

Hartrevalidatie omvat het geheel van de medische, fysische, psychologische en sociale middelen.

## **Hartrevalidatie**

Vóór de jaren zestig was een myocardinfarct een ernstige, vaak dodelijke aandoening. Voor wie het overleefde kwam een infarct neer op wekenlange verplichte bedrust en op een doorgaans definitief einde van zijn beroepsactiviteiten. Op die periode van enigszins hulpeloze veeleer beschouwelijke cardiologie volgde een enthousiaste tijd van snelle mobilisatie, zelfs nog in het ziekenhuis, en hernieuwde krachttraining in 'hartrevalidatiecentra', begeleid door een team dat hoofdzakelijk bestond uit gespecialiseerde kinesitherapeuten, dit onder toezicht van een cardioloog. Bedoeling was het opnieuw versterken van de lichamelijke vermogens die afgenomen waren door de verplichte mobilisatie ten gevolge van de hartaanval maar ook door het verlies van een deel van de contractiekracht van de hartspier.

Nadien richtte de hartrevalidatie of 'cardiale revalidatie' zich op andere soorten hartpatiënten:

- mensen met kransslagaderoverbruggingen.
- patiënten met een vervangklep.
- patiënten na coronaire angioplastiek.
- mensen die aan hartinsufficiëntie leden.
- patiënten die wachtten op of herstelden van een harttransplantatie waren.
- patiënten bij wie een inwendige defibrillator was geplaatst.

Tegelijk hebben de revalidatieteams zich versterkt met maatschappelijk werkers,psychologen(belangrijk), voedingsdeskundigen, met de bedoeling werkelijk multidisciplinaire teams te vormen die in staat zijn de patiënt niet alleen te helpen met de fysieke en medische aspecten van zijn ziekte, maar ook met de psychosociale aspecten en in de verdere strijd tegen cardiovasculaire risicofactoren. Precies daardoor zijn de concepten 'hartrevalidatie' en 'cardiovasculaire preventie' tegenwoordig nauw met elkaar verbonden geraakt.

In 1996 erkende het RIZIV het nut en het specifieke karakter van de hartrevalidatie en sloot het een overeenkomst met enkele 'erkende' centra; die genieten van dan af een bevoorrechte terugbetaling voor een maximum van 45 revalidatiesessies, mits ze binnen de zes maanden na het infarct of de ingreep aan het hart gebeuren onder leiding van een multidisciplinair team.

Heel onlangs werden enkele indicaties voor hartrevalidatie door de minister voor volksgezondheid opnieuw ter discussie gesteld, hoofdzakelijk om budgettaire redenen. De Belgische Federatie van Centra voor Cardiale Revalidatie onderhandelt momenteel met het ministerie en met het RIZIV om de medische criteria die hartrevalidatie toelaten te herzien en te actualiseren.

Doelstellingen van hartrevalidatie.

Toen de hartrevalidatie het levenslicht zag, luidde de definitie van de WGO als volgt: « Hartrevalidatie omvat het geheel van de medische,fysische, psychologische en sociale

middelen die een hartpatiënt in staat moeten stellen zo snel mogelijk en op eigen kracht opnieuw een zo normaal mogelijke plaats in te nemen binnen de samenleving».

In die tijd was het er in feite voornamelijk om te doen dat mensen die een hartinfarct hadden gekregen en vaak nog vrij jong waren maar door het infarct gewoonlijk als definitief afgeschreven voor de arbeidsmarkt werden beschouwd, opnieuw aan de slag konden gaan aangezien er toen meer dan werk genoeg was.

In een rapport over de situatie van de functionele revalidatiegeneeskunde in België, gepubliceerd in oktober 2004, definieerde professor Serge Degré, voorzitter van de werkgroep cardiale revalidatie, de doelstellingen als volgt: « Voor de cardiale revalidatie is een goede evaluatie van de fysieke, psychische en sociale stoornissen nodig om het ontstaan van handicaps zoveel mogelijk te voorkomen. Daarbij moet ervoor worden gezorgd dat de zieke adequaat meewerkt aan de secundaire preventie.

Dat proces moet vroeg worden gestart, onafgebroken worden voortgezet en volgehouden.

De cardiale revalidatie is dus een combinatie van fysieke training, psychosociale follow-up en wijziging van risicofactoren, onder leiding van de voorschrijvend revalidatiecardioloog, met het oog op de verbetering van het fysieke en psychische vermogen (disability) en een vermindering van de sociale handicap. De uiteindelijke bedoeling van de cardiale revalidatie is dus het herstel en het behoud van een optimale mentale, fysieke, sociale en professionele functie.

Door de strijd tegen het sedentair leven, de HTA controle in geval van diabetes en dyslipidemieën, het stoppen met roken neemt de cardiovasculaire mortaliteit af, verbetert het functionele vermogen, vermindert de myocardischemie, vertraagt en kentert de evolutie van de coronaire atherosclerose en neemt bijgevolg het risico op nieuwe acute aandoeningen af».

