

HET VERLENEN VAN LANGDURIGE POLIKLINISCHE BEGELEIDING NA EEN ERNSTIG TRAUMA

Ziekenhuiszorg kan niet zonder revalidatiegeneeskunde

Revalidatiegeneeskunde krijgt als poortspecialisme een steeds belangrijker rol in het ziekenhuis. Drie casussen schetsen een divers werkkterrein waarin met verschillende disciplines op maat gemaakte revalidatiezorg geboden wordt en waarbij patiënten veelal zelf de regie voeren.

Revalidatiegeneeskunde wordt een prominente positie toebedacht in het toekomstige zorgsysteem in het visiedocument Medisch Specialist 2025. Het vak is gericht op het verbeteren en behouden van participatie, het meedoen in onze maatschappij, ondanks het hebben van een aandoening met chronische beperkingen. In de revalidatiegeneeskunde staat het optimaliseren van de functionele vaardigheden en zelfredzaamheid van het individu centraal, in de eigen sociaal-maatschappelijke context. Revalidatiegeneeskunde is een poortspecialisme en de revalidatiearts heeft korte lijnen met collega's in het ziekenhuis en levert en organiseert zorg voor patiënten met complexe gezondheidsproblemen, van de ic tot poliklinische behandeling. Revalidatieartsen vervullen een actieve rol in zorgnetwerken. De revalidatiearts gebruikt het ICF-model, de International Classification of Functioning, Disabilities and Health van

de WHO als kader.¹ In dit model, dat een integrale visie op gezondheid en ziekte weerspiegelt, wordt een logische verbinding gemaakt tussen ziekte, onderliggende functiestoornissen en uiteindelijke uitkomsten op participatie in de maatschappij. Het laat zien dat persoonlijke en omgevingsfactoren het functioneren en hiermee samenhangende kwaliteit van leven beïnvloeden. Bij de diagnostiek en behandeling worden naast de aandoening en de functionele gevolgen ook de persoonlijke en omgevingsfactoren betrokken. In de kinder-revalidatiegeneeskunde wordt de ICF Child & Youth gebruikt.

Dagelijkse praktijk

Aan de hand van drie casussen nemen we u mee in de dagelijkse praktijk van, in dit geval, academische ziekenhuisrevalidatie. Het betreft volwassen patiënten met complexe problematiek, maar het had ook kinderen kunnen betreffen, of andere aandoeningen. We belichten de revalidatiegeneeskundige zorg bij klinisch opgenomen patiënten, triage voor vervolgzorg, netwerkzorg en gespecialiseerde langdurige poliklinische revalidatiezorg. Optimale revalidatiezorg volgt het 'stepped care'-principe dat als uitgangspunt heeft dat de patiënt niet zwaarder wordt behandeld dan strikt noodzakelijk.² Dus eenvoudig als het kan (monodisciplinair in de eerste lijn), complex als het moet (in een interdisciplinair werkend revalidatieteam). Poliklinische multidisciplinaire revalidatie in het ziekenhuis is essentieel als medische problemen heel complex zijn zoals bij de revalidatie van patiënten met hersen- of bottumoren, spierziekten, status na hart-/longtransplantatie, scoliosecorrectie of diabetische-voetproblematiek.

Revalidatiearts heeft korte lijnen met collega's in het ziekenhuis



Revalidatieartsen in het ziekenhuis zorgen ervoor dat vroeg in het zorgtraject het functionele herstel in de behandeling wordt betrokken.

Dit zijn aandoeningen waarbij oncoloog, neuroloog, longarts, cardioloog, orthopeed en revalidatiearts samenwerken om de patiënt de best mogelijke zorg gericht op maximale functionaliteit te geven. Onderzoek en innovatie hebben een belangrijke rol.

Shared treatment making

Deze drie casussen illustreren de diversiteit en het belang van de revalidatie-geneeskundige zorg in het ziekenhuis. Het scheppen van een revaliderend ziekenhuisklimaat waarin aandacht is voor wat de patiënt wil en kan en waarin de patiënt zelf de regie kan voeren, is van groot belang om het herstel te bevorderen.

