

## Doelen in het hartrevalidatieprogramma

Deze bijlage beschrijft welke doelen er gesteld kunnen worden in het hartrevalidatieprogramma. Het hartrevalidatieprogramma is altijd toegesneden op het individu en zijn ziektebeeld. Het is erop gericht om de onderliggende oorzaak van de ziekte gunstig te beïnvloeden, de patiënt in een zo vroeg mogelijk stadium in de best mogelijke fysieke, psychische en sociale conditie te brengen en/of te houden om daarmee een zo optimaal mogelijk functioneren en participeren te garanderen. Om revalidatie 'op maat' te kunnen bieden, moet samen met de patiënt worden vastgesteld welke doelen men wil bereiken en welke interventies in welke vorm gevolgd worden (zie Tabel). Afhankelijk van de doelen wordt in overleg met de patiënt een programma op maat samengesteld (zie Tabel). Deze doelen zijn onderverdeeld in fysieke doelen, psychische doelen, sociale doelen en doelen met betrekking tot het beïnvloeden van risicogedrag en werkhervatting. Voor screening op deze doelen wordt naar de desbetreffende modules verwezen.

**Tabel Typen doelen voor hartrevalidatie: fysieke, psychische, en sociale doelen en doelen met betrekking tot risicogedrag en werkhervatting**

Type	Doelen
Fysiek	1. Leren kennen van eigen fysieke grenzen De patiënt leren wat zijn fysieke belastbaarheid is door hem te confronteren met zijn objectieve grenzen, zodat hij hiermee in het dagelijkse leven kan omgaan.
	2. Leren omgaan met fysieke beperkingen De patiënt confronteren met zijn fysieke beperkingen en hem leren hiermee om te gaan in verschillende bewegingssituaties en bij diverse vormen van belasting. De acceptatie van de beperkingen door de patiënt is hierbij een voorwaarde.
	3. Optimaliseren van inspanningsvermogen Het verbeteren van de belastbaarheid van de patiënt, om ervoor te zorgen dat hij weer kan functioneren op het gewenste of haalbare niveau in ADL, werk, sport en/of hobby.
	4. Overwinnen van angst voor inspanning Na een cardiaal incident is de eigen inschatting van het inspanningsvermogen vaak geringer dan de objectief gemeten conditie. De patiënt is bang het risico op hartklachten te vergroten door inspanning, en legt zichzelf hierdoor onnodige beperkingen op (bijvoorbeeld door af te zien van seksuele activiteit). Deze beperkingen kunnen het bereiken van de hartrevalidatiedoelen bemoeilijken. Door behandeling van de onderliggende klachten kunnen deze beperkingen weggenomen worden.
Psychisch	5. Overwinnen van angst voor inspanning Zie fysieke doelen. Het overwinnen van de angst voor inspanning is zowel een fysiek als een psychisch doel.
	6. Herwinnen van emotioneel evenwicht Na een cardiaal incident is het emotionele evenwicht vaak (enigszins) verstoord. Dit kan gepaard gaan met lichte stressklachten (slechter slapen, moeheid, enige emotionele labiliteit). De meeste patiënten hebben steun nodig bij het hervinden van het emotionele evenwicht. Zij kunnen ook ernstigere klachten uiten zoals slaapstoornissen, continue moeheid, hostiliteit, emotionele labiliteit, libidoverlies, eetstoornissen en concentratieproblemen. Dit kunnen depressieve symptomen en/of angstsymptomen zijn en mogelijk aanwijzingen zijn voor een depressieve stoornis en/of angststoornis. Zonder behandeling kunnen deze symptomen blijven bestaan of verergeren. Effectieve behandeling geeft bovendien verbetering van de cardiale morbiditeit en mortaliteit en kwaliteit van leven. Tevens is een goed emotioneel evenwicht een randvoorwaarde om alle hartrevalidatiedoelen te bereiken.
	7. Op een functionele manier omgaan met hartziekte Bij het op een functionele manier leren omgaan met een hartaandoening leert de patiënt om rekening te houden met de ziekte zonder zichzelf onnodig te beperken. Ontkenning van de hartziekte en onderschatting van de gevolgen kan herstel van het

