

De revalidatiezorg heeft de laatste jaren zijn traditionele werkterrein verbreed. Er zijn programma's ontwikkeld voor mensen met bijvoorbeeld diabetes, kanker, obesitas en hart- en longziekten. Hoewel lang niet alle revalidatiecentra dergelijke zorg aanbieden, blijken deze programma's een welkome aanvulling in de behandeling van de zwaardere categorie patiënten. • Door John Ekkelboom

Revalidatie verkennt grenzen

Eind november heeft een delegatie van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) twee dagen achtereenvolgend gebrainstormd over de strategie van de vereniging. Voor deze bijeenkomst waren ook de 'stakeholders' uitgenodigd, onder wie zorgverzekeraars, orthopeden, verpleeghuisartsen en patiëntenverenigingen. Een van de aandachtspunten was het thema: de grenzen van het vak revalidatie. Die worden de laatste jaren immers steeds meer verlegd, zegt de nieuwe VRA-voorzitter Juan Martina, die tevens algemeen directeur en revalidatiearts is bij Groot Klimmendaal in Arnhem. Hij legt uit dat de revalidatie zich traditioneel altijd heeft geconcentreerd op het houdings- en bewegingsapparaat. 'Het gaat hierbij om multidisciplinaire zorg die zich richt op herstel van autonomie en participatie. Dat is het grote verschil met bijvoorbeeld de neuroloog, chirurg of internist, die zich primair bezighouden met herstel van functies in het lichaam.'

Aanvullend

Dat de revalidatie haar horizon verruimt met het aanbieden van nieuwe behandelprogramma's voor patiënten met bijvoorbeeld diabetes, kanker, obesitas, lichte vormen van hersenletsel, reuma en hart- en longziekten, beschouwt Martina als een goede en logische ontwikkeling. Want hierbij gaat het niet om het vervangen van de gangbare geneeskunde voor deze aandoeningen, maar om een aanvulling daarop. En die aanvulling past volgens hem precies in de traditie van de revalidatiezorg, namelijk het werken aan autonomie en participatie van de patiënt. Dat niet iedereen binnen de revalidatiesector deze ontwikkeling omarmt, merkte de VRA-voorzitter tijdens de strategiedagen. 'Er zijn mensen binnen de vereniging die zeggen dat we ons moeten beperken tot het houdings- en bewegingsapparaat. Daar ligt volgens hen onze kerncompetentie. Zij zien liever verdieping dan uitbreiding van het vak. Aan de andere kant zijn er collega's die naast die verdieping juist de grenzen van het vak willen verkennen en willen kijken welke onderdelen van de revalidatiegeneeskunde ook van toepassing zouden kunnen zijn op andere vakgebieden. Interessant was overigens dat vooral de stakeholders er sterk

op aandrongen om eens buiten ons eigen werkgebied te gaan kijken, juist omdat we ook op andere terreinen die meerwaarde kunnen bieden.'

Holistische visie

Een van de pioniers die al tien jaar geleden deze meerwaarde inzag, is het Centrum voor Revalidatie-UMCG in het Groningse Haren. Dit revalidatiecentrum ontwikkelde destijds een programma voor mensen met diabetes. Professor Bruce Wolffenbuttel, hoofdbehandelaar van deze diabetesrevalidatie en hoofd endocrinologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen, vertelt dat sommige diabetespatiënten volledig vastlopen in het zelfmanagement van hun ziekte en dat de reguliere zorg hen onvoldoende soelaas biedt. Het programma van de Harense instelling heeft als doel deze patiënten via een integrale begeleiding weer op het spoor te krijgen, waarbij psychosociale aspecten, maatschappelijk werk en fysiotherapie/beweging op de voorgrond staan. Wolffenbuttel: 'Hoewel we dit programma aanbieden in het revalidatiecentrum, zijn in de directe patiëntenzorg de revalidatieartsen niet rechtstreeks betrokken. Diabeteszorg lijkt toch een vak apart. Toch is deze locatie een bewuste keuze geweest. Zo kunnen we optimaal gebruik maken van de faciliteiten van het centrum, zoals de fitnessapparatuur, de sporthal en het zwembad. Ook sluit ons programma volledig aan op de brede holistische visie van revalidatieartsen en hun manier van omgaan met chronische aandoeningen. Bij hen staat zelfmanagement centraal. Ook wij leggen daar de nadruk op.'

