "te zuinig" ingestelde medicatie.' 'Daarbij speelt het feit dat hartfalenpatiënten in de regel wat oudere, kwetsbare patiënten zijn natuurlijk ook een rol', vulde dr. Tiny Jaarsma (AZG, Groningen) aan. 'Zowel patiënt als arts is soms een beetje huiverig om veel te sleutelen aan de medicatie. Als je iets verandert, loop je kans dat de patiënt hierdoor een tijd lang van slag is.'

zorgverleners aanvullende zorg geven aan patiënten met hartfalen. Probleem is dat niet vaststaat wat de zorg op een hartfalenpoli precies inhoudt. Er zijn nu 85 hartfalenpoli's in Nederland, die elk op hun eigen manier zijn georganiseerd en ingericht.' Van de zorg op de hartfalenpoli's in Deventer en Alkmaar is in het Deal-HF onderzoek vastgesteld dat deze effectief is, aldus Lok. 'De extra zorg, naast die door huisarts en cardioloog, leidde tot een halvering van het aantal ziekenhuisopnames en bijna tot een halvering van het aantal sterfgevallen onder patiënten met hartfalen.' In zeventien ziekenhuizen wordt het door de Hartstichting ondersteunde Coach-onderzoek gehouden. Jaarsma: 'Onderzocht wordt welke vorm van

'Een andere mogelijkheid is dat er tussen de eerste en tweede lijn een soort hartfalendienst komt, vergelijkbaar met de huidige trombosedienst', blikte Lok in de toekomst. 'Deze zouden, mits werkzaam en kosteneffectief, de chronische zorg voor de patiënten kunnen overnemen.'



Tiny Jaarsma en Dirk Lok.

SESSIE 8 Hartfalen: samenwerking vereist!

Hartfalenpoli heeft geen wettelijke status

Samenwerking tussen zorgverleners is bij de behandeling van patiënten met hartfalen van groot belang. Maar over de exacte invulling van die samenwerking bestaat nog veel onduidelijkheid.

Op socratische wijze, en aan de hand van enkele casussen, zocht sessievoorzitter Han de Ruiter (projectcoördinator zorgvernieuwing en ketenzorg, AZG Groningen) naar het antwoord op de vraag hoe de zorg voor patiënten met hartfalen er ideali-

Ogenscheinlijk een theoretische exercitie was de discussie naar aanleiding van de stelling dat de hartfalenpoli geen wettelijke status heeft. 'Dat kan ertoe leiden dat een hartfalenverpleegkundige die medicatie voorschrijft of aanpast, aangeklaagd kan worden door patiënten en/of nabestaanden als er iets mis gaat', waarschuwde Kragten. 'We moeten het personeel beschermen tegen zijn eigen enthousiasme.' Dat deze waarschuwing niet overbo-

'Op een gewone poli is dezelfde kwaliteit van zorg mogelijk, mits er voldoende tijd voor wordt uitgetrokken'

ter uitziet. Hij begon met een casus die cardioloog dr. Hans Kragten (Atrium MC, Heerlen) had gepresenteerd. Een patiënt die niet optimaal medicamenteus was ingesteld, bezocht de hartfalenpoli, wat leidde tot een discussie: is de patiënt hier beter af dan op een gewone poli? 'Jazeker', verwees een van de deelnemers naar de resultaten van de Deal-HF studie die bij sessie 7 werden gepresenteerd. 'Hieruit blijkt dat de mortaliteit en het aantal ziekenhuisopnames halveert dankzij de hartfalenpoli.' Maar een ander meende: 'Op een gewone poli is die kwaliteit van zorg ook mogelijk, mits er voldoende tijd voor wordt uitgetrokken.' Er werd ook opgemerkt dat het erg afhankelijk is van wat je onder een hartfalenpoli verstaat.

dig was, bleek al snel. De Ruiter wist de zaal diverse voorbeelden te ontlokken van handelwijzen op hartfalenpoli's waarvan de juridische consequenties niet geheel te overzien zijn. Dit varieerde van het ondertekenen van recepten door een verpleegkundige tot het bedenken van constructies die de vergoeding van fysiotherapie mogelijk maken. 'Laat de Hartstichting hierover maar eens een juridische workshop organiseren', adviseerde De Ruiter.

Overkoepelende richtlijn

Josiane Janssen, hartfalenverpleegkundige in het AZ Maastricht wees in de door haar gepresenteerde casus op de comorbiditeit die bij de meeste patiënten met hartfalen de zorg extra gecompliceerd maakt. Het is wense-



Zaaldiscussie over de richtlijnen voor multidisciplinaire samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn.

lijk een overkoepelende richtlijn 'chronisch ziekten' te maken', poneerde zij in een stelling. Die richtlijn zou er vooral op moeten wijzen dat bij veel chronisch zieken comorbiditeit aanwezig is en dat de diverse hulpverleners hiermee rekening dienen te houden. Een deelnemer aan de sessie, zelf werkzaam bij het CBO, zag dit niet zitten. 'De ervaring leert dat richtlijnen veel meer effect hebben als zij gekoppeld zijn aan een omschreven aandoening. Wel is het nuttig dat er in de richtlijn Hartfalen voldoende

aandacht wordt besteed aan de ketenzorg bij deze aandoening.'

De zaal had vervolgens diverse suggesties hoe de door Janssen gevraagde coördinatie van zorg bij een patiënt met comorbiditeit bewaakt kan worden. Een taak voor de wijkverpleegkundige, vond de een. Een ander wist dat in Goes hiervoor een multidisciplinaire coördinator was aangesteld. En ook de praktijkondersteuner van de huisarts of een huisartsenlab kan deze taak goed vervullen. De toehoorders waren het wel met

Janssen eens dat een goede communicatie tussen de diverse zorgverleners rondom de patiënt van groot belang is. Goede ICT-voorzieningen zijn daarbij onmisbaar, bleek uit een inventariserend rondje van De Ruiter. Naast communicatie tussen de zorgverleners worden de ICT-voorzieningen in toenemende mate ook geschikt gemaakt voor het verstrekken van informatie of zelfs het verzamelen van gegevens van de patiënt.

Het opzetten van een multidisciplinaire vaatpoli: think big, act small

De zorg voor patiënten met vaatlijden is vaak versnipperd en onvolledig. Op diverse plaatsen in Nederland worden daarom multidisciplinaire vaatpoli's opgericht. Het opzetten van zo'n poli vergt veel inzet, betrokkenheid en doorzettingsvermogen.

Perifeer vaatlijden is een verzamelnaam voor een handvol aandoeningen aan de bloedvaten buiten het hart en het hoofd. Deze verscheidenheid aan aandoeningen en bijbehorende behandelingen maakt dat de zorg voor patiënten met vaatlijden sterk versnipperd is. 'Iedere specialist meent dat hij het juiste trucje beheerst om de patiënt te helpen, waarbij de totale aanpak van de patiënt, de aanpak die ook op de lange termijn winst oplevert, naar de achtergrond verdwijnt', omschreef de voorzitter van de sessie, internist dr. Jan Dirk Banga (UMC Utrecht) de huidige situatie in veel Nederlandse ziekenhuizen.

Drs. Marianne van Oosterhout (programmamanager patiëntenzorg bij de Hartstichting) gebruikte de flipperkast als metafoer. 'De patiënt schiet ongecoördineerd heen en weer tussen

de diverse specialismen. De zorg vertoont hierdoor enerzijds vele dubblures en anderzijds hiaten. Het gebrek aan overzicht en aandacht voor het onderliggende atherosclerotisch proces leidt ertoe dat de helft van de patiënten, ondanks de ingezette behandeling, binnen tien jaar is overleden.'

