
Hartrevalidatie in cijfers

A.-M. Strijbis, B. Franke, I. van Boxtel, K. Duiker

De Nederlandse Hartstichting heeft in 2003 het aanbod van hartrevalidatie in ons land geïnventariseerd. Uit de resultaten blijkt dat het aantal locaties waar hartrevalidatie wordt gegeven, nauwelijks stijgt. Het aantal patiënten dat revalidatie krijgt, stijgt wel fors. Voor de revalidanten is het aanbod verbreed. Deelnemen aan bewegingsprogramma's is op alle locaties mogelijk. Het aanbod van ontspanningstherapie, voorlichting en psychosociale begeleiding is gestegen. Dit betekent dat de mogelijkheden voor het aanbieden van revalidatie 'op maat' zijn toegenomen.

De revalidatiecommissie van de Nederlandse Vereniging van Cardiologie (NVVC) en de Nederlandse Hartstichting (NHS) schrijft in de Richtlijn Hartrevalidatie 2004: 'Het is aangetoond dat een multidisciplinair hartrevalidatieprogramma zinvol en effectief is voor patiënten die een myocardinfarct hebben gehad, met stabiele angina pectoris en na coronary artery bypass grafting (CABG).'¹ Het bewijs voor revalidatie van deze groepen patiënten is van de hoogste klasse. 'Het is aannemelijk dat deze revalidatie ook zinvol en effectief is na een percutane coronaire interventie (PCI).' Daarnaast komen ook patiënten met andere hartziekten in aanmerking voor revalidatie, zoals patiënten met hartfalen, met een aangeboren hartafwijking, na harttransplantatie, hartklepoperatie, implantatie van een ICD (inplantabele cardioverter defibrillator) of pacemaker en patiënten met (gecureerde) ritmestoornissen. De revalidatie voor deze patiënten wordt in ons land meestal poliklinisch gegeven, in aansluiting op een verblijf in het ziekenhuis. Het belang van de revalidatie in deze fase – ook wel fase-II-revalidatie genoemd – stijgt. Dit komt doordat het verblijf in het ziekenhuis na een cardiovasculaire gebeurtenis steeds korter wordt. Hoe is het aanbod van hartrevalidatie in ons land? Om op deze vraag een antwoord te krijgen heeft de NHS in 2003 een inventariserend onderzoek uitgevoerd. De resultaten van het onderzoek in 2003 zijn vergeleken met de resultaten van een vergelijkbaar onderzoek in 1999.²

Opzet onderzoek

Voor het onderzoek naar het aanbod van hartrevalidatie zijn in 2003 143 contactpersonen, werkzaam in 131 ziekenhuizen en 12 revalidatiecentra, telefonisch geïnterviewd. Ter voorbereiding van het interview was vóór het telefoongesprek een schriftelijke vragenlijst naar de contactpersonen gezonden. Om vergelijking met het inventariserend onderzoek naar hartrevalidatie in fase II uit 1999 mogelijk te maken, zijn voor een groot deel dezelfde vragen gesteld als destijds.

Drs. Anne-Margreet Strijbis, programmamanager patiëntenzorg,
Nederlandse Hartstichting, Den Haag.

Drs. Bep Franke, redacteur Richtlijn Hartrevalidatie 2004,
Synopsis, Landgraaf.

Ineke van Boxtel, stagiaire HBO-verpleegkunde,
Katinka Duiker, stagiaire HBO-verpleegkunde,
Hogeschool Leiden, Leiden.

Locaties, patiënten, financiering en wachtlijsten

Van de 143 benaderde locaties wordt op 101 locaties hartrevalidatie gegeven. Op veertig locaties was geen hartrevalidatie en twee instellingen zijn bezig met het opstarten van een revalidatieprogramma. De respons was dus 100%. De gegevens in dit artikel zijn afkomstig van de 101 locaties. Deze locaties liggen verspreid over het hele land.