In de huidige definitie wordt meer nadruk gelegd op secundaire preventie, sociale re-integratie en levenskwaliteit dan op de louter professionele aspecten.

Hartaandoeningen treffen immers oudere mensen, die reeds met pensioen of brugpensioen zijn, en in de huidige economische context is opnieuw aan het werk gaan niet meer zo'n zekerheid als vroeger.

Hoe verloopt een hartrevalidatieprogramma?

Als voorbeeld nemen we het programma zoals het wordt toegepast in het hartrevalidatiecentrum.

Dit programma omvat twee hoofdonderdelen: de ziekenhuisfase en de ambulante fase.

**Ziekenhuisfase**

Na een infarct of een heelkundige ingreep aan het hart worden de eerste contacten met de patiënt en zijn familie gelegd tijdens het korte verblijf op de eenheid voor intensieve zorgen.

Afhankelijk van de toestand van de patiënt kan al aan passieve mobilisatie in bed gewerkt worden. De maatschappelijk werker en de psycholoog ontmoeten de patiënt en zijn familie, helpen bij het regelen van enkele onmiddellijke problemen (ziekenfonds, werkgever enz.) en zorgen voor de nodige steun in deze moeilijke momenten.

Na 24 uur of enkele dagen wordt de patiënt overgebracht naar de hospitalisatie-eenheid. Voor een verblijfsduur die dankzij de medische verwickelingen, 8 tot 10 dagen na een heelkundige volgens een schema dat aan de situatie wordt aangepast: oefeningen aan de rand van het bed, opstaan, stappen, trappen doen, ergometrische fiets. Na een heelkundige ingreep wordt ademhalingskinesitherapie toegepast: sprays, begeleide beademing, zuurstoftherapie, stimulering van de luchtwegen.

De bewaakte parameters zijn de hartfrequentie, de bloeddruk, de zuurstofverzadiging en de klinische tekenen (buiten adem? pijn in de borstkas?). De maatschappelijk werker en de psycholoog staan ter beschikking van de patiënt om de administratieve problemen te regelen, de psychologische steun verder te zetten en hem of haar te informeren over de mogelijkheden inzake hartrevalidatie. De diëtist(e) ontmoet de patiënt en diens partner om het te hebben over problemen met het onevenwicht in de voeding.

#### Ambulante fase

Wekelijks wordt een multidisciplinaire consultatie georganiseerd. Voor een infarct vindt ze plaats één tot twee weken na het verlaten van het ziekenhuis, voor een heelkundige ingreep is dat na drie tot vier weken. De patiënt ontmoet individueel ieder lid van het team voor de aspecten die betrekking hebben op diens discipline.

De maatschappelijk werker en de psycholoog staan opnieuw ter beschikking van de patiënt om psychologische problemen aan te pakken (moeilijke aanvaarding van het gezondheidsprobleem, depressie, onrust enz.) en om de administratieve problemen te regelen (werk, studies, ziekenfonds enz.). Psychologen en voedingsdeskundigen geven advies over het aanpakken van de risicofactoren en een betere manier van leven (roken, voeding, lichaamsbeweging).

De cardioloog, die medisch verantwoordelijk is en het revalidatiecentrum leidt, onderzoekt de patiënt, stelt het risiconiveau en de functioneringsproblemen vast, ziet toe op het programma waarmee de patiënt opnieuw aan lichaamsbeweging leert doen, gaat na of de behandeling met geneesmiddelen aangepast is en dringt aan op het aanpakken van de risicofactoren. Een inspanningsproef op een ergometrische fiets, met meting van het maximale zuurstofverbruik, gebeurt bij de aanvang van de revalidatie en een medisch rapport wordt overgemaakt aan de behandelende artsen (huisarts en cardioloog).

Na afloop van de 45 sessies vindt opnieuw een ergospirometrie plaats en een laatste consultatie; opnieuw worden de resultaten verzonden naar de behandelende artsen.

Kinesitherapeuten spelen een essentiële rol bij de toepassing van het fysieke trainingsprogramma dat de hoofdbrok van de hartrevalidatie vormt.

De kinesitherapeut stelt een individueel activiteitenprogramma samen op grond van wat de patiënt kan, rekening houdend met eventuele andere handicaps en met de resultaten die de cardioloog heeft meegedeeld, meer bepaald de ergospirometrie.

De RIZIV overeenkomst laat momenteel maximum 45 sessies toe binnen de 6 maanden na het infarct of de hartingreep, verdeeld over 3 tot 5 sessies per week. Die 45 sessies vallen uiteen

in twee niveaus. Bij het eerste niveau wordt gedurende een twintigtal sessies van een uur gewerkt aan de conditie..

