

Vernieuwde richtlijn hartrevalidatie beschrijft psychische en sociale doelen

Revalideren met hart en ziel

Eva Nyst

Driekwart van de hartpatiënten heeft psychische klachten. De vernieuwde Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011 is daarom aangevuld met aanbevelingen op psychosociaal vlak.

Depressief en angstig zijn na een hartaanval, het is meer regel dan uitzondering. 'Driekwart van de hartpatiënten heeft last van psychische symptomen, symptomen van angst, symptomen van depressie. Dat komt dus heel vaak voor, en je zou kunnen zeggen dat het normaal is, maar intussen is het wel heel erg slecht en ongezond.' Aan het woord is Angelique de Rijk, universitair hoofddocent arbeidspychologie in Maastricht en samen met de Maastrichtse cardiologe Petra Kuijpers voortrekker van de deze zomer verschenen nieuwe Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011.

De vorige richtlijn, uit 2004, concentreerde zich op fysieke doelen en het beïnvloeden van risicogedrag. Deze is nu aangevuld met hoofdstukken over psychisch en sociaal functioneren. De zorg voor hartpatiënten met psychische klachten – die op alle vlakken een slechtere prognose hebben – moet daarmee verbeteren. De Rijk:

'Angst en depressie verslechteren de gezondheid. Ook gaan mensen hun sociale contacten verwaarlozen. Allemaal slecht voor het hart. En de kans op overlijden neemt toe met minimaal 20 procent. Bij patiënten die erg eenzaam zijn kan dat oplopen tot wel 600 procent, dus zes keer zoveel kans op overlijden door de hart- en vaatziekte.'

Maar er is iets aan die psychische verschijnselen te doen, en dat wordt in de nieuwe richtlijn omschreven. 'Dan gaat het om screening, om vaststellen wat er aan de hand is, misschien diagnosticeren van een stoornis en vervolgens behandelen op maat.'

Lichamelijk uiten

De richtlijn uit 2004 meldde al: 'Na een cardiaal incident is het emotionele evenwicht vaak verstoord. De meeste patiënten hebben steun nodig om dat te hervinden'. Maar in 2004 was er nog onvoldoende kennis over hoe die steun



effectief vorm te geven. Nu is die kennis er wel. De richtlijn onderscheidt drie graden van psychische malaise: een gangbare verstoring die geen behandeling behoeft, een verstoord emotioneel evenwicht gekenmerkt door psychische symptomen, en een psychische stoornis. Mensen uit de tweede categorie moeten 'functioneel leren omgaan met een hartaandoening', dus rekening houden met de ziekte en zichzelf niet onnodig beperken. Ontkenning en onderschatting kunnen herstel van het emotioneel evenwicht in de weg staan. Een stoornis, de derde categorie, moet door een psycholoog uit het hartrevalidatieteam of door een psychiater, eventueel met medicatie, worden behandeld.

Het werd hoog tijd dat in een richtlijn aandacht kwam voor de psychische symptomen

bij hartpatiënten, stelt richtlijninitiator en cardiologe Petra Kuijpers.

'We zien veel patiënten bij wie psychische klachten als angst en depressie zich lichamelijk uiten, waardoor deze mensen in

de somatiek terechtkomen, bij de cardioloog. Het probleem zit hem er vooral in dat én de cardioloog én de huisarts, maar ook de patiënt zelf, de psychische component niet erkennen, waardoor behandeling uitblijft.'

Secundaire factoren

De richtlijn noemt een aantal mogelijke verklaringen voor de relatie tussen psychische symptomen en een ongezond hart. Depressieve mensen leven minder gezond en zijn ook nog eens minder therapietrouw. Ze zijn met verhoogde activatie van de stresssystemen pathofysiologisch ontregeld en mogelijk treden iatrogene effecten op door behandeling met antidepressiva.

