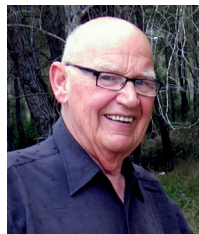




Chronisch ZorgNet
bewegen & leefstijl

Van ClaudicationNet naar Chronisch ZorgNet

Lopen over nieuwe paden





Teksten

De communicatiepoli

Mariet Buddingh' en Ingeborg Möller

Fotografie

Daphne Poulisse

Ontwerp en vormgeving

Ciciel Veltmans

Inhoud

Voorwoord

Paul Blokhuis - staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - 5

Het idee

Joep Teijink - vaatchirurg Catharina Ziekenhuis en initiatiefnemer ClaudicatioNet/Chronisch ZorgNet - 8

Hugo Fokkenrood - oud-promovendus - 11

Sandra Jansen - promovendus - 13

Yvonne Spierings-Peeters en Steffie Spruijt - landelijke coördinatoren Chronisch ZorgNet - 18

De patiënten

Henk Giesen - vaatpatiënt - 24

Annemarie Auwerda - beleidsadviseur Harteraad - 28

Michael Rutgers - directeur Longfonds - 30

Marijke van Oosterzee - hartpatiënt - 32

De fysiotherapeuten

Aleida Schreuder - leefstijlcoach en fysiotherapeut - 36

Jenny Zwigelaar - fysiotherapeut - 38

Rosa Holtslag - fysiotherapeut - 42

Stijn van Merendonk - expert en trainer motiverende gespreksvoering - 44

Thomas Hoogeboom - onderzoeker Radboudumc - 48

Philip van der Wees - hoogleraar paramedische wetenschappen Radboudumc - 50

De verwijzers

Patrick Vriens - vaatchirurg Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis - 54

Hareld Kemps - cardioloog Máxima Medisch Centrum - 56

Max Rubens - kaderhuisarts hart- en vaatziekten en bestuurslid HartVaatHAG - 60

Wanda de Kanter - longarts Antoni van Leeuwenhoek en anti-tabaksstrijder - 62

De financiers

Tessa van der Valk - directeur Innovatiefonds Zorgverzekeraars - 66

Joep de Groot - bestuursvoorzitter zorgverzekeraar CZ - 68



Paul Blokhuis - staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

‘Een omslag die we zorgbreed moeten gaan maken’

Claudicationet heeft voor een omslag gezorgd in denken en doen. Mensen met etalagebenen niet opereren, maar looptherapie en leefstijlbegeleiding aanbieden. Letterlijk en figuurlijk stepped care. Beginnen bij de mens in plaats van de aandoening: dat is een omslag die we, wat mij betreft, de komende tijd zorgbreed maken. Waar het kan lichtere vormen van zorg kiezen, maar vooral inzetten op leefstijlverandering en preventie. Dat scheelt mensen een operatie, behandeling of medicijnen. Daarmee voorkomen we onnodige risico's én kosten. En met een gezondere leefstijl hebben mensen niet alleen minder klachten, het geeft hen kwaliteit van leven en helpt om te kunnen (blijven) meedoen in de samenleving. Zo'n andere leefstijl aannemen is natuurlijk makkelijker gezegd dan gedaan. Met het Nationaal Preventieakkoord maken we het voor mensen makkelijker om gezonder te leven. We gaan de strijd aan met roken, we richten de pijlen op overgewicht en we willen problematisch alcoholgebruik tegengaan. Samen naar een gezonder Nederland,



dat is het doel van het Nationaal Preventieakkoord. Mooi om te zien dat de omslag in denken en doen verder wordt gebracht via Chronisch ZorgNet. Dat er ook voor andere chronische aandoeningen, zoals COPD en eerstelijns hartrevalidatie, wordt ingezet op leefstijlbegeleiding en bewegetherapie. In dit boekje vertellen patiënten, fysiotherapeuten, verwijzers en zorgverzekeraars over hun ervaring met en visie op leefstijlbegeleiding en preventie voor mensen met chronische niet-overdraagbare aandoeningen. Ervaringen die ons zeker helpen om van gezondheid en preventie het uitgangspunt te maken.