Om in deze situatie verandering te brengen organiseerde de Hartstichting eerder dit jaar een expertmeeting over vaatlijden. Op basis van deze meeting presenteerde Van Oosterhout diverse punten die van belang zijn bij het organiseren van een multidisciplinaire zorg voor vaatpatiënten. Het doel van de zorg moet zijn het multidisciplinair in kaart brengen en behandelen van zowel de lokale medische problemen bij de patiënt als het totaal aan risicofactoren. 'Kortom, maatwerk in het vaatwerk', haakte Van Oosterhout aan bij de titel van de sessie.

Het bereiken van dat doel is echter niet eenvoudig. Niet alleen moeten er afspraken gemaakt worden over de taakverdeling, de inhoud van de behandelprotocollen, de onderlinge communicatie en de financiering van

de zorg, ook is het nodig dat het veranderingsproces wordt ondersteund door het management van het ziekenhuis, dat een of meer enthousiaste voorlopers het veranderingsproces gaande houden en dat er snel (kleine) veranderingen zichtbaar zijn. 'Neem daarbij niet te veel hooi tegelijk op de vork', waarschuwde Van Oosterhout, 'Think big, act small.' De uiteindelijke beloning voor alle inspanningen? 'De vaatpatiënt wordt er beter van en de professional vindt het behandelen van de patiënt leuker', aldus Van Oosterhout.

Drie voorwaarden voor succes

Een van de pioniers op het gebied van het opzetten van een multidisciplinair vaatcentrum, vaatchirurg prof. Peter Kitslaar (AZ Maastricht) ging aan de hand van de ervaringen in Maastricht nader in op enkele succes- en faalfactoren bij het opzetten van de multidisciplinaire zorg voor patiënten met vaatlijden. Hij onderscheidde drie voorwaarden voor het slagen van zo'n operatie: 'Goede motieven, emotionele betrokkenheid van alle spelers en beschikbare informatie.'

De goede motieven vond het AZ Maastricht enkele jaren geleden in een aantal rapporten waarin werd geconstateerd dat de zorg voor patiënten 'een chaos was', zoals Kitslaar het kort samenvatte. 'Lange zorgtrajecten, langs elkaar heen werkende specialismen en nauwelijks gegevens over de zorg.' Om de emotionele betrokkenheid bij het veranderingsproces te garanderen is het volgens Kitslaar van groot belang dat dit proces primair geleid wordt door artsen. 'De dokter is zich als geen ander bewust van het belang van de veranderingen voor de patiënt.'

Twee jaar voorwerk, het formeren van een gemotiveerd team en het aanstellen van een daadkrachtige projectleider heeft inmiddels geleid tot het

Maastrichtse vaatcentrum met een uniforme prepoli-intake voor iedere patiënt. Stroomschema's voor elke categorie patiënten wijzen vervolgens de weg door de zorg. Voor iedere zorglijn is een geprotocolleerde aanpak van behandeling beschreven, compleet met een goede dataverzameling.

Behandeling door drie specialisten

Aansluitend bij het motto *think big, act small* worden in het AZ Maastricht voor vier vaataandoeningen dergelijke geprotocolleerde behandelingschema's uitgevoerd. Kitslaar: 'De raad van bestuur van het ziekenhuis wil nu eerst prestaties zien. Met deze vier lijnen kunnen we de effecten van de verandering inzichtelijk maken. Daarmee kunnen we het bestuur overtuigen dat uitbreiding zinvol is.' Als belangrijkste problemen bij het opzetten van de multidisciplinaire aanpak van vaatpatiënten noemde Kitslaar het tekortschieten van de ICT-voorzieningen - 'alleen geschikt om rekeningen mee uit te schrijven' - en het feit dat de snelle, gestroomlijnde zorg soms botst met de wensen van het klinisch onderzoek waarmee het academisch ziekenhuis te maken heeft.

Aansluitend vertelde internist dr.

Karin Kaasjager (Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem) over soortgelijke ervaringen. 'Vier jaar geleden was iedereen dé vaatspecialist en was er nauwelijks samenwerking. Het overgrote deel van de patiënten was onder behandeling bij drie specialisten tegelijk. Desondanks was er vaak sprake van onderbehandeling. Zo kregen niet alle patiënten een statine na een myocardinfarct.'

Anderhalf jaar volhardend lobbyen heeft inmiddels ook in Arnhem geleid tot een vasculaire poli waarin de patiënt centraal staat. 'De *vascular nurse* is hierbij de spil in de organisatie van de behandeling. Deze stelt het risicoprofiel van de patiënt op, doet de screening en bespreekt met de patiënt de mogelijke leefstijlveranderingen. De specialisten verrichten uitsluitend onderzoeken en behandelingen op hun eigen terrein van expertise. Het resultaat is eenduidigheid in de behandeling en betere resultaten ten aanzien van het opvolgen van leefregels, hetgeen zich uit in een hoger percentage patiënten dat de streefdoelen voor cholesterol, bloeddruk en stoppen met roken haalt. Bovendien zijn de wachttijden voor de patiënten afgenomen en kunnen er tweemaal zoveel patiënten worden behandeld als voorheen.'

GOUDEN TIPS

Enkele gouden tips die zijn binnengekomen naar aanleiding van deze sessie:

- Laat de ICT van de ziekenhuizen aansluiten op het huisartsen-informatiesysteem; dat maakt de communicatie tussen de huisarts en het ziekenhuis gemakkelijker.
- Maak een roadmap, waarin staat aangegeven: huidige stand van zaken, doelen die geformuleerd moeten worden, het coördineren van initiatieven en het maken van centrale afspraken over bijvoorbeeld financiering.

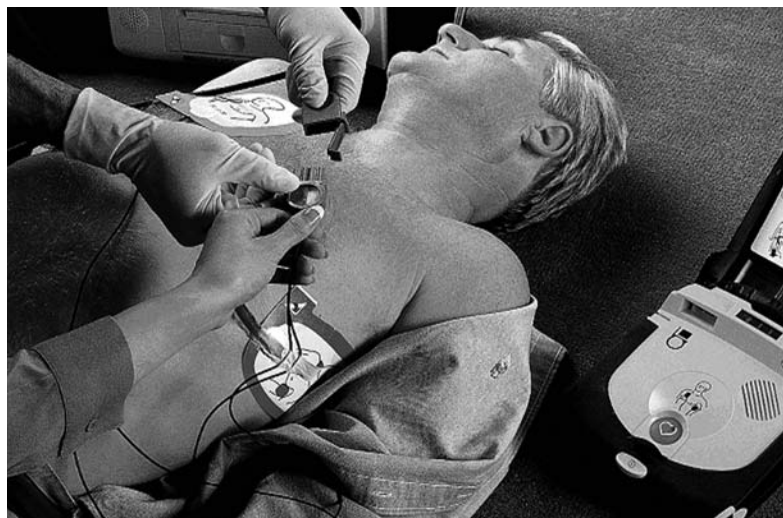


'ICT kan een belangrijke bijdrage leveren aan communicatie en samenwerking in de vaatzorg.'

VRAGEN OVER REANIMATIE, AED EN -ONDERWIJS?