In 2002 kregen in totaal 26.000 patiënten hartrevalidatie. Van deze patiënten had 37% een myocardinfarct gehad, 24% een CABG, 10% een PCI en 5% een hartklepoperatie. Deze vier groepen patiënten vormen driekwart van de totale groep gerevalideerden. Binnen de hartrevalidatie zijn dit de 'traditionele' groepen. Het geven van revalidatie aan de snel groeiende groep van patiënten met hartfalen is van recentere datum. In 2002 kregen slechts 527 patiënten met hartfalen revalidatie. Ter vergelijking: er werden in 2002 bijna 23.000 patiënten opgenomen voor hartfalen.³

Per 1 januari 2002 zijn de nieuwe tarieven voor hartrevalidatie ingevoerd. Van de instellingen kent 88% de nieuwe tarieven. Tweederde van de instellingen declareert volgens deze tarieven. De helft van de instellingen is van mening dat door de nieuwe tarieven de mogelijkheden voor hartrevalidatie zijn toegenomen. Er zijn ook negatieve reacties.

Eenderde van de instellingen heeft een wachtlijst voor fase-II-revalidatie. De duur van de wachttijden varieert van een tot acht weken. Gemiddeld is de wachttijd 3,5 week. Hartrevalidatie vindt meestal plaats in groepen. Een reden voor het ontstaan van wachttijden kan zijn dat men wacht totdat er voldoende patiënten zijn voor het samenstellen van een groep.

Indicatie voor hartrevalidatie

Bij het stellen van de indicatie voor hartrevalidatie zijn in respectievelijk 79 en 76% van de instellingen vooral de cardioloog en de fysiotherapeut betrokken. Ook betrokken hierbij zijn: maatschappelijk werker (in 37% van de instellingen), afdelingsverpleegkundige (37%), coördinator hartrevalidatie (21%), psycholoog (19%), diëtist (14%), hartrevalidatieverpleegkundige (13%), revalidatiearts (9%), arts-assistent (7%) en anders (13%). In 17% van de instellingen vindt het stellen van de indicatie plaats in multidisciplinair overleg.

De helft van de instellingen stelt de indicatie voor hartrevalidatie voor ontslag uit het ziekenhuis, een kwart na ontslag en een kwart zowel voor als na ontslag. Redenen om de patiënten na ontslag te indiceren zijn: de patiënt komt uit een ander ziekenhuis en de problemen zijn door het korte verblijf in het ziekenhuis pas na ontslag duidelijk geworden.

Het psychosociaal interview is de meest gebruikte methode voor het stellen van de indicatie voor hartrevalidatie. Van de instellingen gebruikt 70% deze methode. De beslisboom, een door de revalidatiecommissie ontwikkeld stroomdiagram voor het stellen van de indicatie, wordt gebruikt in 51% van de instellingen. Een inspanningstest wordt gedaan in 73% van de instellingen. De helft van deze instellingen gebruikt de maximale en de andere helft de submaximale inspanningstest.

Factoren die een belangrijke rol spelen bij de indicatiestelling, zijn verminderd inspanningsvermogen (in 88% van de instel-

lingen), de wensen van de patiënt (85%), een verstoord psychosociaal functioneren (85%) en ongezonde leefstijl (68%).

Multidisciplinair patiëntenoverleg

Tweederde van de instellingen heeft op vastgestelde tijdstippen een multidisciplinair overleg (MDO) over het poliklinische revalidatieprogramma van de patiënten. De frequentie varieert van een keer per week tot minder dan een keer per maand. De meeste instellingen hebben een keer per week een MDO. Instellingen waarin geen MDO plaatsvindt, geven aan dat de poliklinische revalidatiepatiënten in het klinische overleg worden besproken, dat er wel overleg is tussen twee disciplines, bijvoorbeeld tussen de verpleegkundige en de fysiotherapeut of tussen de verpleegkundige en de cardioloog, of dat er zo nodig een overleg kan worden georganiseerd.

Structureel betrokken bij het MDO zijn een cardioloog (in 73% van de instellingen), fysiotherapeut (97%), maatschappelijk werker (84%), diëtist (58%) en verpleegkundige (49%). Sommige instellingen betrekken nog andere disciplines in het overleg, zoals een hartrevalidatiecoördinator, afdelingsmanager, sport- en spelpleidster, bewegingsagoog, ergotherapeut of sportarts.

Coördinator hartrevalidatie

Iets meer dan de helft van de revalidatiecentra (58%) heeft een coördinator aangesteld. Meestal vervult een verpleegkundige deze rol (in 48% van de instellingen) of vaak een fysiotherapeut (25%). Soms is het een maatschappelijk werker (9%), een arts (5%) of iemand anders (13%).