Patiënten dragen mogelijk genen die tot zowel cardiovasculaire als psychische symptomen leiden, zo luidt een hypothese in de richtlijn. Onderbehandeling van psychische klachten heeft ook effect op allerlei secundaire leefstijlfactoren, zegt Kuijpers. 'Als patiënten depressief zijn of heel angstig gaan ze niet stoppen met roken, ze gaan niet afvallen, ze gaan niet bewegen. Dat heeft overigens niet alleen invloed op de patiënt en zijn omgeving, maar ook op de gezondheidszorg als geheel, met alle kosten van dien.'

Daarnaast maakt Kuijpers zeer regelmatig mee dat patiënten niet zitten te wachten op een psychosomatische duiding. 'Ze voelen dan pijn op de borst en accepteren nauwelijks dat ik dat zie als een lichamelijke uiting van een mentale verstoring.' Ook deze weerzin kan effectief worden behandeld. Dat hoeft niet per se door een psycholoog te gebeuren; ook fysieke training en specifiek voor hartpatiënten ontwikkelde ontspanningstherapie zijn effectief en spreken somatiserende patiënten vaak meer aan.

Steun

Ook op sociaal vlak moet na een hartinfarct een nieuw evenwicht worden gevonden: in relaties, vrijetijdsbesteding en werk. Bijzonder in dit verband is dat de richtlijn ook aandacht heeft voor de mantelzorger. Inge van den Broek, adviseur van patiëntenorganisatie De Hart&Vaatgroep, die de richtlijn autoriseerde: 'Sociale steun blijkt van levensbelang. Weinig steun, maar ook huwelijksstress, verlaagt de kwaliteit van leven, vermindert de therapietrouw en vergroot de kans op depressie en overlijden. Maar het is evenzeer belangrijk dat het goed gaat met de mensen rondom een hartpatiënt, omdat hun spanningen invloed op de patiënt kunnen hebben. Hoe meer psychische klachten de partner van een hartpatiënt heeft, des te groter is de kans op heropname, blijkt uit onderzoek.' Daarom stelt de richtlijn dat ook mantelzorgers bij het intakegesprek gevraagd

'Als patiënten depressief zijn, gaan ze niet afvallen of stoppen met roken'

Beelden uit de verfilmde casus van een 48-jarige patiënte die naar hartrevalidatie wordt verwezen. Zie ook het kader op blz. 2945.

beeld: Paul Gadellaa



Tien vragen over de richtlijn

1

Waarom is er een nieuwe richtlijn?

De nieuwe Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011 is een herziening van de Richtlijn Hartrevalidatie 2004 en bevat vooral aanvullingen op het gebied van psychisch en sociaal functioneren. De aanbevelingen over fysieke training en leefstijl zijn onveranderd.

2

Wie hebben de richtlijn samengesteld?

Cardiologen, revalidatieartsen, bedrijfsartsen, psychiaters, huisartsen, verzekeringsartsen, patiëntvertegenwoordigers, ergotherapeuten, psychologen, hart- en vaatverpleegkundigen, fysiotherapeuten, arbeidsdeskundigen en maatschappelijk werkers.

3

Hoe zijn de patiënten vertegenwoordigd?

De Hart&Vaatgroep en Het Huis voor de Zorg in Sittard maakten deel uit van de richtlijnwerkgroep. De Hart&Vaatgroep is een autoriserende partij.

4

Voor wie is de richtlijn relevant?

Voor alle verwijzers naar en uitvoerders van hartrevalidatie. De richtlijn beschrijft ook de rol van de bedrijfsarts en de huisarts.

5

Over welke patiënten gaat de richtlijn?

Alle hartpatiënten hebben baat bij hartrevalidatie. Dus bijvoorbeeld patiënten met acute of chronische hartziekten, met een harttransplantatie, met aangeboren hartziekten, met een ICD of gereanimeerde patiënten. Er is speciaal aandacht besteed aan diversiteit. Ook is rekening gehouden met de mantelzorger.