Bureau Reanimatie Nederlandse Hartstichting biedt uitkomst!

In ons land worden elke week ruim tweehonderd mensen buiten het ziekenhuis plotseling getroffen door een hartstilstand. Dat is een levensbedreigende situatie, omdat de organen geen zuurstof meer krijgen. Alleen directe reanimatie door een familielid, een collega of een toevallige getuige kan iemands leven redden. De overlevingskansen van de meeste slachtoffers nemen extra toe als er snel wordt gedefibrilleerd. Defibrillatie is het hart weer in een goed hartritme proberen te brengen met een krachtige stroomstoot. Bij meer dan zestig procent van de slachtoffers is defibrillatie nodig.



Reanimatie én AED

De Nederlandse Hartstichting organiseert al meer dan dertig jaar reanimatieonderwijs voor de Nederlandse bevolking. Sinds kort is AED-onderwijs hieraan toegevoegd. De organisatie van de cursussen is door de Hartstichting in handen gegeven van werkgroepen van vrijwilligers. Circa driehonderd organisaties, verspreid over alle provincies, organiseren op vrijwilligersbasis en zonder winstoogmerk reanimatiecursussen. Ook ondersteunt de Hartstichting met haar materialen het reanimatieonderwijs binnen de (opleidingen in de) gezondheidszorg, voor first-responders, in het reguliere onderwijs en op de werkplek, bijvoorbeeld via de arbodiensten.

Het Bureau Reanimatie van de Nederlandse Hartstichting fungeert als landelijk dienstverlenend orgaan voor activiteiten die betrekking hebben op reanimatie, AED en -onderwijs. Het Bureau ondersteunt de cursusorganisatoren bij de uitvoering van de basis- en herhalingscursussen Basale Reanimatie en AED.

Hebt u vragen over reanimatie, AED en -onderwijs, dan bent u bij ons aan het juiste adres.

Postbus 300, 2501 CH Den Haag
Bordewijklaan 3, 2591 XR Den Haag

Telefoon en fax 0900 - 0400 020
reanimatie@hartstichting.nl

Metten in de revalidatie ook van belang voor patiënt

Het maken en bijstellen van richtlijnen is een dynamisch proces. In de sessie over revalidatie na een beroerte lag de nadruk op de richtlijnen voor het meten. Meten geeft een beter beeld van de vooruitgang in het revalidatieproces voor zowel de professional als de patiënt en zijn verzorger.

In 2001 publiceerde de Nederlandse Hartstichting de richtlijn *Revalidatie na een beroerte*. Volgens Peter Koppe, revalidatiearts Revalidatiecentrum Amsterdam en voorzitter van de commissie Revalidatie na een beroerte van de Hartstichting, zijn de richtlij-

Hartstichting publiceerde een addendum *Zorg voor de mantelzorg* en een aanvulling voor ergotherapie is in druk.

In de presentatie van dr. Gert Kwakkel (bewegingswetenschapper en fysiotherapeut bij VU medisch centrum Amsterdam), drs. Edith Cup (ergotherapeut en gezondheidswetenschapper bij UMC St Radboud Nijmegen) en drs. Anne Visser (revalidatiearts bij De Hoogstraat, Utrecht en in UMC Utrecht) ging het vooral over het belang van meten, waaraan volgens Koppe nog te weinig tijd wordt besteed.

de communicatie tussen hulpverleners wordt bevorderd. Iedereen moet dan wel dezelfde meetinstrumenten gebruiken.

Veranderingen objectief vastleggen

Met meetinstrumenten kan men veranderingen objectief vastleggen. Iedereen kijkt op dezelfde manier en werkt met uniform verkregen gegevens. Door herhaald te meten kan men beter vaststellen of iemand voor of achteruitgaat. Ook voor de patiënt heeft meten voordelen. Hij merkt of de therapie wel of



Revalidatiearts Peter Koppe: 'Aan meten wordt nog te weinig aandacht besteed.'

'Wie regelmatig meet, kan de mate van herstel na een beroerte beter inschatten'

nen goed ontvangen en worden ze op wetenschappelijke bijeenkomsten en bij patiëntenbesprekingen regelmatig geraadpleegd.

In de praktijk blijkt echter dat sommige richtlijnen niet scherp genoeg zijn. Wie de adviezen voor de behandeling van een patiënt raadpleegt, weet nog niet wat te doen. Nieuwe inzichten door wetenschappelijk onderzoek leiden tot aanpassing van de adviezen. Dit jaar zijn twee aanvullingen gepubliceerd en een derde is in voorbereiding. Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie publiceerde een beroepsspecifieke richtlijn, *KNGF-richtlijn 'beroerte'*. De

Wat is het belang van meten? Een argument om niet te meten is dat het tijd kost. Ik zie het zo ook wel, denkt men. Andere argumenten zijn dat men niet weet hoe men aan meetinstrumenten moet komen of dat er geen afspraken zijn gemaakt over wie wat gaat meten en wanneer. Toch, zo zei Kwakkel, heeft meten meerwaarde. Uit onderzoek blijkt dat regelmatig meten ervoor zorgt dat je beter kunt inschatten in hoeverre iemand na een beroerte zal herstellen.

Prognostisch inzicht is nodig om voor een patiënt een passende behandeling uit te kunnen zoeken. Andere argumenten om te meten zijn dat hiermee

geen effect heeft; als hij vooruitgaat, is dat een goed motief om ermee door te gaan. Als er geen effect is, kan hij zijn tijd beter aan iets anders besteden. Ook voor de partner is het een voordeel om te weten of de patiënt wel of niet vooruitgaat. Het advies is om te meten bij opname, na drie maanden en na zes maanden. Meten dient ook te gebeuren als verandering wordt verwacht, bijvoorbeeld voor en na een training of voor een patiëntenbespreking.

Problemen van de partner meten

'Niemand voelt zich verantwoordelijk voor de hulpverlener', zei Visser,

doelend op de mantelzorger. Iedereen vraagt hoe het gaat met de patiënt. De helft van de partners van patiënten in een revalidatiecentrum is depressief, terwijl zij in relatief gunstige omstandigheden verkeren omdat ze bij de revalidatie worden betrokken. Er is een eenvoudige vragenlijst, de Caregiver Strain Index (stressindex voor mantelzorgers), die snel inzicht geeft in problemen van de partner, zoals slapeloosheid, geen andere dingen kunnen doen omdat de verzor-

ging zoveel tijd vergt of verandering van gevoelens voor elkaar. Het risico van overbelasting is vooral verhoogd bij partners die somber zijn, die niet zoeken naar oplossingen voor de veranderde situatie of die een beperkt sociaal netwerk hebben. De oplossing moet komen door gedragsverandering, gesprekken alleen zijn daarvoor niet voldoende. 'Dat is moeilijk', zei revalidatiearts Visser, 'want wij zijn niet gewend om gedragsverandering bij de partner te bewerkstelligen.'



Voelen wat de patiënt voelt

Deelnemers aan sessie 11 proberen zelf de Shuttle Walktest (SWT), waarmee je de maximale fysieke belasting van een patiënt in een hartrevalidatieprogramma kunt vaststellen. Patiënten moeten heen en weer lopen tussen twee lijnen, in een langzaam stijgend tempo. Harder lopen en vervolgens bij de lijn even uitrusten mag niet. Ben je twee keer te laat bij de lijn gekomen, dan moet je stoppen. Het rietje en de neusklem zijn bedoeld om de hulpverleners een indruk te geven van het (beperkte) fysieke vermogen van een hartpatiënt.

