

Van ziekteleer tot ziektebeheer

Citation for published version (APA):

Gorgels, A. P. M. (2005). *Van ziekteleer tot ziektebeheer*. Maastricht University.
<https://doi.org/10.26481/spe.20051216ag>

Document status and date:

Published: 16/12/2005

DOI:

[10.26481/spe.20051216ag](https://doi.org/10.26481/spe.20051216ag)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

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

[Link to publication](#)

General rights

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

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

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

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

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

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Van ziekteleer tot ziektebeheer

Colofon

Basisontwerp en realisatie: Océ Business Services, Universiteit Maastricht.

ISBN 90-5681-244-0

NUR 870

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur of uitgever.

Van ziekteleer tot ziektebeheer

Rede

Tekst bij de inaugurale rede ter aanvaarding van de
leerstoel "Transmurale Cardiologie" van

Prof. Dr. A.P.M.Gorgels
Cardioloog

16 december 2005
Theater aan het Vrijthof
Maastricht



Universiteit Maastricht

Geachte Rector,
Dames en heren,

De cardiologie heeft, wellicht meer dan enige andere klinische discipline, de laatste jaren een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. Verbeterde diagnostiek, de mogelijkheid om in de vroege fase van het hartinfarct de afgesloten kransslagader te openen en het beschikbaar komen van effectieve geneesmiddelen hebben geleid tot een aanzienlijke daling in sterfte¹. Desondanks blijven hart- en vaatziekten de belangrijkste doodsoorzaak: bij 33% van de doodsoorzaken bij mannen (bijna 22000) en bij 34% van de vrouwen (bijna 24.000)². Mede debet hieraan is, dat een ander probleem niet is opgelost, namelijk de hoge sterfte aan plotselinge hartstilstand buiten het ziekenhuis³.

De op zichzelf gunstige ontwikkeling van een toegenomen overleving heeft geleid tot een ongekennde toename van het aantal chronische patiënten met kransslagaderlijden en hartfalen. Men verwacht bij ouderen dat van 2002 tot 2020 een toename van meer dan 60% zal optreden (alleen al bij ouderen boven 65 jaar tot bijna 500.000)^{4,5}.

Oplossingen voor de organisatie van de chronische zorg en de aanpak van plotselinge hartstilstand buiten het ziekenhuis krijgen binnen de cardiologische wereld nog weinig aandacht. Bovendien kunnen deze niet door de discipline cardiologie alleen geboden worden. Samenwerking met andere geledingen zoals huisartsen en GGD is hiervoor noodzakelijk.

Binnen de leeropdracht transmurale cardiologie vallen dan ook de organisatie en evaluatie van de zorg van de chronische hartpatiënt en aspecten van de openbare gezondheidszorg zoals de epidemiologie van hartaandoeningen, gezondheidszorgbevordering en de zorg voor het slachtoffer van plotselinge hartstilstand buiten het ziekenhuis.

De aanpak van de chronische hartpatiënt

De chronische hartpatiënt wordt geconfronteerd met specifieke moeilijkheden, zoals leefstijlaanpassing, het gebruik van medicatie, het omgaan met fysieke beperkingen, de dreiging van een nieuw infarct en terugkeer in de maatschappelijke rol en functie. Deze problemen hebben medische en niet-medische aspecten en daardoor de betrokkenheid van veel uiteenlopende disciplines. Om dit kwantitatieve en kwalitatieve vraagstuk op te lossen is een integrale benadering van de zorgverlening en de ontwikkeling van zelfmanagement van grote betekenis. Deze omvat aspecten van zorgorganisatie, -inhoud en -uitvoering.