6

Wat is er nieuw aan de anamnese?

Nieuw is de systematische, evidence-based inventarisatie van het psychisch en sociaal functioneren. Er wordt gevraagd naar sociale steun, stemming, angst en arbeid.

7

Wat is er nieuw aan de diagnostiek?

In de intake wordt gescreend op verhoogde risico's aan de hand van psychologische vragenlijsten en een gesprek. Zo kan snel verwezen worden naar psycholoog of psychiater.

8

Wat is er nieuw aan de verwijzing?

De cardioloog is eindverantwoordelijke voor verwijzing. Verwijzing bij psychische symptomen wordt in de richtlijn gewaarborgd. Ook de bedrijfsarts heeft handvatten om via de cardioloog naar hartrevalidatie te verwijzen.

9

Wat is er nieuw aan de behandeling?

Nieuw is het benoemen van risicogroepen: de richtlijn onderscheidt drie niveaus van psychische symptomen, met voor ieder niveau de juiste behandeling. Bij gebrek aan sociale steun moet met interventies die steun worden versterkt. Nieuw is ook de nadruk op werkhervatting nog tijdens de hartrevalidatie.

10

Wat is er nieuw aan follow-up en nazorg?

Patiënten kunnen tot zeker een jaar na een cardiaal incident psychische symptomen krijgen. Hartrevalidatie is meestal na drie maanden afgerond. De richtlijn hamert op een degelijke overdracht aan de huisarts en op minimaal één evaluatie een jaar na het cardiaal incident.

moet worden naar hun eventuele zorgen en angst, en zo nodig moeten worden meebehandeld.

Werk

Het belang van steun is één onderdeel van het hoofdstuk sociale doelen, werkhervatting is het andere. Bedrijfsarts Jaap van Dijk van het AMC schreef mee aan het hoofdstuk en hamert erop dat het patiënten het beste vergaat als ze tijdens de hartrevalidatie ook weer gaan werken. 'Dan is er begeleiding en kan er direct worden bijgestuurd als het niet gaat.'

De richtlijn adviseert om al bij de intake knelpunten voor werkhervatting te inventariseren. Het multidisciplinaire hartrevalidatieteam maakt een plan om die knelpunten weg te werken en communiceert hierover met de bedrijfsarts. Alle juridische regels die van toepassing zijn op deze informatie-uitwisseling, zoals schriftelijke toestemming van de patiënt, staan in de richtlijn. Het is vervolgens de taak van de bedrijfsarts om alle medische gegevens te verzamelen en op grond daarvan specialistisch advies te geven. Van Dijk: 'Want de bedrijfsarts is hierin de specialist. Soms vragen bedrijfsartsen: Wat zegt de specialist ervan? Dan zeg ik: Als het om ziekte en werk gaat, is de bedrijfsarts zelf de specialist.'

Informatiemodule

Volgens de richtlijn hebben alle hartpatiënten baat bij hartrevalidatie. Contra-indicatie is een instabiele fase in de hartziekte of een gebrek aan motivatie bij de patiënt. Valkuil: een verminderde motivatie is vaak het gevolg van een depressie. Cardiologen moeten dus bijna alle hartpatiënten doorsturen voor hartrevalidatie, maar in de praktijk belandt slechts een kwart van de patiënten daar.

Na het intakegesprek beslist het multidisciplinaire overleg, met een cardioloog, fysiotherapeut, psycholoog, verpleegkundige en andere betrokkenen, hoe de patiënt – op maat – gaat revalideren. Inspannen of juist ontspanningsoefeningen doen? Psychische ondersteuning of hulp gericht op het opbouwen van sociale steun? Interventies gericht op werkhervatting? Alle patiënten krijgen een informatiemodule aangeboden over hartziekte, leefstijl en herstel. Ook wordt er verwezen naar de patiënteninformatie van De Hart&Vaatgroep, die samen met de opstellers van de richtlijn is ontwikkeld. De huisarts moet na de revalidatiefase vinger aan de pols houden. Tot een jaar na ziekenhuisname kunnen patiënten nog last krijgen van psychische klachten.