Voordelen van de SWT zijn, volgens fysiotherapeuten Erik Hulzebos en Simon van der Voort, dat deze een betere indicatie geeft dan een vragenlijst – je meet immers waar patiënten werkelijk toe in staat zijn. Daarnaast blijkt de SWT in de praktijk beter reproduceerbare resultaten te geven dan de traditionele zesminutentest, waarbij patiënten een zo groot mogelijke afstand moeten zien af te leggen.



Stoppen met roken helpt beter dan je denkt

Quizmaster en internist Erik Stroes (uiterst links) test de deelnemers aan sessie 12 over hun kennis van secundaire preventie. Waarmee kun je een reductie van cholesterol bereiken? Met hoeveel procent kan het LDL-cholesterolgehalte omlaag dankzij medicijnen? Volgens panellid en cardioloog Ron Peters (tweede van links) waren de deelnemers goed bekend met de risicofactoren, maar minder met de effecten van beïnvloeding op risicofactoren. Zo dachten de meesten dat plantaardige stanolesters

in margarine en zuivel een daling van hooguit vijf procent van het LDL-cholesterol konden bewerkstelligen. Fout, dat bleek wel 10 procent te zijn. Hetzelfde gold voor het effect van statines: die kunnen een daling van wel 25-35 procent tot gevolg hebben, terwijl de helft van de deelnemers dat lager had ingeschat. En met hoeveel procent daalt de kans op een tweede hartinfarct wanneer je alsnog stopt met roken? Met maar liefst 50 procent, aanzienlijk meer dan de aanwezigen voor mogelijk hielden.

SESSIE 13 (Cardio)vasculair risicomanagement; welke bloemen bloeien er?

De dokter moet zich niet met risicomanagement bemoeien

Maar liefst 66 ziekenhuizen hebben een apart spreekuur voor vasculair risicomanagement, met aandacht voor één of meer risicofactoren zoals roken, het cholesterolgehalte en bloeddruk. In Groningen zijn het niet de artsen die zich hiermee bezighouden; de begeleiding van patiënten is volledig in handen van een nurse practitioner. Een preventieproject in de regio Maastricht dreigt door het verdwijnen van subsidie vroegtijdig te moeten stoppen.

Uit onderzoek van de Nederlandse Hartstichting blijkt dat 66 ziekenhuislocaties een of meer aparte spreekuren hebben voor vasculair risicomanagement (het aanpakken van risicofactoren die – opnieuw – kunnen leiden tot hart- en vaatproblemen), terwijl 26 locaties in de startblokken staan. De Hartstichting besloot tot een inventarisatie om zicht te krijgen op het vasculair risicomanagement in ziekenhuizen, vertelde projectleider Yvonne de Bont. De spreekuren zijn redelijk evenredig verdeeld over Nederland, ook al kunnen niet alle doelgroepen overal terecht. Zeeland en Twente zijn bijvoorbeeld nog vrij leeg. Op alle poli's wordt aandacht besteed aan de risico's van roken. Ook cholesterolgehalte en bloeddruk krijgen veel aandacht, terwijl voeding het laagst scoort. Op nagenoeg alle spreekuren worden leefstijladviezen gegeven, risicofactoren gemeten en medicijnen voorgeschreven. Minder energie wordt er gestoken in begeleiding bij medicijngebruik en leefstijlverandering. 'Maar dat is ook het moeilijkste aan te pakken', zei De Bont. Betrokken bij de spreekuren zijn: vaatchirurg, cardioloog, internist, neuroloog en de verpleegkundige. In 92 procent van de spreekuren wordt volgens protocollen of volgens richtlijnen gewerkt. De meest gebruikte

richtlijnen zijn die van de beroepsvereniging en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Slechts in 11 procent van de gevallen werden eigen protocollen gebruikt. Volgens De Bont is de inventarisatie een eerste aanzet: 'We weten immers nog weinig over de kwaliteit van de spreekuren.' Extra onderzoek vanuit de Hartstichting volgt in het kader van het nieuwe programma Vasculair risicomanagement.

Arts is alleen supervisor

Een van die poli's is gevestigd in het Martini Ziekenhuis Groningen, waar cardioloog René van Dijk aan verbonden is. 'Hoe minder een dokter zich met risicomanagement bemoeit des te beter', zei hij tijdens de sessie. 'Wat ik op een spreekuur produceer aan secundaire preventie is bagger. Ik zou niet weten hoe ik de patiënten moet zien te motiveren.' Er was een nieuw model nodig, vond Van Dijk. Ook al omdat er een tekort aan artsen is. Dus werd in Groningen een 'zorgstraat' voor secundaire preventie opgezet, waar niet de arts maar de nurse practitioner als casemanager grotendeels zelf chronische hartpatiënten begeleidt om te zorgen dat het niet weer mis gaat. De arts treedt daarbij op als supervisor. In Groningen werkt de nurse practitioner met richtlijnen. Volgens Van Dijk zijn nurse practitioners daar ook veel beter in dan artsen. De richtlijnen zijn vastgelegd in een computerprogramma RiskConsult dat de nurse practitioner stuurt bij de behandeling en adviezen. Het behandelplan wordt door de arts en verpleegkundige samen gemaakt. In het elektronisch patiëntendossier dat wordt aangelegd, worden alle contacten en relevante gegevens vermeld. Dat zorgt voor maximale transparantie, ook voor bijvoorbeeld de verzekeraar, stelde Van Dijk.



Ziekenhuizen met een apart spreekuur voor vasculair risicomanagement.

Een deelnemer in de zaal vroeg wat de rol van de dokter eigenlijk nog is. Van Dijk: 'Die is bij ons beperkt; de dokter bepaalt wie naar de poli gaat en zegt tijdens het tweede consult welke risicofactoren de patiënt moet aanpakken. De nurse practitioner kan het vervolgtraject dan oppakken.' Hij concludeerde dat door gebruik van slimme ICT en beschikbare richtlijnen het grootste deel van de preventie door een verpleegkundige gedaan kan worden. Het is niet nodig bevreesd te zijn dat het misgaat, aldus Van Dijk: 'Op onze poli hebben we nog nooit brokken gemaakt.'

Meer risico in achterstandswijk

In de regio Maastricht werd succes geboekt met het preventieproject Harts slag Limburg, dat is gericht op het veranderen van leefstijl. Om de stijging van het aantal hartpatiënten

tegen te gaan begon de GGD in 1998, met subsidie van ondermeer de Nederlandse Hartstichting en samen met een aantal andere instellingen, een tweeledig project: een communityproject en een hoogrisicoproject. Voor het communityproject waren vier achterstandswijken geselecteerd. Mensen in achterstandssituaties hebben immers vijftig procent meer kans om voor hun vijftenzestigste jaar te sterven, aldus Maria Jansen, senior beleidsmedewerker innovatie GGD Zuidelijk Zuid-Nederland. Ze roken meer, bewegen minder en hebben een hogere vetinname. Om deze risicofactoren voor hart- en vaatziekten terug te dringen werden in de wijken wandelclubs opgezet, sportactiviteiten georganiseerd en rondleidingen in supermarkten gegeven om uit te leggen wat wel en niet gezond eten is. Het tweede deel van het project was

bestemd voor mensen met een verhoogd risico. In drie consulten kregen zij adviezen over aanpassing van hun leefstijl.