Organisatie

Het academisch ziekenhuis Maastricht verkeert in de unieke positie naast de academische en topreferente taken ook als stadsziekenhuis te fungeren. Hierdoor wordt ook zorg geboden aan locale, niet geselecteerde, patiëntenpopulaties, hetgeen grote voordelen biedt voor onderwijs, opleiding en onderzoek⁶. Deze mix van taken vraagt echter ook om extra inspanningen om optimale kwaliteit te handhaven. Faciliteiten dienen te worden gecreëerd om enerzijds de academische functies en topreferente zorg uit te bouwen en anderzijds de aanwas van chronische hartpatiënten het hoofd te bieden, het laatste door de locoreferente zorg, omvattende het gehele regionale verwijs- en terugverwijsproces binnen de eerste en tweede lijn, beter te organiseren.

Scheiding van de complexe diagnostiek en procedures binnen het Hart- Vaatcentrum van het academisch ziekenhuis Maastricht en de zorg voor chronische patiënten in het Annadal zelfstandig behandelcentrum voor Chronisch Ziekten, alsmede de oprichting van de Stichting Huisartsen Heuvelland vormen een goede basis om ketenzorg voor de cardiologische en vasculaire patiënten in bredere zin te realiseren. Binnen het Hart- en Vaatcentrum wordt topreferente, academische en specialistische diagnostische en therapeutische zorg georganiseerd. De samenvoeging van de verschillende vaatspecialismen en de indeling in zorglijnen combineert de mogelijkheid tot enerzijds specialisatie en anderzijds onderlinge samenwerking tussen de deelspecialismen, waardoor zaken als onderlinge consultatie en de aanpak van primaire en secundaire preventie gefaciliteerd worden.

Het ZBC Annadal concentreert de patiënten met chronische aandoeningen, (diabetes, COPD, orthopedie, coronariaalijden) waardoor gemeen-

schappelijke aanpak van leefstijlproblematiek mogelijk wordt. Hier is bij uitstek plaats voor verpleegkundige inzet zoals substitutie van zorg en het bieden verpleegkundige meerwaarde. Het is een goede intermediair tussen de gespecialiseerde en generalistische zorgprocessen. Van hieruit vindt bij voorkeur na stabilisatie terugverwijzing plaats naar de huisarts. Het is ook een goede plaats om diagnostische faciliteiten voor de huisarts te creëren.

Door de komst van de stichting Huisartsen Heuveland is een goede gesprekspartner beschikbaar om de zorgintegratie binnen de regio gestalte te geven.

Zorginhoud

De experimentele en klinische cardiologie ontwikkelt zich zeer snel en de inzichten veranderen daardoor voortdurend. De vertaalslag van nieuwe kennis in richtlijnen, protocollen en werkafspraken tussen de verschillende zorgverleners is dan ook zeer belangrijk en dienen de basis te vormen voor het opstellen van ziektespecifieke zorgpaden (zoals voor hartfalen, chronisch coronariairlijden en boezemfibrilleren). Prestatieindicators dienen te worden ontwikkeld om de kwaliteit van de verleende zorg te toetsen. Ontwikkelde zorgpaden dienen op kosten effectiviteit te worden getoetst. Gemeenschappelijke, bij voorkeur elektronische, verslaglegging is voor een adequate uitvoering van de ketenzorg vrijwel onontbeerlijk.

Uitvoering

Taakherschikking en substitutie van zorg

Daarnaast is een belangrijke ontwikkeling de herschikking of delegatie van taken die nu nog veelal worden uitgevoerd door de traditionele medisch geschoolde zorgverleners, zoals huisarts en cardioloog door nieuwe, veelal verpleegkundig, geschoolde functionarissen binnen de eerste en tweede lijn⁷. Voorbeelden van nieuwe functies zijn de verpleegkundige specialismen hartfalen en de nog te ontwikkelen functies voor chronisch coronariairlijden binnen de eerste (praktijkondersteuners) en tweede lijn (verpleegkundige specialisten). Deze functies omvatten niet alleen substitutie van de medische zorg maar voorzien ook in een structurele aanpak van leefstijlproblematiek (behavioral cardiology), onder andere door middel van het verbeteren van zelfzorgmogelijkheden voor de patient en zijn omgeving. De verpleegkundige functies voor de zorg voor chronisch coronariairlijden zullen parallel in de eerste en tweede lijn worden ontwikkeld en op doelmatigheid geevalueerd. Onderlinge

afstemming van taken is een belangrijke voorwaarde voor de ontwikkeling van ketenzorg voor chronische hartziekten.