Het idee...



‘Deze zorg hoort maar heel beperkt thuis bij medisch specialisten’

‘Ruim tien jaar geleden was het een idee, nu hebben we het bewijs. Toen was dotteren de standaardbehandeling bij patiënten met perifeer arterieel vaatlijden (claudicatio intermittens of etalagebenen), nu krijgt bijna 90% van de patiënten gesuperviseerde looptherapie met leefstijlbegeleiding van een gespecialiseerde fysiotherapeut. Zij krijgen nu betere zorg dan tien jaar geleden, en die zorg kost ook nog eens veel minder. Daar ben ik trots op.

Wij vaatchirurgen brachten bypasses aan bij patiënten met etalagebenen en later dotterden we ze. Uit de literatuur wisten we dat mensen gebaat zouden zijn bij looptherapie. En de praktijk wees dat ook wel uit. Sommige patiënten die ik voor fysiotherapie verwees kwamen terug met heel goede resultaten: hun pijn verdween langzamerhand. Opereren was niet meer nodig. Andere patiënten kregen alleen het advies om te gaan lopen, zonder begeleiding, maar bij hen gebeurde er weinig.



Klein praktisch eerste onderzoekje

We besloten een klein, praktisch onderzoekje op te zetten. Met een groep enthousiaste fysiotherapeuten in Limburg sprak ik af patiënten naar hen te verwijzen. De voorwaarde was dat zij op een afgesproken manier looptherapie aanboden, wetenschappelijke gegevens verzamelden en aandacht besteedden aan leefstijl. Eén groep patiënten kreeg looptherapie en begeleiding van zo'n therapeut. Een andere groep kreeg het advies meer te gaan lopen, zonder begeleiding. Wat bleek? De mensen die onder begeleiding liepen, verdrievoudigden hun loopafstand en hun klachten namen af. Hierdoor kregen we in 2003 een subsidie voor verder onderzoek. Ruim zes jaar later startte ClaudicatioNet officieel.

Waar ik het meest tevreden over ben? Ik ben niet zo'n terugkijker, meer iemand van "hup, vooruit". Maar om de vraag dan toch maar te beantwoorden: ik vind het mooi dat de looptherapie inmiddels de voorkeursbehandeling is en wordt vergoed vanuit het basispakket. Het gekke is, in alle landen op de wereld staat een aanpak als de onze in de richtlijn, maar Nederland is het enige land waar die richtlijn ook breed wordt opgevolgd.

Ik hoop dat we de verschuiving die we voor claudicatio intermittens hebben bereikt ook binnen drie jaar zien in de zorg voor patiënten met andere chronische niet-overdraagbare aandoeningen zoals bij hartpatiënten en patiënten met COPD. Dat zij dezelfde hulp krijgen bij het veranderen van hun leefstijl. Het aantal mensen met een probleem dat met leefstijl te maken heeft, groeit. Huisartsen zijn enorm belangrijk voor het vroeg signaleren en hulp inzetten. Samen met de 2200 fysiotherapeuten van Chronisch ZorgNet kunnen zij een hoop ellende helpen voorkomen. De zorg voor deze mensen hoort maar heel beperkt thuis bij medisch specialisten.'

Promovendi onderbouwen de aanpak wetenschappelijk

Om zorg te vernieuwen en te verschuiven, heb je innovatief denken en doorzettingsvermogen nodig. En bewijs dat het werkt. Promovendi leverden dat bewijs de afgelopen twintig jaar met regelmaat. Wetenschappelijk onderzoek onderbouwt de aanpak van ClaudicationNet én toont de kosteneffectiviteit aan. De meest recente conclusie? Gesuperviseerde looptherapie is een volwaardige en effectieve behandeling voor perifere arterieel vaatlijden (PAV). Ook op de lange termijn.