Bij evaluatie van het project bleek dat in de vier achterstandsbuurten een goede infrastructuur was opgebouwd. Het project bleek echter (nog) geen effect te hebben op sociaal-economisch bepaalde gezondheidsverschillen. Onder de mensen met een hoog risico bleek dat 87 procent van de patiënten erg tevreden was over de health counseling. Tweederde had de intentie om de leefstijl te gaan verbeteren. Vooral mensen die een eerste hartaandoening achter de rug hadden, bleken gevoelig voor adviezen om gezonder te gaan leven. Zij gingen minder vet eten, minder roken, meer bewegen en de bloeddruk ging omlaag. Op de lange termijn bleek het positieve effect echter weg te ebbten.

Smallere taille

Niettemin hebben de mensen die aan Harts slag Limburg meededen een gezondere leefstijl dan de mensen in de controlegroep. Hun bloeddruk is beter en ze hebben een smallere taille. 'Maar om te laten zien dat een dergelijke aanpak werkt, moet het project langer doorgaan', stelde Jansen. De realiteit is echter dat de subsidie voor het project wordt verminderd. De eerste lijn doet niet meer mee omdat de zorgverzekeraars geen extra geld beschikbaar wilden stellen voor de praktijkondersteuners, die bij huisartsen de preventievoortlichting op zich nemen. Preventie wordt gezien als een taak van de gemeenten. De gemeenten moesten de financiering stoppen door landelijk ingegeven bezuinigingen. Jansen: 'Als noch de politiek noch de zorgverzekeraars geld geven, moeten we afhaken.'

SESSIE 14 *Trouw aan de behandeling: past de patiënt de richtlijnen toe?*

Meer therapietrouw door beter praten over risico's

Veel patiënten slikken de voorgeschreven pillen niet en nog minder veranderen hun gedrag. Daarvoor zijn veel redenen. Een daarvan is een gebrek aan inzicht in het effect van therapie op de kans op ziekte. Een betere voorlichting over de risico's kan dat voorkomen.

Hoeveel mensen met bijvoorbeeld een te hoog cholesterolgehalte zijn therapietrouw?', vroeg dr. Trudy van der Weijden, onderzoeker bij WOK Maastricht. Gemiddeld houdt de helft het na een jaar voor gezien. Voor gedragsveranderingen

gebrek aan sociale steun, instabiel gezinsleven, weerzin tegen therapie en bijwerkingen zijn belangrijk. Ook voorlichting is van belang, maar die komt vaak niet goed aan bij de patiënten. 'Wellicht niet omdat het moment vaak slecht is', meende Van der Weijden. 'In een Zweedse studie herinnerde nog geen kwart van de patiënten met hartfalen zich dat ze een maand eerder, bij hun ontslag uit het ziekenhuis, een informatieboekje hadden gekregen. Er gebeurt heel veel tegelijk in de spreekkamer.' Uit hetzelfde onderzoek bleek dat 27 procent

therapieontrouw was, 64 procent de innametijd en 50 procent de dosering niet wist en 82 procent nam medicijnen die niet bij het ontslag waren voorgeschreven.

Vaak bepaalt de arts wat er gebeurt: ik geef u bloeddrukverlagende middelen, terwijl de patiënt zelf graag wat aan zijn overgewicht zou willen doen. Van der Weijden: 'Samen en realistisch kiezen is belangrijk. Dus niet pillen slikken, meer bewegen, stoppen met roken en een dieet volgen tegelijk. Dat is vragen om therapieontrouw.'



Trudy van der Weijden (links) tijdens haar presentatie van risico's voor hart- en vaatziekten die de patiënt met een zorgverlener kan bespreken.

'Het is belangrijk dat arts en patiënt samen en realistisch kiezen welke risicofactoren worden aangepakt'

zijn de cijfers nog ongunstiger. Binnen een half jaar is 80 procent weer gaan roken. Bij hartfalen slikt slechts 10 procent braaf zijn medicijnen en jongeren zijn het ontrouwst van allen.

Van der Weijden verwerkte de resultaten van haar zieke collega, dr. Martje van der Wal van het AZ Groningen, in haar presentatie over determinanten van therapietrouw. Leeftijd, lage sociaal-economische status, verkeerde ideeën over de ziekte, een druk leven en iemands copingstijl bepalen vooral die therapietrouw. Maar ook het



Het dieptepunt van therapietrouw.

Patiënten willen de feiten

Risicoperceptie – hoe groot iemand de kans schat om een kwaal te krijgen of eraan te overlijden – is ook een belangrijke determinant van therapieontrouw. 'Patiënten willen de feiten, de cijfers zien, ondersteund door een verhaal', constateerde Van der Weijden. Daarbij is de wijze waarop statistische gegevens worden gepresenteerd doorslaggevend. 'Wat zegt twee procent kans op bijwerkingen: is dat twee procent van de pillen, van de tijd, van de mensen die ze innemen? Je kunt beter in natuurlijke frequenties of *numbers to treat* spreken.'

Framing, de manier van presenteren, is onderdeel van risicocommunicatie. Van der Weijden zelf maakte een presentatie van risico's voor hart- en vaat-

ziekten die de patiënt samen met een zorgverlener kan bespreken. Helpt dat? 'Mensen worden er in elk geval niet onrustiger van. Dus dat mensen die aanvankelijk hun risico te laag inschatten nu een realistisch beeld krijgen, is niet negatief. We zagen bijvoorbeeld dat mannen na het doornemen van de informatie wat meer gingen bewegen. En er zijn aanwijzingen dat verpleegkundigen die begeleiding van de patiënt beter doen dan artsen. Ze zijn invloedender.' De moderne richtlijnen voor de pre-

ventie en behandeling van hart- en vaatziekten bieden zowel patiënt als arts meer keuzen voor interventies. 'Maar artsen leren in hun opleiding niet hoe ze patiënten verschillende opties kunnen uitleggen en hen daaruit de mogelijkheid laten kiezen die het best bij ze past', besloot Van der Weijden de werkgroep. 'In de praktijk wordt toch het geijkte rijtje afgewerkt: de arts stelt de diagnose en schrijft voor en de patiënt slikt de pillen. Dat is niet bevorderlijk voor de therapieontrouw.'

SESSIE 15 *Verliesverwerking bij chronische ziekte: klachten wegnemen of beheersen?*

Cursus 'draagkracht vergroten' na hartfalen en CVA

Pas lang na een beroerte of harttrauma komt het besef dat het lichaam niet meer zal verbeteren. Omgaan met dat verlies vereist een aanpak die de aandacht verschuift van de problemen naar positieve zaken. Psychologen zijn daar aanzienlijk sterker in dan medici.

Verwerken kost tijd en helaas heelt tijd niet alle wonden; daarmee heb je als zorgverlener rekening te houden. Dat was de kern van de boodschap van drs. Jos van Erp en dr. Peter Donders tijdens de sessie over verliesverwerking bij chronische ziekte. De twee psychologen, werkzaam in de Hartenark van de Nederlandse Hartstichting in Bilthoven, stelden een cursus samen voor patiënten die na een beroerte of hartfalen lichamelijk nooit meer de oude zullen worden. 'Dan helpt het niet om, zoals in sommige handboeken staat, tegen iemand

te zeggen: u kunt dan wel geen bergen meer beklimmen, maar u kunt er wel over lezen.' Een onbegrijpelijk advies, meent Donders. 'Als je te horen krijgt dat er medisch gezien niets meer te doen valt en je maximaal bent gerevalideerd, maar zo wei-

belangrijke fasen: de oplossingsfase, waarin wordt gewerkt aan genezing en revalidatie en de fase van ermee leren leven. Het ligt voor de hand dat je patiënten in die verschillende fasen ook een andere begeleiding biedt. Hoe en welke, is nooit opgeschreven.