Weinig respons

Wolffenbuttel schat dat de afgelopen tien jaar ongeveer 2000 diabetespatiënten in het Centrum voor Revalidatie-UMCG zijn behandeld. De meesten van hen waren in dagbehandeling. Slechts een kleine minderheid moest worden opgenomen omdat de thuissituatie niet toereikend was of omdat er complicaties optraden, zoals een voetinfectie. Het basisprogramma duurt vijf tot zes weken en bestaat uit groepsbijeenkomsten en individuele begeleiding. De vraag van de patiënt is de leidraad voor de behandeling. Dat de aanpak >

‘Sommigen zien liever verdieping dan uitbreiding van het vak’



> effectief is, toonde psycholoog Joost Keers in 2004 aan met zijn promotie-onderzoek. Daaruit bleek dat patiënten na diabetesrevalidatie beter waren ingesteld en bovendien een betere kwaliteit van leven maar vooral meer controle over hun ziekte hadden. De Groningse hoogleraar had gehoopt dat meerdere centra het programma zouden oppakken, nu de effectiviteit ervan wetenschappelijk is bewezen. ‘Voor zover ik weet, zijn wij nog steeds de enigen. We zijn actief bezig geweest om centra verspreid over het land te informeren. Ze hebben zelfs ons programma gekregen, inclusief de protocollen. Dat heeft helaas weinig opgeleverd. Maar het is ook niet eenvoudig om zo iets op te starten. Je moet in ieder geval nauw samenwerken met een in diabetes geïnteresseerde endocrinoloog die vanuit een lokaal ziekenhuis het programma ondersteunt en begeleidt. Ook moet je een vaste stroom patiënten hebben.’ Wolffenbuttel blijft hopen dat meer collega-instellingen het voorbeeld van het Centrum voor Revalidatie-UMCG gaan volgen. Een landelijke spreiding zou volgens hem de diabeteszorg ten goede komen. Nu blijven veel patiënten verstoken van deze mogelijkheid.

Psychosociale begeleiding

In tegenstelling tot de diabetesrevalidatie heeft de hartrevalidatie een goede landelijke dekking. Op zo’n tachtig locaties in ziekenhuizen en sommige revalidatiecentra kunnen patiënten hiervoor terecht. Margo Weerts, directeur van De Hart & Vaatgroep, juicht dit ruime aanbod toe. Revalidatie past volgens haar helemaal in de missie van haar organisatie, die nastreeft dat hartpatiënten meer grip krijgen op hun leven. Belangrijk onderdeel van het hartrevalidatieprogramma is dat mensen hun leefstijl aanpassen: stoppen met

roken, meer bewegen en gezonder eten. Verder krijgen de patiënten psychosociale begeleiding omdat veel van hen angstig zijn en sommigen ook depressief worden. Weerts vindt echter dat dit laatste onderdeel met name in de ziekenhuizen te weinig aandacht krijgt. Dat zal wellicht veranderen, is haar overtuiging. Op dit moment wordt namelijk de richtlijn voor hartrevalidatie geactualiseerd. Daarbij is ook De Hart & Vaatgroep nauw betrokken. Weerts: ‘Tevoren hebben we patiënten in focusgroepen laten discussiëren over hun ervaringen met hartrevalidatie. Daaruit blijkt dat de psychosociale begeleiding op veel plaatsen beter kan. Ook kwam de wens naar boven dat het belangrijk is jonge patiënten een ander programma aan te bieden, aangepast aan hun doelen en verwachtingen in het leven. Verder pleiten wij ervoor dat specialisten zich meer aan de richtlijn houden. Doordat dit lang niet altijd gebeurt, blijven nog te veel patiënten verstoken van hartrevalidatie. Opvallend is bovendien dat vrouwen sterk zijn ondervetegenwoordigd. De koppeling vrouwen en hart- en vaatziekten wordt nog onvoldoende gelegd.’

Online revalidatie

Een andere groep patiënten die volgens Weerts extra aandacht verdient, zijn de mensen met hartfalen. Door een eerdere hartziekte is bij hen de pompfunctie zodanig verminderd, dat hun energie zeer beperkt is. De gangbare hartrevalidatie is voor hen ongeschikt omdat ze nauwelijks in staat zijn naar een ziekenhuis of revalidatiecentrum te reizen. Daarom heeft De Hart & Vaatgroep bij het Zorginnovatie Platform subsidie aangevraagd voor een revalidatieprogramma dat deze patiënten thuis online kunnen volgen. Bij deze video-workout krijgen ze individuele begeleiding van gespecialiseerde fysiotherapeuten. Weerts is benieuwd of deze aanpak, die onder andere via het Revalidatiecentrum Amsterdam een landelijke uitrol zal krijgen, goed werkt bij mensen met hartfalen.

Hart-, long- en een deel van diabetesrevalidatie worden vergoed door de zorgverzekeraars. Bij bijvoorbeeld revalidatieprogramma’s voor ex-kanakerpatiënten – zoals Herstel & Balans – of voor mensen met obesitas is dit lang niet altijd het geval. VRA-voorzitter Martina vindt dat triest voor de patiënten die elders in het medische circuit zijn vastgelopen. Toch heeft hij er begrip voor dat zorgverzekeraars eerst afwachten totdat een programma voldoende wetenschappelijk is onderbouwd. ‘Dat is eigenlijk ook terecht. Anders ontstaat er een wildgroei van allerlei zinnige en onzinnige behandelingen. Dat moeten we uiteraard voorkomen. Maar als er voldoende evidence is, dan moet een programma ook in alle regio’s toegankelijk zijn. Prettig is dat minister Ab Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de ketenzorg propageert, zodat de patiënt zonder veel obstakels van de ene zorgverlener naar de andere kan worden doorverwezen. In die keten kunnen wij, en dus ook de nieuwe loten van de revalidatie, een belangrijke rol spelen.’