Wanneer we kijken naar het aantal uren dat besteed wordt aan de coördinerende taken dan hebben de verpleegkundigen doorgaans voor die taak veel meer uren per week beschikbaar dan de fysiotherapeuten. De tijd die de coördinator kan besteden aan zijn taak loopt van minder dan acht uur per week in 37% van de instellingen, 8 tot 16 uur per week in 10%, 16 tot 24 uur per week in 25%, 24 tot 32 uur per week in 13% tot meer dan 32 uur per week in 15% van de instellingen.

De coördinator heeft een breed takenpakket, variërend van het onderhouden van de interne en externe contacten tot het geven van een telefonisch spreekuur (tabel 1).

Tabel 1.

Taken van de coördinator hartrevalidatie met tussen haakjes het percentage van de instellingen waar de coördinator de betreffende taak uitvoert.

De coördinator hartrevalidatie:

- onderhoudt de interne en externe contacten (96%)
- maakt plannings (83%)
- organiseert en bewaakt de patiëntenzorg (76%)
- ontwikkelt en voert het revalidatiebeleid uit (76%)
- verricht administratieve werkzaamheden (73%)
- heeft een sturende rol in de indicatiestelling (64%)
- heeft een consultfunctie voor het hartrevalidatieteam (61%)
- coördineert het MDO (61%)
- woont alle groepsprogramma's bij (49%)
- geeft telefonisch nazorg (47%)

Tabel 2.

Onderdelen groepsprogramma fysiotherapie met tussen haakjes het percentage van de instellingen dat het betreffende onderdeel aanbiedt.

- Training op de ergometer (95%)
- Sport en spel (90%)
- Warming-up en cooling-down (87%)
- Oefenen van basisvaardigheden (62%)
- Lichamelijke activiteiten gericht op het uitvoeren van de persoonlijke verzorging (49%)
- Fitness (47%)
- Veldtraining (loop- en circuittraining) (40%)
- Krachttraining (37%)
- Zwemmen/bewegen in het water (16%)
- Aerobics (7%)

Tabel 4.

Thema's in het groepsprogramma voor psychosociale begeleiding met tussen haakjes het percentage van de instellingen met een groepsprogramma voor psychosociale begeleiding dat het betreffende onderwerp aanbiedt.

- Stress (90%)
- Angst (72%)
- Somberheid/depressie (69%)
- Psychosociale problemen (69%)
- Communicatie met de partner (66%)
- Stoppen met roken (62%)
- Werkhervatting (55%)
- Ontwikkeling van een actievere leefstijl (52%)
- Gezondere voeding (48%)
- Seksualiteit (38%)

Programma's

Fysiotherapie

Van de patiënten die hartrevalidatie krijgen, doorloopt 98% een groepsprogramma voor fysiotherapie. Bijna alle centra bieden een groepsprogramma aan. De groepsprogramma's voor fysiotherapie – in de Richtlijn Hartrevalidatie 2004 bewegingsprogramma's genoemd – omvatten zowel fysieke training als sport- en spelactiviteiten. In 70% van de instellingen is het groepsprogramma een vast programma waarbinnen individuele begeleiding mogelijk is. Van de instellingen hanteert 30% verschillende programma's waarin patiënten worden ingedeeld naar belastbaarheid, hulpvraag, conditie, diagnose, leeftijd, beginners/ gevorderd of kort-/langdurend programma. Training op de ergometer (fiets en/of lopende band) en sport en spel zijn de meest aangeboden onderdelen in een groepsprogramma voor fysiotherapie (tabel 2).

Ontspanning

Van de instellingen biedt 89% ontspanningsinstructie aan, meestal als onderdeel van een groepsprogramma voor fysiotherapie (61%) of als een aparte cursus (28%), en soms als individuele ontspanningsinstructie (9%). In deze instellingen krijgt 68% van de patiënten ontspanningsinstructie.

Voorlichting

Een groepsprogramma voor voorlichting, ook wel informatieprogramma genoemd, biedt de hartpatiënt inzicht in de aard van zijn ziekte, de risicofactoren en de psychosociale gevolgen

Tabel 3.

Onderwerpen in het groepsprogramma voor voorlichting met tussen haakjes het percentage van de instellingen met een groepsprogramma voor voorlichting dat het betreffende onderwerp aanbiedt.