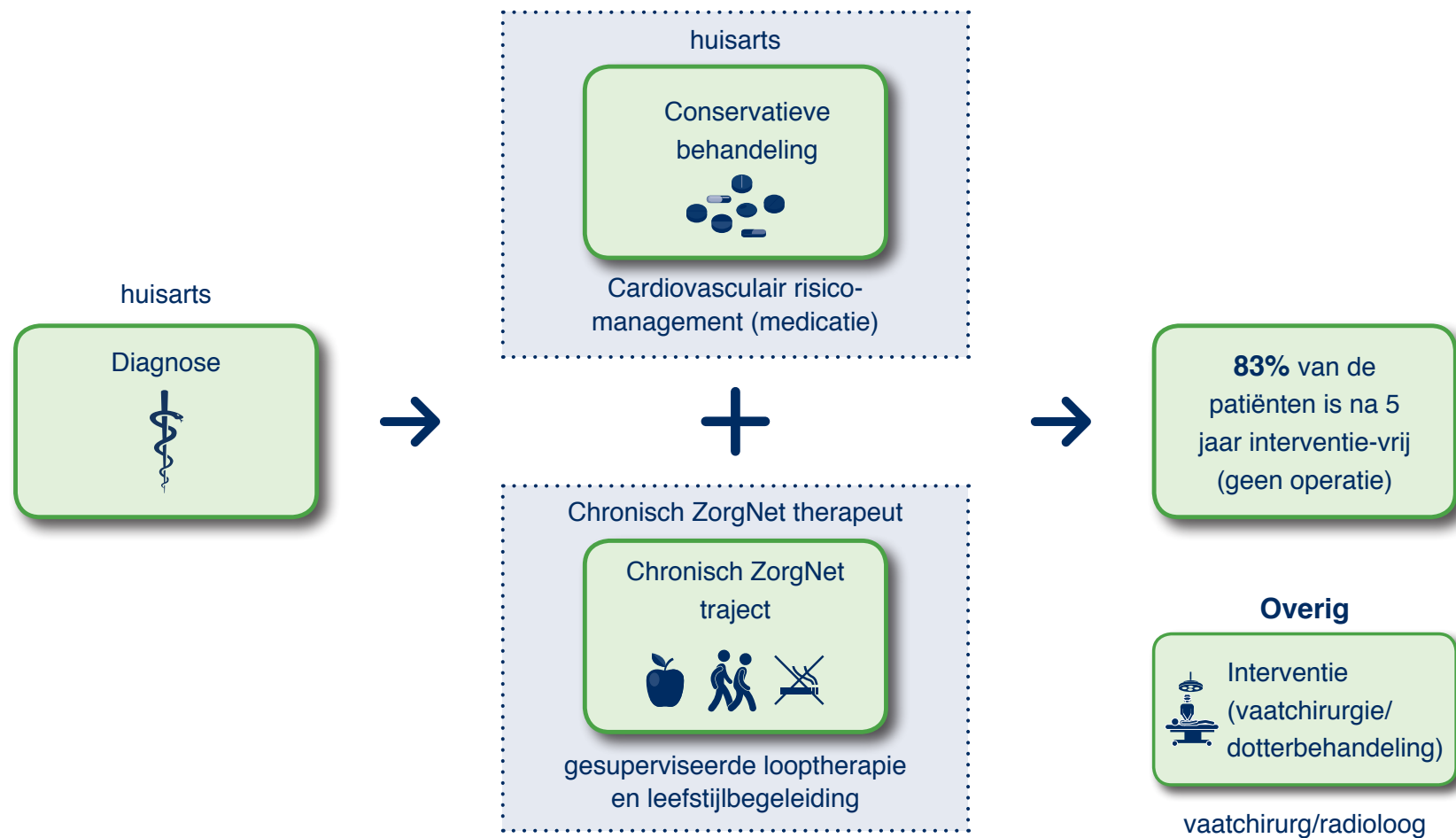
Hugo Fokkenrood - oud-promovendus



Promotieonderzoek naar kostenbesparing haalt NOS journaal

Zijn verdediging in 2015 haalde het landelijke nieuws en zorgde voor een aanpassing in beleid: gesuperviseerde looptherapie voor patiënten met etalagebenen kwam in de basisverzekering op grond van de cijfers van het onderzoek waar Hugo Fokkenrood op promoveerde. Hij ontwikkelde het stepped care-model: voor patiënten met etalagebenen een zorgpad, en houvast voor vaatchirurgen. Vervolgens onderzocht hij de kosten besparing die een landelijke implementatie van deze kwalitatieve en transparante zorg door goed opgeleide en gedifferentieerde fysiotherapeuten zou opleveren. Nu, ruim vier jaar later is hij chirurg in opleiding en kijkt hij nog steeds met enthousiasme terug op zijn promotietraject. 'Ik heb onderzocht wat de kosten zijn van gesuperviseerde looptherapie. Medio 2015 was dat rond de € 2.100,- per patiënt. Dat terwijl het risicovollere dotteren ongeveer € 9.850 euro kostte. Ik berekende dat als patiënten in eerste instantie met een veilige en effectieve behandeling zoals looptraining zouden worden behandeld, de winst

zo'n € 7.660 euro per patiënt zou zijn. Daarbij komt nog de winst van minder complicaties en een betere behandeling. Als 80% van de PAV-patiënten volgens het stepped care-model zou worden behandeld, kon een kostenbesparing van zo'n 33 miljoen euro per jaar worden gerealiseerd.' Die cijfers kwamen vlak voor zijn promotie onder de aandacht van journalisten. Dat leverde niet alleen een journaalitem op, maar ook aandacht van het ministerie van VWS en van verzekeraars. Trots: 'Niet iedere promovendus kan zeggen dat zijn of haar promotieonderzoek tot een aanpassing van het basiszorgpakket heeft geleid.'