Substitutie van zorg vindt plaats op grond van evidence based inzichten en richtlijnen zoals die door de verschillende beroepsgroepen zijn opgesteld en wordt uitgevoerd door middel van een protocollaire aanpak en gestructureerde verslaglegging.

Door middel van samenwerkingsverbanden wordt ketenzorg mogelijk gemaakt. Hierdoor kan reallocatie plaatsvinden van de stabiele chronische patiënt naar laagcomplexere voorzieningen en kunnen de intramurale voorzieningen gebruikt worden voor meer complexe patienten en topreferente en tertiaire verwijzingsfuncties.

Zelfzorgtechnologie

De technische mogelijkheden om patienten thuis langdurige zorg te verlenen zijn de laatste tijd snel toegenomen. Zo kunnen lichaamsfuncties op afstand worden gevolgd door zorgverleners.

Een nieuwe ontwikkeling van telebegeleiding van hartfalenpatienten wordt nader ontwikkeld en onderzocht. Verdere uitbouw van deze aanpak vindt binnen het Centrum voor zorgintegratie plaats door toepassing van ziektespecifieke telebegeleidingsystemen zoals de Health Buddy®. Deze laatste is een op het internet gebaseerd systeem dat bestaat uit een door de patient aan te sturen beeldscherm thuis en een centraal voor de zorgverlener bestemd beeldscherm, dat de gegevens van de patienten vertoont, gerangschikt naar ernst. De dialogen die de patient dagelijks via het beeldscherm heeft, betreffen vragen naar kennis over de aandoening, vragen naar gedrag ten aanzien ervan en symptomen, die de patient van zijn aandoening ondervindt.

De hypothese waarop het systeem gebaseerd is dat door kennisvermeerdering het gedrag waarmee de patient met zijn aandoening omgaat verbetert en daardoor destabilisatie kan worden voorkomen. Ook kan door vroege signalering van symptomen wijzend op destabilisatie in een vroeg stadium worden ingegrepen. De effecten van dit systeem wordt onderzocht binnen het project Telebegeleiding Hartfalen Patienten in Limburg en werd financieel mede mogelijk gemaakt door de Provincie Limburg en het Ministerie van Economische zaken. Een haalbaarheid studie in de drie ziekenhuizen in Zuid-Limburg bij 120 patienten, die recent werd afgerond, toonde een hoge satisfactie voor het systeem bij patienten en zorgverleners, meer kennis, betere naleving van leefregels en therapie en een lagere ziekenhuisheropnamefrequentie.

tie⁸. Verdere ontwikkelingen zijn de verfijningen van de dialogen, waardoor meer maatwerk aan de individuele patiënt kan worden geleverd en de aansluiting van randapparatuur voor bloeddruk, gewicht etc. Verder onderzoek zal worden verricht naar de doelmatigheid van dit systeem.

Openbare gezondheidszorg

Plotselinge hartstilstand

Een nog onopgelost probleem van de hedendaagse cardiologie is de plotselinge hartstilstand buiten het ziekenhuis. Gebaseerd op de gegevens van het Maastrichtse plotse doodregister⁹ sterven jaarlijks 1/1000 Nederlanders tussen de 20-75 jaar aan de gevolgen hiervan. In het merendeel van de gevallen (80%) gebeurt plotselinge hartstilstand thuis en vaak is er geen getuige bij aanwezig. Meestal is kamervibrilleren de onderliggende oorzaak. Succesvolle defibrillatie kan leiden tot een volledig herstel en het vooruitzicht op nog vele gezonde levensjaren. Voorwaarde is wel dat de levensreddende schok binnen enkele minuten wordt toegediend. Om dit mogelijk te maken zijn zowel technologische ontwikkelingen als een goed functionerende zorgketen nodig bestaande uit de eerste hulpverlener voor vroege alarmering en reanimatie, de bediener van de automatische defibrillator, het ambulancepersoneel en de cardiologische afdeling. Dit laatste wordt in deze regio nagestreefd met het wijkproject "Hartveilig wonen in Limburg". Via een innovatief alarmeringssysteem worden vrijwilligers in de wijk opgeroepen. Het project wordt uitgevoerd in een samenwerkingsverband van de Stichting een Kloppend Hart voor Limburg, de Gemeente Maastricht en de Provincie en wordt op haalbaarheid en doelmatigheid geëvalueerd.

