

Welke rol heeft de revalidatiegeneeskunde?

Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie

P.J.C.M. van Leeuwen

De laatste twee jaar zijn er ten aanzien van de hartrevalidatie, onder supervisie van de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC), een aantal nieuwe documenten verschenen: de beslisboom poliklinische indicatiestelling hartrevalidatie en de multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie

In 2010 kwam er, in samenwerking met de LMDO-H (Landelijk Multidisciplinair Overleg Hartrevalidatie), een nieuwe beslisboom poliklinische indicatiestelling hartrevalidatie. Deze is verschenen omdat in de oude beslisboom een aantal beslismomenten op subjectieve gronden werden genomen, zoals het inschatten van het fysiek functioneren, en een inschatting maken van het psychisch en sociaal functioneren. In aanvullend onderzoek bleek dit onvoldoende sturend en in de nieuwe beslisboom zijn voor alle onderdelen testen en vragenlijsten geïntroduceerd die een objectieve ondersteuning bieden bij het maken van behandelkeuzes. In 2011 is de multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie (MRH 2011) verschenen in samenwerking met de Nederlandse Hartstichting. Naar aanleiding daarvan is ook de beslisboom poliklinische indicatiestelling hartrevalidatie herschreven, eerst naar versie 2011, en vervolgens naar de versie 2012.

De nieuwe MRH 2011 is een vervolg op de richtlijn 2004. Een aantal hoofdstukken is onveranderd gebleven maar nieuwe kennis, in het bijzonder op het gebied van het psychisch en sociaal functioneren, heeft er toe geleid dat de projectgroep PAAHR (Psychische en Arbeidsgerelateerde Aspecten van Hartrevalidatie) van oktober 2008 tot juni 2011 actief geweest is waarbij deze onderwerpen zijn herschreven. Ook de methode voor wetenschappelijke onderbouwing is aangepast aan de nieuwste standaarden voor richtlijnontwikkeling. Indicaties en contra-indicaties zijn duidelijker omschreven. Nieuw zijn de aanbevelingen voor medicamenteuze therapie bij depressieve stoornissen en angststoornissen.

In de loop der jaren hebben een aantal revalidatieartsen hun medewerking aan de richtlijn gegeven (Angenot, Derks en Van Gestel) en de richtlijn is door de VRA geaccordeerd.

HARTREVALIDATIE

Hartrevalidatie bestaat volgens de World Health Organization (WHO) uit: 'samenhangende lange-termijnprogramma's, omvattende medische evaluatie, voorgeschreven oefeningen, beïnvloeding van cardiale risicofactoren, geven van psychische counseling, voorlichting en advies; deze programma's zijn ontworpen om de fysiologische en psychische gevolgen van de cardiale aandoening te verminderen, het risico van plotselinge dood of nieuwe infarcten te verminderen, cardiale symptomen onder controle te houden, atherosclerotische processen te verminderen of tenminste te stabiliseren en ten slotte het psychosociale welbevinden en deelname aan het arbeidsproces te bevorderen; de voorzieningen beginnen tijdens de opname in het ziekenhuis, ze worden gevolgd door een programma tijdens de poliklinische fase in de daaropvolgende 3 tot 6 maanden, daarna volgt een stadium van levenslang onderhoud waarin fysieke training en vermindering van risicofactoren worden bewerkstelligd in een situatie zonder of met minimale supervisie'.

Er is bewijs dat hartrevalidatie verminderde morbiditeit geeft, de mortaliteit verlaagt, verbetering geeft van de kwaliteit van leven en kosteneffectief is.

FASERING HARTREVALIDATIE

Fase 1: de klinische fase. Deze begint direct na het cardiaal incident. In deze fase verwijst de cardioloog patiënt door.