CASUS 1

De heer M. (62) wordt opgenomen na een werkongeval. Hij heeft daarbij een schedelfractuur links met epiduraal- en subduraal hematoom, ribfracturen, fracturen van de processus spinosi L1-L3 en een onderarmfractuur opgelopen. Zijn onderarmfractuur wordt operatief gestabiliseerd. Op dag 2 wordt de revalidatiearts in consult gevraagd voor advies over de nazorg: zou hij naar huis kunnen? De revalidatiearts onderzoekt hem dezelfde dag (cognitieve screening). Executieve en geheugentaken zijn afwijkend. M. heeft echter geen klachten en ook de verpleging merkt

geen problemen bij wassen en kleden. De ergotherapeut wordt gevraagd om de veiligheid van het handelen te beoordelen.

M.'s partner blijkt te herstellen van oncologische behandeling, maar wil hem graag 'thuis hebben'. Na overleg met het paramedisch en verpleegkundig team wordt ingezet op ontslag naar huis met eerstelijnsfysiotherapie. Een poliklinische afspraak bij de revalidatiearts wordt gemaakt om te beoordelen of verdere begeleiding bij hervatten van sport, huishouden en werk nodig is. Op dag 5 verslechtert M. respiratoir en is ic-opname met beademing nodig. Fysiotherapie wordt ingezet om spierkrachtverlies te voorkomen. De ergotherapeut maakt een dagstructuur waarbij rekening wordt gehouden met rustmomenten vanwege het hersenletsel. Er wordt overlegd met zijn partner of zij met hem wil oefenen of helpen bij de ADL. Helaas gaat M. nog verder achteruit en moet hij gesedeerd worden. M. wordt besproken in het multidisciplinair revalidatie ic-overleg. Na drie weken op de ic heeft hij generaliseerd ernstige spierzwakte door ICU *acquired weakness*. Ontslag naar huis is geen haalbare optie meer. Gezien de meervoudige problemen, waaronder hersenletsel, spierzwakte en fracturen wordt hij na overleg met hem en zijn vrouw, aangemeld voor klinische revalidatie in het revalidatiecentrum. De verschillende disciplines zorgen voor een overdracht zoals afgesproken in het regionale traumaneetwerk. Acht weken later wordt deze casus op de trauma-refereeravond met het thema 'respiratoire verslechtering te voorkomen', ingebracht. Op deze avonden – georganiseerd vanuit de traumatologie in het ziekenhuis voor iedereen betrokken bij traumazorg, van ambulance tot en met het revalidatiecentrum – wordt gereflecteerd op de zorg in het netwerk en worden nieuwe behandel-mogelijkheden zoals operatietechnieken, paramedische en psychosociale interventies besproken.

Revalidatiezorg omvat niet alleen het bevorderen van het herstel van klinisch opgenomen patiënten na een acute gebeurtenis zoals een ernstig trauma (casus 1), maar ook het behandelen van de nadelige bijkomende effecten van curatieve behandeling zoals na oncologische therapie (casus 2), en het verlenen van langdurige poliklinische begeleiding en behandeling bij progressieve aandoeningen zoals spierziekten (casus 3). Er wordt nauw samengewerkt met andere specialisten. Verder worden de verschillende disciplines die deel uitmaken van het multidisciplinaire revalidatiebehandelteam, naar behoefte van de patiënt op maat ingezet. De patiënt heeft een actieve rol in de behandeling die zich richt op gestelde functionele doelen passend bij de geambeerde en mogelijke participatie van de patiënt. Het is bij uitstek *personalised medicine* en kan beter worden omschreven als *shared treatment making* dan als *shared decision making*.