Alarmering en reanimeren zijn onontbeerlijk om de kans op overleving bij plotselinge hartstilstand te verhogen. De techniek van reanimatie is bij vele Nederlanders nog onbekend.

"Reanimatie op school" is in dit verband dan ook een ander belangrijk project. Dit is een samenwerkingsproject van de stichting "Reanimatie op school" met de middelbare scholengemeenschap en de Universiteit Maastricht. Binnen dit project wordt door speciaal daartoe opgeleide medische studenten reanimatieles gegeven aan middelbare scholieren. Deze aanpak zal worden getest in een haalbaarheidstudie in 2 scholen. Indien kan worden aangetoond dat deze methode effectief is kan deze op grotere schaal worden toegepast. Dit kan leiden tot een groot aantal jonge mensen dat weet hoe te handelen in geval van calamiteiten, zoals

plotse hartstilstand. Daarnaast kan het leiden tot bewustwording van jongeren omtrent aspecten als gezond leefgedrag en dienstbaarheid aan de samenleving.

Zoals gezegd is bij een groot aantal gevallen van plotselinge hartstilstand geen getuige aanwezig om alarm te kunnen slaan en met reanimatie te starten. Technologische ontwikkelingen zijn noodzakelijk om dit probleem op te lossen⁹. Samen met de industrie wordt er gewerkt aan de ontwikkeling van ischemie/aritmie sensoren bestaande uit op de huid geplaatste mini-apparatuur die in staat is lethale ritmestoornissen en de aanloop daartoe te identificeren. In samenwerking met het Duke Clinical Research Institute, Durham (N.C.) wordt gezocht naar electrocardiografische voorspellers van dodelijke ritmestoornissen.

Epidemiologie van hartziekten

De kans om kransslagaderlijden te krijgen wordt bepaald door een aantal risicofactoren en hun onderlinge samenhang. De belangrijkste zijn leeftijd, geslacht, roken, verhoogd cholesterol, suikerziekte en hoge bloeddruk. Het opsporen van personen met een hoog risico om kransslagader- en ander vaatlijden te krijgen is een belangrijke methode voor de preventie ervan. Het meest frequente risico scoringsysteem is gebaseerd op de Framingham databank. Het is echter duidelijk geworden dat dit systeem om meerdere redenen het risico in andere populaties overschat. In hoeverre dat ook voor de huidige Nederlandse bevolking geldt is niet goed bekend. De capaciteitsgroep epidemiologie ontwikkelt nu samen met het RIVM en de capaciteitsgroep cardiologie risicovoorspellers voor coronarialijden (met name fataal en niet fataal hartinfarct) voor de Nederlandse populatie. Hiervoor zal een groot cohort gebruikt worden dat meer dan 10 jaar gevolgd is. Het betreft het Maastrichtse deel van het Peilstation en Morgen project¹⁰, bestaande uit 23000 personen dat gekoppeld wordt aan het ziekenhuis- en cardiologieinformatiesysteem en aan het plotselinge dood register¹¹.