Knelpunten

Cardioloog Roderik Kraaijenhagen, namens de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie bij de richtlijn betrokken, onderzocht factoren die succesvolle hartrevalidatie belemmeren. 'Om te beginnen zit hartrevalidatie niet in de opleiding cardiologie', zegt Kraaijenhagen. 'Verder zijn er organisatorische knelpunten. Een ziekenhuis of revalidatiecentrum dat op hartrevalidatie is gericht, staat vaak niet om de hoek. We weten uit

onderzoek dat zodra de revalidatieplek verder dan 10 kilometer van huis ligt, het bergafwaarts gaat met de deelname. Daarnaast is de financiering versnipperd. Alle revalidatiemodules

worden apart vergoed. We proberen nu hartrevalidatie als geheel vergoed te krijgen.'

En financiering vraagt om bewijs. Kraaijenhagen verzamelt met de Commissie Cardiovasculaire Preventie en Hartrevalidatie (CCPH) data voor onderzoek naar de werkzaamheid en effecten van hartrevalidatie met behulp van de gedigitaliseerde beslisboom voor indicatiestelling uit de richtlijn. 'Zo kunnen we in de toekomst een update maken van de richtlijn aan de hand van de literatuur en van de gegevens uit de beslisboom', vertelt de cardioloog. 'Verder stellen we indicatoren op die uitdrukken wat een behandeling moet opleveren. Dan kun je ook gaan sturen, en krijg je kwaliteitsmanagement.'

Ook de patiënt wordt betrokken bij dit onderzoek, en moet deels zelf zijn gegevens online gaan invoeren, op een patiëntenwebsite van het Cardiac Rehabilitation Decision Support System (CARDSS). Aan de hand van een gevalideerde vragenlijst worden psychische, sociale, fysieke en leefstijlaspecten in kaart gebracht. De patiënt wordt zich zo vast bewust van bepaalde aandachtspunten en kan deze aan de orde stellen tijdens het controlebezoek aan de cardioloog. Kraaijenhagen: 'Een goed geïnformeerde patiënt kan enerzijds de cardioloog attenderen op hartrevalidatie als deze nog niet heeft verwezen, en anderzijds de doelmatigheid van de intake verhogen doordat hij al voorbereid is. De zorg kan goed worden afgestemd op de behoefte van het individu. Dat kan de patiënt motiveren. Hartrevalidatie moet ook een beetje leuk zijn voor de patiënt.' 

'Hartrevalidatie moet ook een beetje leuk zijn'



Angelique de Rijk en Inge van den Broek schreven eerder in Medisch Contact een artikel met tien aanbevelingen voor patiënteninbreng bij richtlijnontwikkeling. Het dossier Hartrevalidatie vindt u via www.medischcontact.nl/dossiers.

MCTv: rondetafelgesprek en verfilmde casus

Maandag 12 december om 20.30 uur zendt MCTv live een rondetafelgesprek uit over de nieuwe richtlijn. Deelnemers zijn onder anderen Angelique de Rijk, Jaap van Dijk, Inge van den Broek en Roderik Kraaijenhagen. Arts en Medisch Contact-journalist Sophie Broersen leidt de discussie.

U kunt zich nu aanmelden voor de gratis geaccrediteerde nascholing op www.medischcontact.nl/nascholing. U krijgt dan een e-mail- of sms-alert.

Op 12 december komt ook een verfilmde casus online. Hierin volgen we een 48-jarige patiënte tijdens onder meer het intakegesprek met de hartrevalidatieverpleegkundige, een gesprek met haar cardioloog en een gesprek met haar psycholoog.



12 december, 20.30-21.30 uur