Figuur: stepped care-model voor het behandelen van patiënten met perifeer arterieel vaatlijden

Sandra Jansen - promovendus



Welke persoonlijkheidskenmerken bepalen het succes van de aanpak?

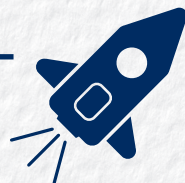
Sandra Jansen hoopt haar promotieonderzoek, dat ze samen met Zorginstituut Nederland deed, in het voorjaar van 2020 af te ronden. Zij keek onder andere naar persoonlijkheidskenmerken die voorspellend kunnen zijn voor het al dan niet slagen van gesuperviseerde looptherapie. Voor een ander deel van haar onderzoek kreeg ze toegang tot de zorgverzekeringsdata van alle Nederlandse PAV-patiënten.

Daarin zijn verschillende kostensoorten opgenomen die vallen binnen de zorgverzekeringswet, zoals ziekenhuiskosten en kosten voor huisartsenzorg en fysiotherapie. Jansen analyseerde de data van bijna 55.000 mensen die tussen 2013 en 2017 werden behandeld voor PAV. Wat ze aantrof was een verschuiving van operatief ingrijpen naar gesuperviseerde looptherapie van 63% van de PAV-patiënten in 2013 naar 87% in 2017. Ze vergeleek de groep die looptherapie kreeg, zoals de richtlijn voorschrijft, met een groep die toch direct behandeld is met een interventie, meestal dotteren.

Van de groep mensen die primair looptherapie kreeg, bleek 83% na 5 jaar nog steeds geen operatie nodig te hebben gehad. Van de groep mensen bij wie direct ingegrepen werd, had ruim een kwart binnen 5 jaar een tweede operatie nodig. Jansen, militair arts in opleiding, durft de conclusie van haar nog af te ronden proefschrift alvast te trekken: 'Gesuperviseerde looptherapie is een volwaardige en effectieve behandeling voor PAV, ook op de lange termijn. Deze behandeling voorkomt ook latere interventies. Dat is belangrijk en hoopgevend voor een aandoening waaraan één op de vijf patiënten overlijdt.'