CASUS 2

In 2019 wordt bij mevrouw De J. (51) vanwege mammacarcinoom een lumpectomie rechts uitgevoerd, gevolgd door bestraling en chemotherapie. Direct postoperatief wordt zij kortdurend begeleid door een oncologisch fysiotherapeut in de eerste lijn voor de beperkte schoudermobiliteit rechts, die herstelt. Begin april 2020 begint zij met re-integratie in haar werk als lerares op een middelbare school. Door de coronacrisis moet zij starten met digitaal onderwijs als nieuwe uitdaging. Helaas stagneert het integratieproces. De J. heeft last van vermoeidheid en tintelingen en soms pijn aan haar handen. Het werk oppakken lukt niet zoals ze zou willen; ze heeft moeite om meerdere dingen tegelijk te doen, vergeet veel, kan moeilijker omgaan met tijdsdruk, heeft het gevoel dat ze trager is en krijgt haar werk niet georganiseerd als voor-

‘Het functioneren van de patiënt en zijn naasten’ is de corebusiness van de revalidatiearts

Nieuwe ‘ziektebeelden’

Het aantal mensen met chronische aandoeningen neemt steeds verder toe. Er zijn nieuwe complexe ‘ziektebeelden’ bijgekomen zoals covid-19, PICS, kanker-soorten waarvan de overleving verbeterd is, en patiënten met status na transplantatie van grote organen. Om patiënten goed te monitoren en te begeleiden zijn regionaal (casus 1) en soms nationaal (casus 3) netwerkafspraken van belang. Kern van goede ziekenhuiszorg is het aanbieden van *continuum of care*, van acute zorg tot en met revalidatiezorg.

In de toekomst zal verder gebouwd worden aan netwerken en expertisecentra. Een goedwerkende digitale en fysieke infrastructuur is daarbij noodzakelijk. Afspraken over de uitkomstmaten, monitoren van patiënten, het delen van kennis en scholing zijn hierbij nodig om de kwaliteit van zorg te waarborgen. De revalidatiearts kan een voortrekker en aanjager zijn in het ziekenhuis bij het centraal zetten van ‘het functioneren van de patiënt en zijn naasten’ en het leveren van ‘zorg op maat’. Deze concepten zijn de corebusiness van de revalidatiearts.

heen. Ze voelt zich moe en lusteloos, omdat naar haar gevoel niets meer lukt.

In augustus 2020 komt zij op het spreekuur van de polikliniek revalidatiegeneeskunde. Ze heeft een verwijzing van haar oncoloog. De J. heeft late gevolgen van de behandeling van kanker. Een neuropsychologisch onderzoek (NPO) toont cognitieve stoornissen in executieve functies, kortetermijngeheugen en concentratie. Door de combinatie van cognitieve problemen, vermoeidheid, neuropathie en verwerkingsproblematiek is ze in een vicieuze cirkel geraakt waarin het steeds slechter met haar gaat. Dit heeft een grote negatieve impact op de uitvoering van werk, hobby’s en huishoudelijke werkzaamheden en op haar stemming.

De uitleg over de uitkomst van het NPO in relatie tot haar klachten geeft

De J. meer duidelijkheid over haar situatie. Haar revalidatiearts indiceert een korte cognitieve revalidatiebehandeling waarin ze wordt begeleid door een ergotherapeut en psycholoog. Cognitieve revalidatie richt zich op de behandeling van cognitieve, emotionele, sociale en/of gedragsmatige gevolgen van hersenletsel (zoals hersenschade die kan optreden als bijwerking van behandeling met chemotherapie) en/of behandeling van het systeem van deze patiënten, gericht op het zo goed mogelijk leren omgaan met deze gevolgen. De behandeling wordt als *blended care* aangeboden, deels poliklinisch en deels via e-health. Aandacht voor mogelijke risicofactoren voor disfunctioneren op basis van late gevolgen van kanker of de behandeling daarvan is reeds tijdens het oncologisch behandelproces van belang.

Het is daarom goed te begrijpen dat de revalidatiegeneeskunde in de toekomstige inrichting van de gezondheidszorg een prominente plaats heeft.