	<p>emotionele evenwicht in de weg staan. Bovendien verslechtert dit de therapietrouw aan fysieke, sociale en leefstijldoelen met een slechtere cardiovasculaire prognose tot gevolg. Ook kunnen overbezorgdheid en overschatting van de gevolgen van de hartziekte leiden tot onnodige beperkingen in functioneren en sociale participatie, met als gevolg een lagere kwaliteit van leven.</p>
Sociaal	<p>8. Herwinnen van emotioneel evenwicht binnen relatie, gezin en/of sociale omgeving en werk Sociale steun van partner, gezin en sociale omgeving van de patiënt dragen in belangrijke mate bij aan herstel en een gunstigere cardiovasculaire prognose. De relatie met de omgeving verandert echter onder invloed van het cardiale incident, met mogelijk negatieve consequenties. De partner van een hartpatiënt of mensen in zijn/haar sociale omgeving kunnen betuttelen, overbezorgd of vermanend gaan optreden, of juist teveel van de patiënt verwachten. Dit kan de patiënt onnodig beperken of onnodig belasten. Vaak moet daarom een nieuw evenwicht gevonden worden. Het is dus belangrijk dat aandacht besteed wordt aan het behouden en/of verbeteren van de sociale steun.</p>
	<p>9. Optimale hervatting van de rol binnen relatie, gezin, sociale omgeving en/of werk Problemen bij het vervullen van sociale rollen zijn vaak secundair aan lichamelijke beperkingen en/of psychische problemen. Niettemin leidt hervatting van rollen tot een verhoging van de kwaliteit van leven. Bovendien verwacht de sociale omgeving dat de patiënt zijn rollen weer hervat, en is dit in het geval van werkhervatting zelfs wettelijk verplicht.</p>
	<p>10. Optimale hervatting van vrijetijdsbesteding Hobby's en sportactiviteiten zijn meestal belangrijke vormen van vrijetijdsbesteding. Het gevoel van zelfcontrole kan voor de patiënt vergroot worden door in een vroeg stadium te bespreken wat weer opgepakt kan worden. Dit doel draagt ook bij aan het onderhouden van een lichamelijk actieve leefstijl (zie ook doel 13).</p>
	<p>11. Herwinnen van emotioneel evenwicht door de mantelzorg en voorkomen van negatieve effecten op de gezondheid van de patiënt Het meemaken van een cardiaal incident en de gevolgen daarvan voor de hartpatiënt kan ook negatieve gevolgen hebben voor de (mentale) gezondheid en kwaliteit van leven van de partner of andere direct betrokkenen (verder aangeduid als 'mantelzorg'). Voor deze mantelzorgers kunnen derhalve dezelfde psychische doelen geformuleerd worden: herwinnen van het eigen emotioneel evenwicht, op een functionele manier omgaan met de hartziekte van de partner/gezinslid en overwinnen van de angst voor inspanning van de patiënt. Ook het verlenen van sociale steun kan belastend zijn voor de mantelzorg, waardoor hij soms minder goed in staat is om de patiënt te ondersteunen bij de hartrevalidatie. Om voor de hartpatiënt optimale sociale steun te verzekeren, is het belangrijk om de negatieve gevolgen van het incident op de directe omgeving te voorkomen of te verminderen en de mantelzorg positief te ondersteunen.</p>
Risicogedrag	<p>12. Bekendheid met de aard van de ziekte en de risicofactoren Risicoreductie begint met het in kaart brengen van de risicofactoren van de individuele patiënt en de inschatting van zijn risico op grond daarvan. Vervolgens kan met de patiënt samen bepaald worden welke acties haalbaar zijn om het risico – desgewenst in stappen – te verminderen en welke ondersteuning daarbij nodig is.</p>
	<p>13. Stoppen met roken Alle betrokken disciplines moeten de patiënt aanmoedigen om het roken te staken. De arts is ervoor verantwoordelijk dat met de patiënt een plan van aanpak wordt besproken. Interventies door gezondheidszorgprofessionals verhogen de kans op succesvol stoppen. Intensieve gedragsinterventies die al in de ziekenhuisfase beginnen, hebben een gunstig effect op het stoppen-met-roken resultaat. Ondersteuning van belangrijke anderen (sociale steun) bij het stopproces draagt eveneens bij aan een groter succes van de stoppoging. Het bespreekbaar maken van rookgedrag en het aanbieden van ondersteuning bij stoppen met roken levert een belangrijke bijdrage in de hartrevalidatie.</p>

	<p>14. Ontwikkelen en onderhouden van een lichamelijk actieve leefstijl  Alle patiënten moeten worden aangemoedigd om op een veilige manier hun lichamelijke activiteit te verhogen. Een lichamelijk actieve leefstijl helpt bij het verminderen van lichaamsgewicht, verhoogt het HDL-cholesterolgehalte, verlaagt het triglyceridegehalte, verhoogt de gevoeligheid voor insuline bij patiënten met diabetes en helpt bij het normaliseren van de stollingsfactoren in het bloed.</p>
	<p>15. Ontwikkelen van een gezond voedingspatroon  De relatie tussen voeding (inclusief alcoholgebruik) en het risico op (nieuwe) hart- en vaatziekten moet benadrukt worden door de behandelende artsen. Een screeningsconsult bij een diëtist kan helpen om het eigen voedingsgedrag te evalueren en algemene informatie over voeding bij hart- en vaatziekten te vertalen in persoonlijke voedingsdoelen. Het veranderen van voedingsgedrag is doorgaans complexer dan het besluit om meer te gaan bewegen of te stoppen met roken. Huisgenoten en familieleden spelen een belangrijke ondersteunende rol bij het veranderen van voedingsgedrag – denk aan het inkopen en bereiden van voedsel – en dienen zeker bij de behandeling betrokken te worden.</p>
	<p>16. Ontwikkelen van therapietrouw aan medicatie  Risicoreductie kan betekenen dat de patiënt medicijnen krijgt voorgeschreven. Therapietrouw wordt bevorderd door uitleg over het te verwachten effect van de medicatie en door een duidelijke instructie voor het gebruik ervan. Het is ook belangrijk het effect van de medicatie op bijvoorbeeld de bloeddruk of het serumcholesterolgehalte regelmatig met de patiënt te evalueren en eventueel doseringen bij te stellen. Vooral bij oudere mensen is het zinvol tijd te reserveren voor het bespreken van het dagschema voor de inname van de medicatie.</p>
Werkhervatting	Doelen worden samen met de bedrijfsarts opgesteld.