- Medische informatie en risicofactoren (99%)
- Gezonde eet- en drinkgewoonten (99%)
- Psychosociale problemen rond hartziekten (94%)
- Medische en maatschappelijk gevolgen van hartziekten (92%)
- Actieve leefstijl na het hartinfarct (78%)
- Werkhervatting (66%)

die de ziekte met zich mee kan brengen. Een voorbeeld van een informatieprogramma wordt gegeven in de handleiding INFO-module.⁴ Voorlichting in een groepsprogramma wordt gegeven in 79% van de instellingen. Het voorlichtingsprogramma wordt in deze instellingen gevolgd door 79% van de patiënten. De voorlichting wordt vooral gegeven door: diëtist (in 92% van de instellingen), maatschappelijk werker (78%), psycholoog (70%), cardioloog (65%) en verpleegkundigen (25%). Per bijeenkomst zijn er gemiddeld 15 patiënten. Het gemiddelde aantal bijeenkomsten per programma is drie. Zie voor de belangrijkste onderwerpen tabel 3.

Psychosociale begeleiding

Groepsprogramma's voor psychosociale begeleiding – ook wel leefstijlprogramma's genoemd – richten zich op het herstel van het emotionele evenwicht en het veranderen van ongezonde leefgewoonten. Een voorbeeld van een leefstijlprogramma is te vinden in de handleiding PEP-module.⁵ In 2003 bood 30% van de instellingen de patiënten een groepsprogramma voor psychosociale begeleiding aan en 20% was bezig met het opzetten van een groepsprogramma hiervoor. Het groepsprogramma voor psychosociale begeleiding wordt in deze instellingen gevolgd door 22% van de patiënten. Per bijeenkomst zijn er in de groepsprogramma's voor psychosociale begeleiding gemiddeld zeven patiënten. Het gemiddelde aantal bijeenkomsten per programma is vijf, met een minimum van drie en een maximum van tien. De belangrijkste thema's staan in tabel 4. Voor het stoppen met roken worden ook aparte cursussen gegeven.

Samenvoegen programma's

In 9% van de instellingen zijn de programma's voor voorlichting en psychosociale begeleiding samengevoegd tot één gecombineerd programma.

De afronding

Van de instellingen heeft 7% geen enkele vorm van evaluatie na afloop van het revalidatieprogramma. Ruim de helft (57%) evalueert alleen met de patiënt, meestal in de vorm van een enquête, 5% evalueert binnen het MDO en 31% evalueert zowel met de patiënt als binnen het MDO.

Overdracht naar de huisarts gebeurt in 58% van de instellingen, 42% van de instellingen heeft geen overdracht naar de huisarts. Bijna alle instellingen verwijzen patiënten naar voorzieningen buiten de instelling zoals Hart in Beweging en sportclubs.

Telefonische nazorg bestaat uit het bellen van de patiënt enkele weken na het afronden van het revalidatieprogramma. Deze vorm van zorg vindt plaats in 14% van de instellingen. 11% van de instellingen biedt alleen telefonische nazorg aan patiënten die extra aandacht nodig hebben. Nazorg in de vorm van terugkomdagen wordt gegeven in 12% van de instellingen. De instellingen die geen nazorg aanbieden, zeiden dat de patiënt zo nodig altijd contact kan opnemen met het revalidatieteam. In de praktijk wordt hiervan echter nauwelijks gebruikgemaakt.

Gebruik van richtlijnen

De in 2003 vigerende Richtlijnen Hartrevalidatie 1995/1996 zijn bekend bij alle instellingen.⁶ Van de instellingen kent 86% ze goed en 14% gedeeltelijk. De richtlijnen worden zo goed als mogelijk opgevolgd door 68% van de instellingen, gedeeltelijk door 27% en niet door 5%. Belemmeringen voor het gebruik waren vooral gebrek aan faciliteiten. Ook het ontbreken van prioriteit/motivatie/medewerking van de cardioloog wordt vaak genoemd (tabel 5).

In de loop der jaren zijn materialen ontwikkeld en activiteiten ondernomen om de implementatie van de richtlijnen te bevorderen. De bekendheid met de hiervoor ontwikkelde producten is hoog en varieert van 98% voor de *Nieuwsbrief Hartrevalidatie* tot 71% voor het starterspakket van de Nederlandse Vereniging van Hart- en Vaatverpleegkundigen. Het gebruik varieert van 93% van de instellingen die zeggen de *Nieuwsbrief Hartrevalidatie* te gebruiken, tot 33% van de instellingen die de cursus voor het groeps-

Tabel 5.
Redenen om richtlijnen niet te gebruiken.