Fase 2: de daadwerkelijke hartrevalidatiefase. In deze fase vindt een intake plaats door een hartrevalidatiecoördinator die gegevens verzamelt en volgens de beslisboom inspanningsonderzoek verricht of laat verrichten en vragenlijsten afneemt. Met de wensen van de patiënt erbij worden in het Multidisciplinair Overleg (MDO), afhankelijk van alle bevindingen,

behandeldoelen vastgesteld. Hierna worden de behandelinterventies (groepsbehandelingen of individueel) in gang gezet en gevolgd. Deze fase, zo zegt de richtlijn, valt onder eindverantwoordelijkheid van een cardioloog en eindigt met een evaluatie.

Fase 3: de postrevalidatiefase, waarin terugverwijzing naar eigen cardioloog en naar de huisarts. De in gang gezette leefstijlveranderingen zullen door hen moeten worden vervolgd en adviezen worden opgevolgd.

UITGANGSPUNTEN VOOR HARTREVALIDATIE

- Zorg op maat
- Meerwaarde van groepsverband
- Meerwaarde van multi- en interdisciplinair werken
- Afstemming met zorg binnen, buiten en na de hartrevalidatie
- Kosteneffectiviteit

INDICATIES VOOR HARTREVALIDATIE

Absolute indicatie

- Na een acuut coronair syndroom waaronder acuut myocard infarct en instabiele angina pectoris
- Bij stabiele angina pectoris
- Na percutane coronaire interventie (PCI)
- Na Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)

Voor deze indicaties is aangetoond dat hartrevalidatie zinvol en effectief is. Hierbij wordt een afname gezien van de cardiale mortaliteit, toename van de inspanningstolerantie, verbetering van de myocardiale oxygenatie, verbetering van het lipidenprofiel, toename zelfvertrouwen en een vermindering van depressieve symptomen en angstsymptomen.

Relatieve indicatie

- Bij hartfalen
- Bij een aangeboren hartafwijking
- Na een harttransplantatie
- Na een ICD en pacemaker implantatie
- Na reanimatie
- Na hartklepoperaties
- Bij (behandelde) hartritmestoornissen
- Na andere cardiothoracale chirurgische ingrepen
- Bij atypische thoracale pijnen (hartangst)

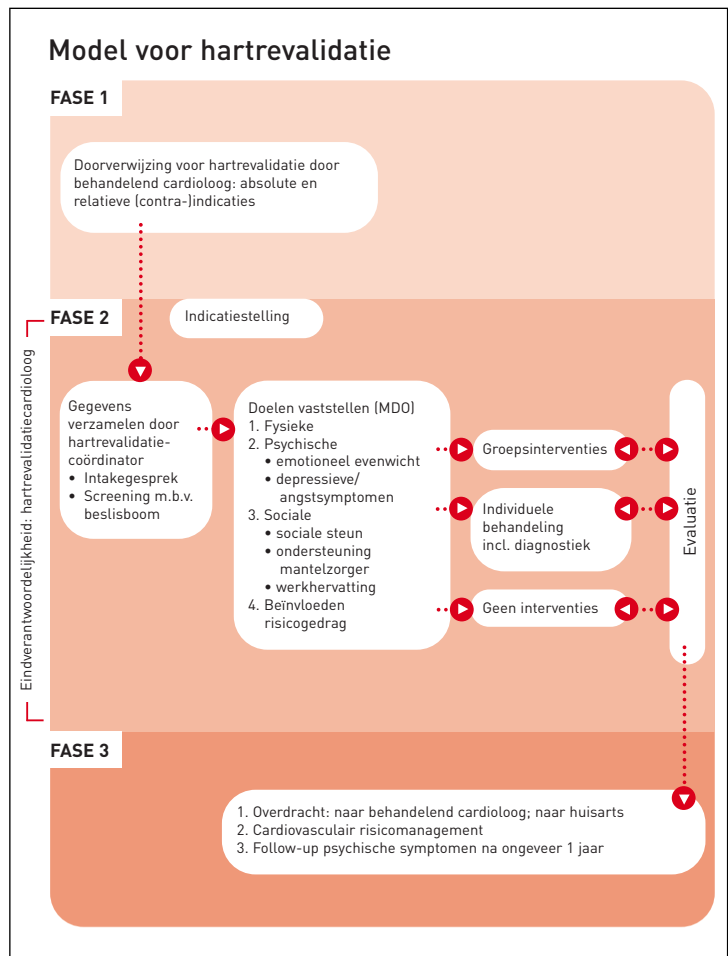
Voor deze indicaties is het bewijs wat minder sterk dat hartrevalidatie effectief en zinvol is.