Innovatieve toepassingen

Onderzoek en innovatie binnen de revalidatiegeneeskunde, wordt, zoals ook de revalidatiebehandeling zelf, gekenmerkt door een integrale visie op gezondheid en ziekte. Participatie in de samenleving is dan ook de ultieme uitkomstmaat voor het evalueren van het effect van revalidatie-interventies. In de revalidatiebehandeling zelf en in de ondersteuning van mensen met een blijvende beperking is steeds meer plaats voor innovatieve toepassingen op het gebied van technologie en e-health. Denk hierbij aan computergestuurde knieprothesen bij mensen met een amputatie of exoskeletten voor het lopen met een dwarslaesie, waardoor de participatiemogelijkheden verder zullen verbeteren. Het gebruik van e-health in de vorm van

Revalidatie- geneeskunde is zorg op maat

blended care (casus 2) geeft nieuwe mogelijkheden en bevordert de eigen regie van de patiënt. Hiermee kan de herhaalfrequentie van oefeningen sterk worden vergroot, passend bij de problematiek en mogelijkheden van de patiënt, en kunnen onderdelen van de behandeling steeds meer naar de thuissituatie worden verplaatst. Het functioneren en de maatschappelijke participatie van patiënten staat centraal in

CASUS 3

De heer L. (64) heeft een spierziekte en is al dertig jaar onder poliklinische controle. Als klein kind maakt hij poliomyelitis door met restparezen aan beide benen en rechterarm, en scoliose. In 1990 verwijst de neuroloog hem voor het eerst naar de revalidatiearts omdat de kracht in zijn rechterbeen begint af te nemen waardoor hij slechter gaat lopen. Hij krijgt een knie-enkel-voetorthese rechts. Hiermee kan hij blijven werken als ambulante coach waarvoor hij regelmatig met het openbaar vervoer reist. Enkele jaren later wordt hij vanwege rugklachten opnieuw gezien door de revalidatiearts samen met de orthopedisch chirurg. Vergelijken met röntgenfoto's uit midden jaren zeventig, blijkt zijn scoliose stationair. Om de rompmusculatuur te ontlasten wordt een korset aangezet en krijgt hij via de ergotherapie stoelaanpassingen. Daar heeft hij veel baat van. In de jaren daarna ontstaat chronische respiratoire insufficiëntie waarvoor hij verwezen wordt naar een centrum voor thuisbeademing en wordt hij ingesteld op nachtelijke ademhalingsondersteuning.

Sinds 1994 doet L. mee aan een prospectief onderzoek naar het beloop van het postpoliosyndroom. In tien jaar tijd neemt de kracht van zijn

– sterkste – linkerbeen 35 procent af waardoor hij steeds moeilijker gaat lopen. Inmiddels durft hij dat buiten niet meer alleen te doen. Hij verhuist naar een woning zonder trappen, kan niet meer met het openbaar vervoer reizen en raakt deels arbeidsongeschikt. De revalidatiepsycholoog wordt ingezet voor rouwverwerking. In 2015 volgt hij vanwege ernstige vermoeidheid door voortdurende overbelasting een multidisciplinair behandeltraject. Met ergotherapie krijgt hij inzicht in en advies over zijn dagactiviteiten, op basis van implementatie van verrichte studies krijgt hij state-of-the-art cognitieve gedragstherapie waarmee hij leert om zijn gedrag aan te passen, en een individueel fysiotherapeutisch trainingsprogramma om zijn conditie en spierfunctie zo goed mogelijk op peil te houden.

De heer L. is zeer tevreden over de begeleiding in een expertisecentrum waar hij al jaren behandeld wordt door deskundige therapeuten en specialisten die nauw met elkaar samenwerken. Hij vindt het belangrijk om mee te doen in klinische studies die hem en anderen mogelijk kunnen baten en waar hij altijd iets van leert. Ook het lotgenotencontact in de wachtkamer of in groepsbehandelingen ervaart hij als waardevol.

de revalidatiegeneeskunde. Revalidatiegeneeskunde is hulpvraaggestuurd en uitkomstgericht, en biedt individuele zorg op maat. Om de zorg in de toekomst verder te verbeteren is het noodzakelijk dat revalidatiegeneeskunde in alle ziekenhuizen goed is ingebed, wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met andere specialismen en onderdeel vormt van op elkaar afgestemde zorgnetwerken.

Dan vormen curatief gerichte zorg en participatiegerichte zorg één geheel, en daar worden patiënten beter van. ■

contact

f.nollet@amsterdamumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.