Gebrek aan faciliteiten:

- ruimte/accommodatie
- tijd
- personeel
- financiering

Organisatorische beperkingen:

- management stimuleert de ontwikkeling van hartrevalidatie niet
- administratie
- geen coördinator voor hartrevalidatie

Inhoudelijke bezwaren:

- beslisboom/screening te omslachtig en moeilijk, niet haalbaar in de praktijk
- richtlijnen zijn verouderd

Gebrek aan medewerking van disciplines:

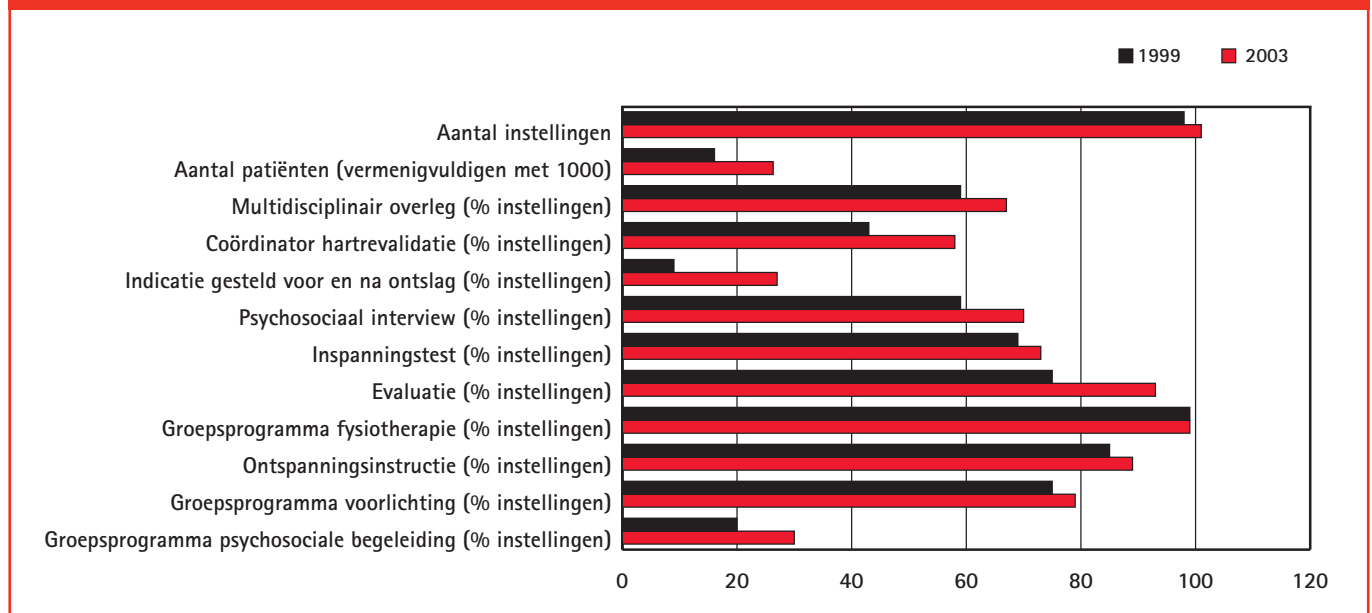
- prioriteit/motivatie/medewerking cardioloog ontbreekt
- disciplines zijn niet beschikbaar, willen niet meewerken of hebben geen tijd voor overleg

programma voor psychosociale begeleiding hebben gevolgd. Van de instellingen die gebruikmaken van de producten, zegt ruim tweederde dat ze bijdragen aan het verbeteren van de praktijk.