Bij twijfel in elk geval verwijzen.

Contra-indicatie

- Bij een instabiele medische fase
- Indien er geen motivatie is van de patiënt voor een hartrevalidatietraject

De cardioloog verwijst door. Indien de cardioloog belemmeringen vermoedt voor het bereiken van de hartrevalidatiedoelen dient in overleg met de patiënt



verwijzing naar gespecialiseerde revalidatiezorg te worden overwogen. In de richtlijn wordt gespecialiseerde revalidatiezorg in ieder geval aanbevolen bij het vermoeden van ernstige cognitieve stoornissen.

DIAGNOSTIEKFASE, BEGIN VAN FASE 2

Na doorverwijzing vindt vervolgdagnostiek plaats door de hartrevalidatiecoördinator. Er wordt een intake gepland, er worden gestandaardiseerde vragenlijsten afgenomen, er wordt een maximaal symptoomgelimiteerde inspanningstest afgenomen. Bij patiënten met een lage inspanningstolerantie, dyspneu die niet verklaard kan worden of een longziekte wordt een spiro-ergometrietest verricht. Een stroomdiagram voor deze intakefase is duidelijk weergegeven in de beslissboom poliklinische indicatiestelling hartrevalidatie 2012. De diverse onderdelen van de testen en vragenlijsten hebben duidelijke omschrijvingen en afkappunten gekregen. De adviescommissie heeft op een aantal onderdelen, bijvoorbeeld bij het bepalen van het psychisch functioneren, een aantal opties van diagnostiek aangegeven. Keuze van welke van deze opties men gebruik maakt hangt af van de lokale omstandigheden en de ervaring die men heeft met bepaalde vragenlijsten. Doel blijft het objectief vastleggen van problemen. Na het doorlopen van de beslissboom volgt uit deze

intakefase een advies voor vervolgenterventies. Na een MDO, waarbij ook de wensen van de patiënt worden meegenomen, volgen de individuele doelen voor hartrevalidatie en bepaal de prioriteit van deze doelen.

DOELEN VAN DE HARTREVALIDATIE EN DUS OOK INTERVENTIES KUNNEN ZIJN

Fysieke doelen

- Leren kennen van eigen fysieke grenzen
- Leren omgaan met fysieke beperkingen
- Optimaliseren van inspanningsvermogen
- Overwinnen van angst voor inspanning

Training ten aanzien van alle basismotorische eigenschappen is zinvol. Kracht, snelheid, lenigheid, uithoudingsvermogen en coördinatie. Training ter verbetering van inspanningsvermogen dient te geschieden met adequate fysiologische trainingsprikels. Een ander doel van de fysieke training is de aandacht voor plezier van bewegen, bijvoorbeeld door wandelen of sport en spel, dit om een aanzet te zijn voor een lichamelijk actievere leefstijl. Ook ontspanning dient bij de fysieke training aan bod te komen.

Psychische doelen

- Overwinnen van angst voor inspanning
- Herwinnen van emotioneel evenwicht
- Op een functionele manier omgaan met de hartziekte

Er wordt een onderscheid gemaakt in diverse niveaus van psychische problemen. Er kunnen bijvoorbeeld geen psychische symptomen zijn, een verstoring van emotioneel evenwicht, depressieve symptomen en/of angstsymptomen en daadwerkelijk een depressieve stoornis en/of angststoornis. Gradering van deze psychische problemen geschiedt door middel van diverse vragenlijsten zoals de Hospital Anxiety and Depression Scale en de Patient Health Questionnaire en een aantal vragen over stress.