2001

< 2% van de patiënten met perifeer arterieel vaatlijden krijgt primair gesuperviseerde looptherapie



START

2009

14% van de patiënten met perifeer arterieel vaatlijden krijgt primair gesuperviseerde looptherapie

2017

87% primair gesuperviseerde looptherapie
83% geen interventie tot 5 jaar na traject gesuperviseerde looptherapie

2014

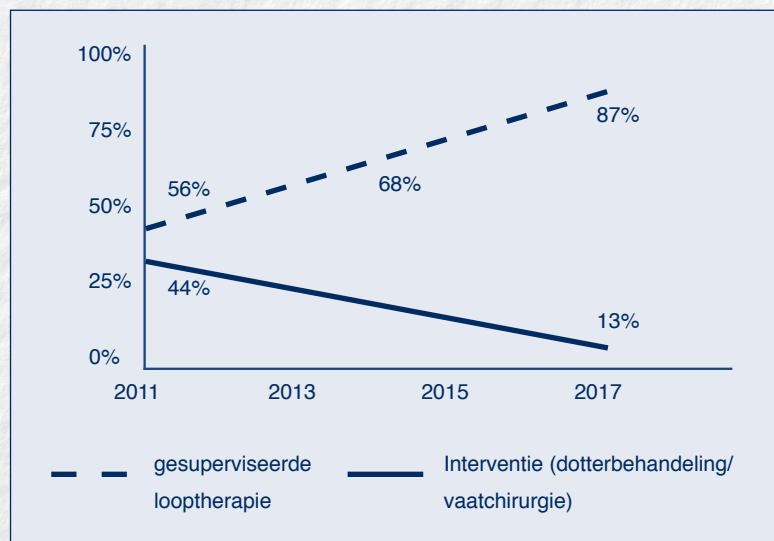
Implementatie richtlijnen perifeer arterieel vaatlijden door:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Geautoriseerd door:

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie

Vektis-data





2010

Oprichting ClaudicationNet

- Scholing van therapeuten
- Zichtbaarheid van therapeuten
- Implementatie van het stepped care-model



2013

63% van de patiënten met perifeer arterieel vaatlijden krijgt primair gesuperviseerde looptherapie

2011

56% van de patiënten met perifeer arterieel vaatlijden krijgt primair gesuperviseerde looptherapie

gesuperviseerde looptherapie

dotter/ vaatchirurgie

€ 3393

€ 11303

Gesuperviseerde looptherapie bespaart € 7910 per patiënt



2020

Chronisch ZorgNet

< 5% COPD-patiënten beweegtherapie
11,7% patiënten hartrevalidatie





Yvonne Spierings-Peeters en Steffie Spruijt - landelijke coördinatoren Chronisch ZorgNet

Zo werkt het!



Chronisch ZorgNet is hét landelijke netwerk van gespecialiseerde fysiotherapeuten die gesuperviseerde bewegetherapie en leefstijlbegeleiding aanbieden voor patiënten met niet-overdraagbare chronische aandoeningen, zoals etalagebenen, COPD of hartaandoeningen. Chronisch ZorgNet werd tien jaar geleden opgericht voor patiënten met ‘etalagebenen’, ofwel perifeer arterieel vaatlijden of claudicatio intermittens, door onder anderen vaatchirurg Joep Teijink. Het netwerk startte destijds onder de naam ClaudicatioNet. De landelijke coördinatie én de dagelijkse leiding is in handen van Yvonne Spierings-Peeters en Steffie Spruijt. Zij leggen samen uit hoe Chronisch ZorgNet werkt.

Met de ontwikkeling naar Chronisch ZorgNet zijn aangesloten fysiotherapeuten niet meer alleen gespecialiseerd in de behandeling van patiënten met perifeer arterieel vaatlijden, maar ook in de behandeling van patiënten met andere niet-overdraagbare chronische

aandoeningen, om te beginnen met hartpatiënten en patiënten met COPD. Elk van deze aandoeningen vraagt van de fysiotherapeuten specifieke ziektegerelateerde kennis, maar er is ook een enorme overlap in de behandeling van leefstijlgerelateerde risicofactoren, zoals fysieke inactiviteit, roken en ongezonde voeding. Voor al deze aandoeningen geldt namelijk dat leefstijlverandering een flinke gezondheidswinst op kan leveren. Deze overlap in de behandeling van niet-overdraagbare chronische aandoeningen maakt de ontwikkeling naar Chronisch ZorgNet een logische stap.