'We houden ons niet bezig met problemen, maar met wat wel kan'

nig energie hebt dat je het huis haast niet uitkomt of halfzijdig bent verlamd, is dat een enorme schok. Dat moet je verwerken.'

Veel mensen kunnen dat in eigen kring, maar ongeveer eenderde van de patiënten heeft na een trauma rond hart- en vaatziekten last van psychische en sociale problemen. Als het verwerkingsproces vastloopt, kan men terecht bij de Hartenark. Van Erp: 'De verwerking kent twee

Een interventie moet aansluiten bij iemands motivatiefase. Informatie over neuropsychologische gevolgen van een beroerte bijvoorbeeld, gaat bij een patiënt die nog bezig is om uit het ziekenhuis te komen het ene oor in en het andere uit.'

Problemen komen pas later

Voor psychologen is zo'n aanpak normaal, voor medici niet. Hun zorg stopt als mensen uit het medische circuit ontslagen worden. Vaak komen problemen, zoals bij CVA-patiënten met geheugen en concentratie, pas veel later tot uiting. Ketenzorg en een gemoduleerde aanpak zijn dan de toverwoorden, menen de psychologen. Een hartfalenpoli, waar mensen met hartfalen langere tijd in beeld blijven, is daarvoor geschikt. Donders: 'In het begin ligt het accent van de psychosociale begeleiding door de verpleegkundigen op het bestrijden van angst en ontkenning. Zoals van die patiënt die een uur na zijn hartinfarct al om zijn laptop vraagt omdat de e-mails de deur uit moeten.



Jos van Erp (links) en Peter Donders.

Voorlichting geven kan vooral aan het begin van de hartrevalidatie.' En dan gebeurt er een hele tijd niets, er is een zwart gat. Mensen moeten ook ergens tegenaan kunnen lopen, zeggen de psychologen. 'Anders lopen ze er later toch tegen aan. Het is uitstel van executie.'

Daarna, gemiddeld een jaar na het accident, volgt het besef dat het leven niet meer anders wordt. 'Dan komen wij in beeld', zegt Van Erp. 'Wij proberen de patiënt, die dat feitelijk niet meer is, los te laten komen van het medische model. We houden ons niet bezig met problemen, maar met wat wel kan, waar iemand plezier in heeft en proberen zo de aandacht te verschuiven naar het positieve.'

In een aantal hartfalenpoli's heeft het programma van acht bijeenkomsten van twee uur proefgedraaid. Er zijn verschillende cursussen voor verschillende doelgroepen gemaakt: voor CVA-getroffenen, voor mensen met hartfalen en er zijn trainingen voor professionals die werken met deze patiëntengroepen. Donders: 'Van verpleegkundige kant is veel vraag naar mogelijkheden om de draagkracht van de patiënt te vergroten, in plaats van proberen de draaglast te verminderen. Wij proberen dat te doen op het grensvlak van de psychologie en de geneeskunde.'



Jos van Erp (links) tijdens de workshop Verliesverwerking: 'Wij proberen de patiënt los te laten komen van het medische model.'

Kennismakelaar hart- en vaatziekten

De afdeling patiëntenzorg van de Nederlandse Hartstichting opereert in een groot netwerk. Medewerkers streven naar het verzamelen, toegankelijk maken en verspreiden van kennis voor professionals en patiënten. Daarnaast brengen zij partijen bijeen om te werken aan optimalisering van de zorg voor hart- en vaatpatiënten.

‘We zijn kennismakelaar. Het gaat erom dat we alle kennis die er op ons gebied is zoveel mogelijk verspreiden’, legt Désirée Stolker uit, afdelingsmanager patiëntenzorg van de Nederlandse Hartstichting. De afdeling patiëntenzorg heeft als belangrijkste doel de zorg te verbeteren voor patiënten met hart- en vaatziekten (coronair lijden, hartfalen, beroerte, aangeboren hartafwijkingen en perifere vaatandoeningen). Ook de mensen met een hoog risico op hart- en vaatziekten vallen onder de doelgroep. Om deze zorg op een hoger niveau te kunnen tillen gaat de afdeling uit van wetenschappelijke kennis en de knelpunten die in de praktijk worden ervaren.

Patiëntenzorg bestaat uit de afdeling in Den Haag en de lokatie Hartenark in Bilthoven. De afdeling beweegt zich als een spin in een omvangrijk web van professionals: verpleegkundigen, (para)medici, onderzoekers, beleidsmedewerkers, verzekeraars, patiëntenverenigingen, ministeries en koepels van zorginstellingen. ‘Onze organisatie brengt deze groepen bij

elkaar om informatie uit te wisselen en om professionals te motiveren en te ondersteunen bij het verbeteren van de zorg.’

Zelf is Stolker de afgelopen jaren bezig geweest met de zorg rondom beroertes. Uit het veld kwamen signalen dat de hulp van eerste-, tweede- en derdelijnsorganisaties niet op elkaar aansloot. De Hartstichting bracht de professionals uit diverse disciplines bijeen om echte ketenzorg (stroke services) op te zetten.

Voorstander van richtlijnen

De afdeling patiëntenzorg belegt conferenties, stimuleert netwerkvorming en verspreidt nieuwsbrieven. Met het nieuwe fonds Tools4Care subsidieert de Hartstichting professionals om goede innovatieve ideeën te ontwikkelen, waarbij ieder jaar een ander thema geldt. Bij de per 15 oktober opengestelde Databank hart- en vaat- zorg kan kennis over zorgvernieuwing, protocollen en zorgaanbod worden aangemeld.

De afdeling patiëntenzorg is een

‘We kunnen niet met de armen over elkaar blijven zitten’

groot voorstander van het werken volgens richtlijnen. ‘We stimuleren dat richtlijnen gemaakt worden, zoals de richtlijn hartfalen van het CBO, en we stellen ze ook zelf op. Het liefst op basis van wetenschappelijk bewijs maar als dat er niet is, uitgaand van experience based evidence. Want we

kunnen niet met de armen over elkaar blijven zitten.’ De Hartstichting maakte met mensen in het veld richtlijnen voor hartrevalidatie en ondersteunde revalidatieteams met onder andere cursusmateriaal en cursussen. ‘Inmiddels blijkt Nederland in Europa zeer hoog te scoren waar het gaat om het aanbod van hartrevalidatie’, aldus Stolker.

Spoedeisende zorg is speerpunt

Een van de speerpunten van de afdeling patiëntenzorg is spoedeisende zorg na een myocardinfarct, een hartstilstand en een beroerte. De Hartstichting stimuleert het werken met landelijke transmurale afspraken tussen huisartsen en specialisten bij myocardinfarct en beroerte. Bij een beroerte telt elke minuut.

Hulpverleners (ambulance, ziekenhuis, huisartsen) worden gestimuleerd een simpele test toe te passen waarmee met behoorlijke zekerheid kan worden vastgesteld of iemand een beroerte heeft. Volgend jaar volgt een publiekscampagne om

Nederlanders vertrouwd te maken met deze test.