Iedere gradatie heeft zijn eigen interventie nodig. Aandacht en behandeling van psychische problemen is belangrijk omdat die een onafhankelijke variabele zijn voor een slechtere prognose.

Sociale doelen

- Herwinnen van emotioneel evenwicht binnen relatie, gezin en/of sociale omgeving en werk.
- Optimale hervatting van de rol binnen relatie, gezin, sociale omgeving en/of werk.
- Optimale hervatting van vrijetijdsbesteding.
- Herwinnen van emotioneel evenwicht door de mantelzorger en voorkomen van negatieve effecten op de gezondheid van de patiënt.

In de richtlijn wordt met klem aangeraden om de mantelzorger (levenspartner, vertrouwenspersoon) te betrekken bij de revalidatie en ook bij deze mantelzorger na te gaan of zich psychische problemen voordoen.

Ook wordt al in een vroeg stadium aangeraden om werk en werkhervatting al tijdens de revalidatieperiode (en dus niet erna) in gang te zetten. Contact met bedrijfsarts of bij zelfstandigen de UWV arts is onontbeerlijk. Voor hen met onbetaald werk moet ook vanaf het begin aandacht zijn voor mogelijkheden van hervatting.

Doelen met betrekking tot het beïnvloeden van risicogedrag

- Bekendheid met de aard van de ziekte en risicofactoren
- Stoppen met roken
- Ontwikkelen en onderhouden van een lichamelijk actieve leefstijl
- Ontwikkelen van een gezond voedingspatroon
- Ontwikkelen van therapietrouw aan medicatie

De impact van beïnvloeding van risicogedrag is bij deze patiëntenpopulatie veel groter dan bij de gewone populatie. Ook bij patiënten die (nog) geen negatieve risicofactoren hebben, behalve het cardiale incident, is het van belang aandacht te besteden aan risicogedrag. Ook zij kunnen winst halen uit therapietrouw, gezondere voeding, matig alcoholgebruik en meer bewegen. Stoppen met roken blijft het grootste effect hebben op het individuele cardiovasculaire risico.

BEHANDELINTERVENTIES

De in te zetten interventies zijn meestal groepsbehandelingen zoals een informatieprogramma, bewegingsprogramma, ontspanningsprogramma, begeleiding van gedragsverandering (leefstijlprogramma, gedragsmodificatieprogramma) en psychologische programma's (psycho-educatie, stressmanagement, cognitieve gedragstherapie). Indien noodzakelijk kan individuele begeleiding door een deskundige hulpverlener worden ingezet, bijvoorbeeld bij ernstiger psychische problematiek (psycholoog, psychiater). Werkhervatting, ook naar onbetaald werk, dient individueel begeleid te worden. In de bijlage van de richtlijn wordt weergegeven hoe hieraan vorm moet worden gegeven, maar waar dit moet worden aangepakt (ziekenhuis, revalidatiecentrum of op het werk) wordt niet benoemd.

De gehele behandeling wordt afgesloten met een evaluatie en overdracht naar eigen cardioloog en huisarts. Die moeten dan het cardiovasculair risicomanagement verder voortzetten. Ook nagaan

of patiënten hun actieve leefstijl hebben kunnen vasthouden, en voortzetting ervan stimuleren. In de nazorgfase dient te worden nagegaan of zich op langere termijn depressieve symptomen ontwikkelen omdat die lange tijd na het initieel cardiaal probleem nog kunnen optreden. Indien aanwezig dienen die te worden behandeld.