Vergelijking tussen 1999 en 2003

Het aantal instellingen dat hartrevalidatie aanbiedt, is tussen 1999 en 2003 nauwelijks gestegen (van 98 naar 101). Het aantal revalidanten is wel fors toegenomen (van 17.000 in 1998 tot 26.000 in 2002). De instellingen hebben hun aanbod verbeterd (figuur 1). In vergelijking met 1999 is er in 2003 vaker multidisciplinair

Figuur 1.
Het aanbod voor hartrevalidatie in 1999 en 2003.



overleg gepleegd en hebben steeds meer instellingen een coördinator voor hartrevalidatie. Het stellen van de indicatie gebeurt zorgvuldiger. Ook het aantal instellingen dat na afloop van de revalidatie een evaluatie uitvoert, neemt toe. Het aanbod is breder geworden. Het aantal instellingen met ontspanningsinstructie breidt zich langzaam uit, evenals het aantal instellingen met een groepsprogramma voor voorlichting. Het aantal instellingen met een groepsprogramma voor psychosociale begeleiding is met bijna 50% toegenomen

Conclusie

Ruim 26.000 patiënten kregen in 2002 hartrevalidatie. In vergelijking met 1999 is het aantal gerevalideerden fors gestegen. Het aantal instellingen dat revalidatie aanbiedt, stijgt nauwelijks.

- De meeste instellingen declareren volgens de in 2002 ingevoerde tarieven voor hartrevalidatie. Eenderde van de instellingen heeft anno 2003 een wachtlijst.
- Het stellen van de indicatie gebeurt zorgvuldiger. De indicatie wordt vaker voor en na het ontslag gesteld. Het aantal instellingen dat bij het stellen van de indicatie een psychosociaal interview afneemt en/of een inspanningstest doet, is gestegen. De variatie in disciplines die betrokken zijn bij het stellen van de indicatie voor hartrevalidatie, is groot.
- In steeds meer instellingen wordt multidisciplinair overlegd. Er wordt ook meer gecoördineerd: het aantal instellingen met een coördinator voor de hartrevalidatie stijgt.
- Het aanbod van hartrevalidatie is verbreed. Vooral het aanbod aan psychosociale begeleiding stijgt.
- De afronding van de hartrevalidatie kan beter. De instellingen evalueren wel bijna altijd de revalidatie, maar bijna de helft van de instellingen heeft geen overdracht naar de huisarts en meer dan de helft biedt geen enkele vorm van (telefonische) nazorg.
- De richtlijnen zijn bekend bij alle instellingen, maar er zijn belemmeringen voor het opvolgen van de adviezen.

Beschouwing

Kracht van het onderzoek

Bij het afnemen van interviews loopt men het risico dat men antwoorden krijgt die sociaal wenselijk zijn, maar niet helemaal overeenkomen met de werkelijkheid. In het onderzoek is getracht om dit probleem te ondervangen door veel door te vragen op situaties. Ook bestaat de kans dat de contactpersoon alleen over zijn eigen specialisatie kan spreken. Om dit te voorkomen zijn de vragenlijsten voor het interview naar de contactpersonen toegestuurd. Zij kregen daardoor de gelegenheid om vooraf met andere disciplines te overleggen voor het beantwoorden van de vragen. Daar staat tegenover dat de respons in dit onderzoek 100% was en heel Nederland bestrijkt.

Patiënten met hartfalen

Een patiënt komt in aanmerking voor hartrevalidatie wanneer hij of zij niet optimaal functioneert; dat wil zeggen, minder doet dan in zijn vermogen ligt. De oorzaak daarvan is een verminder-

de lichamelijke conditie en/of een verstoring van het psychisch of sociaal evenwicht. Een patiënt komt ook in aanmerking voor hartrevalidatie bij risicodrag. Het bestrijden van risicofactoren is in de Richtlijn Hartrevalidatie 2004 een belangrijk onderdeel van de revalidatie. In de praktijk zijn het vooral patiënten met een hartinfarct, een CABG of PCI die hartrevalidatie krijgen. De Richtlijn Hartrevalidatie 2004 is uitgebreid met adviezen voor de revalidatie van nieuwe groepen hartpatiënten waarbij ook sprake is van een discrepantie tussen het huidige functioneren en de mogelijkheden. Daarvan is de groep van patiënten met hartfalen de meest omvangrijke. De stijging van het aantal patiënten dat revalidatie krijgt, zal zich in de komende jaren moeten voortzetten. Dit om conform de richtlijnen aan alle patiënten die ervoor in aanmerking komen, ook daadwerkelijk de hartrevalidatie te kunnen bieden. Vooral patiënten met hartfalen moeten meer kunnen profiteren van hartrevalidatie.