Ook is de Hartstichting al tientallen jaren actief op het gebied van de reanimatie na een hartstilstand. Het Bureau Reanimatie ondersteunt de organisatie van reanimatiecursussen in het land. In de Hartenark worden aan zowel



De afdeling patiëntenzorg, v.l.n.r.: Jacqueline Schuurman Hess, Erika Buitenhuis, Ank van Drenth, Cees Franke, Will Goossens, Raymond Wimmers, Marianne van Oosterhout, Marie-Louise Heddes, Marina Senten, Sanne de Loor, Désirée Stolker, Tineke Parlevliet, Dea van Mourik, Anne Margreet Strijbis.

professionals als patiënten trainingen gegeven. ‘We gaan ons in het bijzonder richten op 55-plussers, omdat zij meer in de gevarenzone zitten.’ Ook het vasculair risicomangement is een speerpunt. ‘We willen dat er meer aandacht komt voor preventie. Als iemand vaatklachten aan zijn been heeft, is er een grote kans dat ook diens vaten elders in het lichaam (hoofd, hart) aangetast zijn. Het is heel belangrijk dat patiënten worden gescreend op hun risicofactoren en

waar nodig worden behandeld, voor- gelicht en begeleid.’ In de Hartenark staat ‘chronische zorg en persoonlijke autonomie’ centraal. Professionals kunnen er getraind worden in het begeleiden van patiënten bij het omgaan met hun ziekte. Daarnaast worden patiënten geholpen om te accepteren dat ze met een beperking moeten leven. ‘Want ook als je eenmaal getroffen bent, valt bij de kwaliteit van leven vaak nog winst te behalen.’

ICT-corner toont enkele nieuwe initiatieven

Controle op een gezonde levensstijl

In de ICT-corner konden deelnemers controleren of ze echt wel zo gezond leven als ze denken, dankzij een nieuw preventieprogramma van de Hartstichting: Gezondlevencheck.nl. Daarnaast is er een nieuwe website voor zorgverleners, met onder andere een databank Hart- en Vaatzorg.

Veel mensen denken dat ze regelmatig bewegen, terwijl dat in werkelijkheid toch wat tegenvalt. Een goede reden dus om eens te controleren of ze genoeg bewegen, om het risico op hart- en vaatziekten te verkleinen. Dat kan sinds 1 oktober op www.gezondlevencheck.nl, een nieuwe site van de Hartstichting, waarvan een demonstratie te zien was in de ICT-corner.

Bezoekers van de site krijgen een gedetailleerde vragenlijst voorgeschou-

teld, die ingaat op dagelijkse activiteiten in het huishouden en op het werk, de hoeveelheid tijd die men besteedt aan fietsen en wandelen, tuintieren, klussen en sporten. Op basis daarvan genereert de Gezondlevencheck.nl vervolgens een persoonlijk advies. Behalve advies over bewegen geeft de site ook advies over voeding en stoppen met roken, de drie belangrijkste factoren bij het voorkomen van hart- en vaatziekten.

De Nederlandse Hartstichting heeft de Gezondlevencheck.nl het afgelopen jaar ontwikkeld, op basis van recente wetenschappelijke inzichten. Ook zijn de resultaten van een groot-schalig panelonderzoek verwerkt. Een van de voordelen is dat deze test goed is te combineren met andere interventieprogramma's. Huisartsen en diëtisten kunnen hun patiënten



Het preventieprogramma van de Hartstichting, de Gezondlevencheck.nl, biedt individueel advies over voeding, bewegen en stoppen met roken, ter verbetering van de eigen leefstijl.



Demonstratie van de Gezondlevencheck.nl in de ICT-corner.

daarom met een gerust hart naar de website verwijzen en de resultaten later met hen bespreken. Patiënten kunnen vervolgens na enige tijd de website opnieuw bezoeken om te kijken of er al verbetering in hun levensstijl is opgetreden. De computer bewaart alle gegevens van de gebruiker.

Site voor zorgverleners

Ten tijde van het congres lanceerde de Nederlandse Hartstichting ook een speciale site voor zorgverleners:

www.hartstichting.nl/zorgverleners. De informatie voor zorgverleners stond tot nu toe verspreid over de algemene site. Met deze bundeling hoopt de Hartstichting alle informatie over hartziekten, beroertes en vaatziekten toegankelijker te maken. Het is mogelijk om rapporten, richtlijnen en brochures te downloaden of deze op de vertrouwde manier te bestellen. Een speciaal onderdeel van de nieuwe site is een databank Hart- en Vaatzorg. De bedoeling hiervan is dat deze de resultaten gaat bevatten van de talloze

vernieuwingprojecten die overal gaande zijn, op het gebied van zorg of zorgprotocollen. Dankzij de databank hebben hulpverleners, kwaliteitsmedewerkers, innovatoren, onderzoekers en studenten vervolgens toegang tot deze kennis. Bent u betrokken bij een zorgvernieuwingproject, specifieke zorg of een zorgprotocol, dan kunt u dit aanmelden voor de databank via www.hartstichting.nl/zorgverleners.

Posterprijs gaat naar Vaatcentrum uit Heerlen

Een drastische verkorting van de wachttijd binnen een jaar bezorgde Vaatcentrum Atrium uit Heerlen de posterprijs. Dat maakte directeur van de Hartstichting Boudewijn de Blij aan het eind van de dag bekend.

De Blij vertelde dat de jury aangenam verrast was door het hoge niveau van de inzendingen. Op maar liefst zestig plekken in het Nederlands Congres Centrum hadden wetenschappers, medici en paramedici de resultaten gepresenteerd van recente projecten op het gebied van spoedeisende zorg, perifere arteriële vaatlijden, vasculair risicomangement, hartrevalidatie, hartfalen, beroerte en revalidatie. Met vele fraaie posters tot gevolg.

Een streng criterium voor de posterprijs was dat de inzending betrekking moest hebben op implementatie; dat was immers het onderwerp van het congres, niet wetenschappelijk onderzoek. Verder moest het gaan om een innovatief project, waar de patiënt ook werkelijk beter van werd. En natuurlijk speelde het uiterlijk van de poster een rol.

Het nieuwe Vaatcentrum Atrium uit Heerlen voldeed ruimschoots aan die criteria. Het is iets meer dan een jaar in bedrijf en werd opgezet omdat begin 2002 de zorg voor patiënten met veneuze pathologie logistiek volledig bleek dichtgeslibd. De gemiddelde doorlooptijd tot het moment van operatie was 120 dagen, en in die periode moest de patiënt gemiddeld 5,3 keer het ziekenhuis bezoeken.



Arts-onderzoeker Bianca Bendermacher naast de winnende poster. Zij nam de prijs in ontvangst mede namens haar collega en voorganger Edith Willigendaal, die het vaatcentrum heeft opgezet. De betrokken vaatchirurg was Joep Teijink.

Daarom startte men begin 2003 met een vaatcentrum.

De spil van dit vaatcentrum bestaat uit drie gespecialiseerde verpleegkundigen, die de centrale intake en het afspraken schema verzorgen.

Patiënten kunnen nu op een dag het gehele voortraject doorlopen: van intake, lichamelijk onderzoek en duplex-onderzoek tot een bezoek aan de vaatchirurg, een eventueel preoperatief onderzoek en het bepalen van de operatiedatum.