Bij het tweede niveau duren de sessies eveneens een uur en leert de patiënt qua inspanning zijn grenzen kennen en de intensiteit van zijn inspanning zelf onder controle te houden.

Elke sessie omvat turnoefeningen voor de algemene soepelheid en versterking, maar er worden iedere keer ook toestellen gebruikt: ergometrische fiets, roeistoel, loopband, fitnessmateriaal. Tijdens de eerste dagen van het eerste niveau worden de patiënten permanent onder toezicht van een telemetrische elektrocardiograaf geplaatst en nadien onder toezicht van een hartfrequentiemeter, waardoor men een trainingsprofiel kan opstellen en het inspanningsprogramma beter kan afstemmen op de mogelijkheden van de betrokkene.

Welk nut kan hartrevalidatie hebben?

De eerste vraag die men stelt slaat doorgaans op het nut wat de verbetering van de cardiovasculaire gezondheid betreft, of nauwkeuriger uitgedrukt: is er na hartrevalidatie sprake van minder mortaliteit en recidief.

Een duidelijk antwoord geven op deze vraag is nooit gemakkelijk geweest.

In de eerste plaats was het aantal patiënten in vergelijkende onderzoeken, waarbij een groep die hartrevalidatie heeft genoten wordt vergeleken met een groep die dat niet heeft, doorgaans nooit groot genoeg om verschillen aan te tonen die statistisch significant zijn. Men is dan een aantal onderzoeken bijeen gaan brengen in wat dan een 'metaanalyse' wordt genoemd, en aan de hand daarvan kon wel een significant verschil worden aangetoond: een daling met 20 tot 24% van de totale mortaliteit en met 25% van de mortaliteit door een volgend infarct bij de groep van gerevalideerde patiënten. In de tweede plaats kan men zich afvragen.

of revalidatie nog echt noodzakelijk is, nu men over krachtige middelen beschikt om kransslagaderpatiënten te verzorgen: trombolysen, angioplastiek, stents, heelkunde, doeltreffende geneesmiddelen... Toch is het antwoord daarop bevestigend gezien de resultaten van een recent onderzoek dat een significante daling aantoonde van de totale mortaliteit (20%) en van de mortaliteit ten gevolge van hartaandoeningen (26%), terwijl er eveneens gunstige tendensen zijn wat de vermindering betreft van het aantal infarctrecidieven (21%), van het aantal heelkundige ingrepen (13%) en van het aantal angioplastieken (19%).

Als men het totale plaatje bekijkt zou de financiering van revalidatiecentra dus een netto winst kunnen betekenen voor onze sociale zekerheid, al valt het onze bewindslieden dikwijls moeilijk dat toe te geven!

De echte winst door hartrevalidatie wordt evenwel zonder enige twijfel geboekt op het vlak van een betere levenskwaliteit. Tot de gunstige effecten van hartrevalidatie behoren een toename van de fysieke mogelijkheden (+11 tot +36%) en daardoor ook meer gemak bij het verrichten van de dagelijkse activiteiten, een goede dosering bij inspanningen, kennis van de eigen grenzen en toegenomen zelfvertrouwen. De re-integratie in de familiale en sociale omgeving en in het beroepsmilieu verloopt gemakkelijker. Men krijgt meer inzicht in de aanpak van risicofactoren en past die ook beter toe, wat leidt tot een veel gezondere manier

van leven. Er zijn patiënten die zo tevreden en overtuigd zijn van de positieve invloed die van de revalidatie uitgaat, dat ze op vrijwillige basis met een programma van lichaamsbeweging doorgaan in 'coronaire clubs' of andere fitnesscentra.

### Besluit

Hartrevalidatie zoals ze tegenwoordig in erkende centra gebeurt volgens de regels van de overeenkomst en begeleid door multidisciplinaire teams, brengt voor hartlijders en hun gezin een hele reeks gunstige effecten met zich mee. En toch volgt in België naar schatting slechts 15 tot 30% van de patiënten voor wie geen medische contra-indicatie geldt, een hartrevalidatieprogramma!

Dat heeft te maken met een gebrek aan belangstelling bij bepaalde cardiologen, met ontoereikende informatie van de patiënten en met een ongelijke geografische spreiding van de revalidatiecentra, maar ook met het feit dat de wetgeving die de zorgprogramma's in de cardiologie definieert niet is afgestemd op de wetgeving over de RIZIV overeenkomsten i.v.m. hartrevalidatie.

Intussen heerst er een veeleer beperkend klimaat, waarbij bepaalde indicaties die recht geven op terugbetaalde revalidatie worden geschrapt in de ijdele hoop dat dit besparingen in de sector gezondheidszorg gaat opleveren... Maar dat zal de verantwoordelijken van onze hartrevalidatiecentra niet beletten om, roeiend met de riemen die ze hebben, hun activiteiten verder te zetten en te blijven werken aan een zo mogelijk langer maar alleszins aangenamer leven voor hun hartpatiënten!