Indicatie

Voor iedere patiënt moet worden vastgesteld of revalidatie geïndiceerd is en zo ja, wat men met de revalidatie wil bereiken. Uit het onderzoek blijkt dat bij het stellen van de indicatie de variatie in betrokken disciplines en gebruikte methoden groot is. De revalidatiecommissie is van mening dat de cardioloog een cruciale rol speelt in de verwijzing en de eindverantwoordelijkheid draagt voor het stellen van de indicatie. Voor deelname aan een bewegingsprogramma beveelt de commissie aan om een maximale inspanningstest af te nemen voor het bepalen van de risico's van de fysieke training en voor het opstellen van een trainingsadvies. Bijna alle revalidanten nemen deel aan een bewegingsprogramma, terwijl slechts in 38% van de instellingen een maximale inspanningstest wordt gebruikt voor het stellen van de indicatie.

Zorg voor continuïteit

Voor het behouden van de nuttige effecten van de hartrevalidatie moeten hartpatiënten levenslang regelmatig lichamelijk actief zijn. De veranderingen in de leefstijl en het gebruik van medicijnen zijn maatregelen die levenslang moeten worden toegepast. Continuïteit in de zorg na revalidatie draagt ertoe bij dat de patiënt niet terugvalt in zijn oude gewoonten. Om dit te bereiken is het belangrijk om te zorgen voor een goede overdracht naar de huisarts. Het ontbreken van een overdracht naar de huisarts in bijna de helft van de instellingen is een punt voor verbetering. Slechts een klein gedeelte van de instellingen geeft nazorg door telefonisch contact op te nemen met de patiënt of in de vorm van terugkomdagen.

Revalidatie 'op maat'

Hartrevalidatie moet voor de patiënt zo dicht mogelijk bij huis toegankelijk zijn. Om de hartrevalidatie zoveel mogelijk te kunnen aanpassen aan de wensen en mogelijkheden van de patiënt, dient het aanbod te bestaan uit multidisciplinaire programma's. Hartrevalidatie is doorgedrongen tot in alle regio's van ons land. Het groepsprogramma voor psychosociale begeleiding is echter, ondanks een flinke stijging in het aanbod, in vijf regio's niet voorhanden.

In de instellingen vormen de bewegingsprogramma's, met nadruk op het verbeteren van de lichamelijke conditie, nog steeds de kern van de revalidatieprogramma's. Alle instellingen bieden deze programma's aan. Binnen de bewegingsprogramma's is de ruimte voor het geven van revalidatie 'op maat' groot. Het aantal instellingen dat ontspanningstherapie en voorlichting in het programma aanbiedt, is licht gestegen. Deze programma's vormen echter nog steeds niet in iedere instelling een onderdeel van de revalidatie. Het aantal instellingen met psychosociale begeleiding stijgt weliswaar flink, maar blijft achter.

Hartrevalidatie hoort tot de standaardzorg voor patiënten met een hartziekte. Grote groepen patiënten kunnen ervan profiteren. Hartrevalidatie is bereikbaar voor hartpatiënten in alle regio's van Nederland. Deze broodnodige zorg zal de komende jaren ook voor nieuwe groepen hartpatiënten beschikbaar moeten zijn. De revalidatiecommissie van de NHS en de NVVC heeft tot nu toe het voortouw genomen in de ontwikkelingen rond hartrevalidatie. Vanaf 2004 wordt haar taak overgenomen door een

nieuwe commissie onder de paraplu van de NVVC. De NHS zal in de toekomst de ontwikkelingen in de hartrevalidatie nauwlettend blijven volgen, in nauw contact met de betrokken beroepsgroepen en patiënten. ■

Literatuur

- 1 Revalidatiecommissie NHS-NVVC, Richtlijn Hartrevalidatie 2004. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2004.
- 2 Strijbis AM. Het aanbod van hartrevalidatie in Nederland anno 1999. Nieuwsbrief Hartrevalidatie, maart 2000:5-7.
- 3 Koek HL, Leest LATM van, Verschuren WMM, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2004, cijfers over leefstijl en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2004.
- 4 Nederlandse Hartstichting. Hartrevalidatie: INFO-module, handleiding voor professionals. www.hartstichting.nl.
- 5 Nederlandse Hartstichting. Hartrevalidatie: PEP-module, handleiding voor professionals. www.hartstichting.nl.
- 6 Nederlandse Hartstichting, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Richtlijnen Hartrevalidatie, deel I en deel II, 1995/1996.

2 bijsluiters