Bianca Bendermacher, die de prijs in ontvangst nam, vertelde dat patiënten binnen tien dagen op de operatietafel

kunnen liggen. 'Maar dat vinden ze vaak te snel. Ze willen toch even kunnen wennen aan het idee.' De gemiddelde doorlooptijd tussen het eerste (en enige) bezoek en de operatie ligt daarom op 22 dagen.

De jury van de posterprijs bestond uit Frank Pieters, directeur van de Stichting Hoofd Hart en Vaten, ondervoorzitter Ernst van der Wall, cardioloog, en bewegingswetenschapper Erik Hendriks.

Van de overige zestig posters is een beknopte inhoud beschikbaar op de website van de Hartstichting: www.hartstichting.nl/zorgverleners.

Colofon

Deze krant is een uitgave van de Nederlandse Hartstichting:
Postbus 300, 2501 CH Den Haag
Bordewijklaan 3, 2591 XR Den Haag
Telefoon 070 - 31 55 580
Fax 070 - 34 79 046
www.hartstichting.nl
info@hartstichting.nl
Informatielijn: 0900 - 3000 300
(lokaal tarief)

Realisatie congreskrant

Tekst, vormgeving en productie:
Congreskrant.nl
Fotografie: Martin Ken Studio, Leiden
Druk: Rob Stolk, Amsterdam

Organisatie congres

Nederlandse Hartstichting,
afdeling patiëntenzorg



Stimuleringsfonds Tools4Care

Bij een beroerte is snel ingrijpen essentieel: trombolysen kan immers alleen binnen drie uur na de eerste verschijnselen plaatsvinden. Bovendien dient de zorg op een stroke unit van hoog niveau te zijn, waarbij goede monitoring, complicatiepreventie en snel ingezette revalidatie van levensbelang zijn. Hebt u een goed idee voor 'gereedschap' om de zorg voor patiënten met een beroerte in het (sub)acute stadium te verbeteren, dan kunt u in aanmerking komen voor financiële ondersteuning vanuit het stimuleringsfonds Tools4Care. Dit is door de Nederlandse Hartstichting in het leven geroepen om zorgvernieuwing te bevorderen – aanvankelijk op het gebied van beroerte, later komen ook andere terreinen aan bod.

Het idee kan betrekking hebben het voorkomen van vertraging (bijvoorbeeld een protocol dat ervoor zorgt dat patiënten sneller in het ziekenhuis zijn) of verbetering van de zorg. Denk daarbij bijvoorbeeld aan software voor een beslissboom trombolysen, te gebruiken door de huisarts, of een scorelijst om te helpen bij de beslissing al dan niet een ergotherapeut in te schakelen. Ook materiaal voor een lokale voorlichtingscampagne zou in aanmerking kunnen komen voor een bijdrage. Essentieel is dat het gaat om gereedschap dat ook elders te gebruiken valt. De Hartstichting draagt bij aan de verdere verspreiding.

Meer informatie en een aanvraagformulier zijn te vinden op www.tools4care.hartstichting.nl. Reageer voor 30 november.



Een deelnemer aan het congres doet een test om te bepalen wat haar vetgehalte is. De test maakt gebruik van een stroompje dat via de armen door het lichaam gaat.

Slotgedicht

Een vrolijke ontvangst, de dominerende kleur was rood
En de hectiek bij de garderobe vanochtend bijzonder groot.
Allemaal een rugzak, leuk gebaar, we mochten hem houwen
Maar je liep er wel de hele dag mee rond te sjouwen.
[...]

De opkomst viel wat tegen, wat zowel nadeel als voordeel was
Want bij vertrek krijgt iedereen naar het schijnt een extra rode tas!
Marina Senten sprintte door haar tekst, gespannen, niet te stoppen
Ik dacht: haar hart moet op dit moment wel tien keer zo snel kloppen!
[...]

Jaap denkt dat dokters lui worden en niet meer zelf denken
En dat de protocollen hen de oplossingen moeten schenken.
Hij denkt zelf in elk geval nog wel, en een gewaarschuwd gynaecoloog
telt voor twee
En kookboekgeneeskunde, daar heeft Jaap weinig mee!

Richtlijnen als ruggensteun, en ze zijn er niet voor de juristen!
Ze zijn er voor patiënt en hulpverlener, zoals we allemaal wisten.
'Dank u wel collega!' Zei Van der Wall toen heel tevree
'We nemen uw overwegingen naar de koffie met ons mee!'

Koffie, met een marsepeinen Hartstichting petitfourtje
Daarna leuk langs de posters voor een oriënterend toertje.
Toen naar de tweede ronde, een derde spreker werd geïntroduceerd
André Schellart was jurist, patiënt, en voelde zich geprovoceerd.

André zei: 'Ik vroeg me eerst wel af wat ik hier doe
Maar aandacht voor de vaatpatiënt juich ik van harte toe.
Wetenschap is kennis hebben van wat ik weet en wat ik snap
En die kennis moet getoetst zijn en dan is het wetenschap!'
[...]

Het motto dat moest omgedraaid: Beterschap, wetenschap!
Van der Wall testte de microfoon, met een enorme klap.
Discussie met het panel, de eerste vraag kwam uit de zaal:
Aan Schellart: kreeg hij wel voldoende aandacht? 'Nee!',
sprak hij ferme taal.

Toen een vraag van de voorzitter, Hoes keek moeilijk, door het licht
Géén patiënten bij richtlijnoverleg betrekken! Werd door hem bericht.
'Optimaal informeren', zei Kappelle, 'dat is onze plicht!'
Schellart zei: 'Ik hoor erbij!' en trok een serieus gezicht.

'Er ontbreekt één richtlijn' zei iemand uit de zaal gevat
'Hoe de patiënt zich dient te gedragen, daarover hoor je nooit eens wat!'
Een cardioloog uit de zaal vond alles hier 'een beetje tam'
Voordat hij zijn vraag stelde analyseerde hij hoe dat kwam.
[...]

Revalidatie, sessie tien, daarin had ik na de lunch wel zin
Dokter Kwakkel, alleen de naam die hield al een belofte in!
Niemand wou vooraan gaan zitten, door Koppe werd alles geprobeerd
'Altijd achteraan' zei mijn achterbuurman, dat heb ik op school geleerd!

Koppe, Cup en Visser en dan Kwakkel tot besluit
Ze klonken als de Muppets, maar zagen er niet zo uit.
Marina Senten als hekkensluitster, Kwakkel aan de knoppen
De dames Cup en Visser zwegen, het woord werd gevoerd door Koppe.
[...]

Toen kregen we een filmpje en daarbij werd wat verteld
Ik dacht: eens zien of het gras groener is bij dokter Cees in 't Veld!
Tijdens de parallelsessies wou ik niet al te veel noteren
Omdat de mensen die ergens anders zaten er niet aan konden relateren.

Op weg naar sessie dertien: groepje mensen op de gang
Met klemmen op hun neus, sommigen keken nogal bang.
Rietjes in de mond, ze moesten steeds sneller gaan lopen
Dit leverde mij vast een leuk couplet op, mocht ik hopen!

Sessie elf was dit: meten is weten voor zorg op maat
Het tempo opgevoerd, steeds meer mensen kregen het te kwaad.
Het leek een soort van marathon, wie zou de wedstrijd winnen?
Uitgeteld en hijgend ging het groepje weer naar binnen
[...]

De prijs, zo hoorden wij, was gevallen op poster tien
Omdat dat de beste poster was die hier vandaag was te zien.
[...]

Dominique Engers