Dankwoord

Het is voor mij een bijzondere ervaring als eerste een leerstoel in de Transmurale Cardiologie te mogen aanvaarden. Ik ben dan ook erkentelijk de personen en instanties die mij hun vertrouwen geschonken hebben om dit nieuwe gebied in de cardiologie te ontwikkelen, zeer erkentelijk. Ik ben mij ervan bewust dat ik hier vandaag niet zou staan zonder de steun, die ik van velen van u de afgelopen jaren gekregen heb. Ook in de toekomst zal ik deze steun nodig hebben om de gestelde doelen wat betreft wetenschappelijk onderzoek en zorgvernieuwing te halen.

Ik wil het College van Bestuur van deze Universiteit, de Raad van Bestuur van het Academisch Ziekenhuis Maastricht en het bestuur van de Stichting Sint Annadal bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen.

De onderzoeksinstituten CAPHRI en CARIM en het Centrum voor Transmurale Zorg hebben mede het initiatief genomen tot instelling van deze leerstoel. Binnen deze instituten hebben een aantal personen zich hiervoor bijzonder ingezet en dezen zou ik graag persoonlijk willen bedanken.

Hooggeleerde Crijns, beste Harrie. Je hebt me met raad en daad bijgestaan bij het tot stand komen van deze leerstoel. Ik ben je zeer erkentelijk voor de steun in deze. Ik hoop in de toekomst met je te kunnen blijven werken aan de plannen zoals deze in deze rede naar voren zijn gebracht.

Hooggeleerde Wellens, beste Hein, jij hebt aan de wieg van deze leerstoel gestaan en bent je ook als emeritus voor de verwezenlijking ervan sterk blijven maken. Behalve een expert op het gebied van ritmestoornissen, bleek je vooral een allround cardioloog. Je talent om onderwijs en wetenschap, in het binnen- en buitenland, over het voetlicht te brengen, maakt je tot de dag van vandaag een van de belangrijkste ambassadeurs voor onze instelling.

Zeergeleerde Fiolet, Beste Hans, vanaf het moment dat ik bij de transmurale zorg betrokken raakte, heb ik met veel genoegen met je samengewerkt. Je overzicht en visie over de toekomst van de zorgorganisatie hebben mij altijd zeer aangesproken. Ik zie uit naar verdere samenwerking voor de concretisering van de plannen zoals in deze inaugurale rede verwoord.

Hooggeleerde Metsemakers, beste Job, ik dank je zeer voor je steun als lid van de benoemingsadviescommissie. Jouw inbreng als huisarts binnen het centrum van geïntegreerde zorg heb ik steeds als zeer waardevol ervaren en ik ben zeker van een uitstekend voortzetting hiervan in de toekomst.

De leden van de benoemingsadviescommissie, de Hooggeleerden Hillen, Struijcken Boudier en Widdershoven, dank ik zeer voor hun steun en adviezen bij het tot stand komen van deze benoeming. Uw inbreng en suggesties stel ik ook ten zeerste op prijs bij de realisatie van de plannen, zoals in de oratie naar voren werd gebracht.

Ook de Hooggeleerden Knotnerus en Van Schayck dank ik voor hun continue steun bij het tot stand komen van deze benoeming.

De huidige en vroegere promovendi en studenten, die ik begeleid (heb), dank ik voor hun inzet en enthousiasme. Jullie vormen voor mij de drijfveer voor het omzetten van ideeën naar concreet wetenschappelijk onderzoek. Het is voor mij steeds weer een groot genoegen met jullie aan de uitvoering ervan te kunnen werken.

De wetenschappelijke en zorgmedewerkers en de secretariële medewerkers van het Centrum voor Transmurale Zorg ben ik zeer dankbaar. Speciaal wil ik hier ook de hartfalen- en hartvaatverpleegkundigen noemen, met wie we dagelijks doende zijn de beste zorg aan de patiënten te geven.

Ik dank mijn collegae cardiologen voor de collegiale sfeer waarin zorg van hoge kwaliteit geleverd wordt. Ook de overige medewerkers van de afdeling cardiologie ben ik zeer erkentelijk: de assistent artsen, de medewerkers van de verpleegkundige hartafdelingen, de ECG dienst, de polikliniek, de functieafdeling en het secretariaat. Mirjam Habex-Froidmont wil ik met naam noemen vanwege haar dagelijkse steun.