CONCLUSIE

De richtlijn is helder geschreven, leerzaam, en geeft goede handvatten voor begeleiding en behandeling. Alle facetten van het functioneren komen aan bod. Hoewel de richtlijn al in 2004 van kracht is en er nu een herziening heeft plaatsgevonden op basis van nieuwe inzichten op psychosociaal gebied, wordt een aanzienlijk deel van de hartpatiënten nog niet volgens de richtlijn behandeld. Er wordt slechts 28 procent van de patiënten voor revalidatie verwezen door de cardiologen. (info PAAHR werkgroep bij de presentatie van de richtlijn najaar 2011). Ook de veelheid aan voorgestelde interventies en de nuancering die men wil aanbrengen voor specifieke diagnosegroepen (zoals hartfalen, harttransplantatie) maakt het, denk ik, moeilijk om een en ander te plannen. Zeker als de patiënt in de periode van hartrevalidatie ook het werk zal gaan hervatten. Specifieke kennis rond arbeidsre-integratie is maar op enkele locaties voor cardio-revalidatie in Nederland aanwezig. De modulaire opbouw van de diverse programma's geeft aanleiding tot multidisciplinaire samenwerking en minder tot interdisciplinaire samenwerking. Om zowel individuele als groepsmodules efficiënt in te vullen vergt dit grote aantallen patiënten en een goede organisatie en planning.

CONSEQUENTIES VOOR DE REVALIDATEGENEESKUNDIGE PRAKTIJK

De hartrevalidatierichtlijn richt zich voor behandeling op alle facetten van het functioneren en is multidisciplinair van opzet. Het is raadzaam dat een revalidatiearts (continue of op afroep) deel uitmaakt van het multidisciplinair team. Eindverantwoordelijk is volgens de richtlijn de cardioloog. Waar de hartrevalidatie plaats dient te vinden wordt in de richtlijn niet beschreven, dit zal in elke regio en vanuit elk ziekenhuis anders zijn geregeld of vorm worden gegeven.

Patiënten met cardiaal probleem die door hun (ernstige) comorbiditeit niet mee kunnen doen in het reguliere hartrevalidatieprogramma moeten gebruik

kunnen maken van gespecialiseerde revalidatiezorg. In het verleden werd deze groep 'complexe cardiaal problematiek' genoemd en zou 5 tot 10 procent van de gehele hartrevalidatiepopulatie betreffen. We moeten dan denken aan cardiaal patiënten met neurologische en psychiatrische/angstproblematiek, longziekten of ernstig nierlijden, amputatiepatiënten, of mensen met ernstige klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Deze vorm van behandeling vindt plaats in een revalidatiecentrum onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Naast poliklinische (hart)revalidatiebehandeling valt hier ook de klinische hartrevalidatie onder. Deze klinische hartrevalidatie is in Nederland voor een klein aantal patiënten geïndiceerd en vindt plaats in drie revalidatiecentra (Hoensbroek, Haren en Leiden).

Programma's betreffende gezonde leefstijl, voeding, stoppen met roken, die moeten worden ontwikkeld in het kader van deze richtlijn, kunnen mogelijk voor meerdere patiëntencategorieën gebruikt worden. Naast hartpatiënten zijn ze wellicht ook geschikt voor andere patiënten met vaatlijden zoals bij CVA en amputaties.

De huidige richtlijn is een goede aanzet tot versterking van de geïntegreerde zorg en ketenzorg rond de hartpatiënt waardoor deze op alle facetten van zijn dagelijks leven zo goed mogelijk kan gaan functioneren en waarbij een gezonde en actieve leefstijl onderdeel is van dit functioneren.

REFERENTIES

1. *Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie 2011*
2. *Beslisboom poliklinische Indicatiestelling hartrevalidatie 2011/2012*
3. www.nvvc.nl/hr

Correspondentie

Peter JCM van Leeuwen
 Libra revalidatie en audiologie
 Locatie Blixembosch
 Toledolaan 2
 Postbus 1355
 5602 BJ Eindhoven
 040-2642742
 P.vanleeuwen@blixembosch.nl