De patiënten die ik de afgelopen jaren heb mogen begeleiden bedank ik voor het vertrouwen, dat ze mij steeds gegeven hebben. Ook in de toekomst zal ik mij maximaal voor u blijven inzetten.

Mijn ouders zijn er helaas niet meer bij. Hen ben ik dankbaar voor de kansen die zij mijn broers en zussen en mij gegeven hebben om ons te ontplooien. Ze hebben ons, in een groot gezin, in de naoorlogse periode met visie grootgebracht. Zij hebben de basis gevormd voor datgene waardoor ik vandaag hier sta.

Janneke heeft mijn loopbaan vanaf het prille begin meegemaakt. Beter dan iemand anders weet zij hoeveel tijd en inspanning geïnves-

teerd moest worden. Door de belangstelling voor wat ik doe en door mij hierin met raad en daad bij te staan is en blijft zij voor mij de onmisbare steunpilaar, die het mij mogelijk maakt mijn loopbaan op koers te houden. Ik ben je hier zeer dankbaar voor. Ook onze kinderen, nu allen uitgevlogen, maar vaak en graag weer op het nest neerstrijkend, wil ik van harte danken voor hun steun en betrokkenheid, iets wat voor mij zeer belangrijk en waardevol is.

Tot slot wil ik aangeven dat ik het als een grote eer beschouw u allen vanmiddag hier bijeen te mogen hebben gehad. Ik wil dan ook eindigen met een ieder van u oprecht te danken voor uw belangstelling en aanwezigheid.

Ik heb gezegd

Voetnoten

- ¹ Widdershoven JW, Gorgels AP, Vermeer F, Dijkman LW, Verstraaten GM, Dassen WR, Wellens HJ. Changing characteristics and in-hospital outcome in patients admitted with acute myocardial infarction. Observations from 1982 to 1994. *Eur Heart J*. 1997;18:1073-80.
- ² CBS (2005) Overleden naar doodsoorzaak. 2004..Serie A1:volgens ICD naar leeftijd en geslacht. Voorburg Heerlen: CBS
- ³ de Vreede-Swagemakers JJ, Gorgels AP, Dubois-Arbouw WI, van Ree JW, Daemen MJ, Houben LG, Wellens HJ. Out-of-hospital cardiac arrest in the 1990's: a population-based study in the Maastricht area on incidence, characteristics and survival. *J Am Coll Cardiol*. 1997;30:1500-5.
- ⁴ Van den Berg Jeths et al. Ouderen, nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2002-2020. Houten: Bohn Stafleu en van Lochem. 2004:61
- ⁵ Sociaal en Cultureel Planbureau. In het zicht van de toekomst. Sociaal en cultureel rapport 2004.
- ⁶ De Vreede- Swagemakers en J. Widdershoven. Acute coronary syndromes in the Maastricht area. Dissertatie 1997 Universiteit Maastricht
- ⁷ Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en zorg; 2003
- ⁸ Telebegeleiding bij hartfalen: Haalbaarheidsonderzoek van de Health Buddy. Universiteit Maastricht Oktober 2005
- ⁹ Wellens HJ, Gorgels AP, de Munter H. Sudden death in the community. *J. Cardiovasc. Electrophys.* 2003;14(9 Suppl):S104-7.
- ¹⁰ Smit, H.A., et al., Monitoring van Risicofactoren en Gezondheid in Nederland (MORGEN-project): Doelstellingen en werkwijze. RIVM rapport nr. 263200001. 1994, Bilthoven: RIVM.
- ¹¹ Gorgels, A.P., et al., Out-of-hospital cardiac arrest-the relevance of heart failure. The Maastricht Circulatory Arrest Registry. *Eur Heart J*, 2003. 24(13): p. 1204-9.