Bij de start van Chronisch ZorgNet zijn er ongeveer 2200 fysiotherapeuten aangesloten bij het landelijke netwerk. Zij zijn allemaal gespecialiseerd in de behandeling van patiënten met vaat-, hart, en/of longaandoeningen, en hebben daarnaast kennis van veelvoorkomende comorbiditeiten en leefstijlbegeleiding.

Netwerken in regio's en aansluiten bij het landelijk netwerk

De fysiotherapeuten werken samen in regionale netwerken. Iedere regio heeft een aantal kartrekkers. Zij slaan de brug tussen het landelijke en het regionale netwerk. Het netwerk breidt zich nu uit tot Chronisch ZorgNet. Er komen nieuwe netwerken en therapeuten bij die zijn gespecialiseerd in longaandoeningen of hartrevalidatie. 'Doordat de regionale netwerken hun krachten bundelen, worden we samen sterker. Met ClaudicatioNet hebben we al ervaren dat die gezamenlijkheid ons tot een gesprekspartner maakt die landelijk zaken voor elkaar krijgt', vertelt Spierings-Peeters.

Wat is er nodig voor deelname aan Chronisch ZorgNet?

Fysiotherapeuten kunnen aansluiten bij en deelnemen aan het netwerk als ze voldoen aan de scholingsvoorwaarden, zoals het succesvol afronden van een basiscursus perifeer arterieel vaatlijden, longaandoeningen of hartrevalidatie. Daarnaast volgen ze een driedaagse training motiverende gespreksvoering en bij voorkeur een training tot stoppen-met-roken-coach. Ook is het een voorwaarde dat ze een geschikte praktijkruimte hebben en een elektronisch patiënten dossier dat aan kan sluiten op het Kwaliteitssysteem.

Hoe werkt het in de fysiotherapiepraktijk?

Elke Chronisch ZorgNet therapeut beschikt over een individueel portfolio waarin zijn of haar voortgang, zoals de gevolgde scholing, wordt bijgehouden. Dit portfolio is ook publiekelijk inzichtelijk. Verwijzers kunnen de aangesloten fysiotherapeuten vinden via de Zorgzoeker en de Digitale Zorgverwijzer op de Chronisch ZorgNet website. Hierbij kan worden gezocht op de verschillende specialisaties van de therapeut, en kan het portfolio van de therapeut worden bekeken. De fysiotherapeut krijgt een melding bij verwijzing van een patiënt en neemt dan binnen 3 werkdagen contact op met de patiënt om een afspraak te maken. Zo hoeft de patiënt niet zelf het eerste contact te leggen. De therapeut koppelt vervolgens aan Chronisch ZorgNet terug of een behandeling ook daadwerkelijk start.

Afhankelijk van de aandoening van de patiënt start een traject bij de Chronisch ZorgNet therapeut met één of meerdere behandelingen per week. In de behandeling werken ze samen aan de hulpvraag van de patiënt, zoals het vergroten van de loopafstand of het verbeteren van de fysieke capaciteit en/of activiteit. Ook wordt gekeken naar bijkomende klachten en ziekten, en andere factoren die de patiënt mogelijk beperken in het bewegen en/of dagelijks leven. Daarnaast is er veel aandacht voor leefstijl. De therapeut begeleidt de patiënt naar een duurzame, gezonde leefstijl. Zo verbeteren niet alleen de klachten, maar ook de algehele gezondheid en het welzijn van de patiënt. Gedurende een Chronisch ZorgNet traject stuurt de therapeut de patiënt altijd aan op zelfmanagement, met als doel de patiënt zoveel mogelijk op eigen kracht verder te laten gaan op de ingeslagen weg. De Chronisch ZorgNet therapeut koppelt het resultaat van het traject terug aan de verwijzer middels een gestandaardiseerde terugkoppelingsbrief.

Chronisch ZorgNet Kwaliteitssysteem

De behandeldoelen en het verloop van de behandeling houdt de therapeut bij, en wordt opgenomen in een database: het Chronisch ZorgNet Kwaliteitssysteem. Therapeuten zien in een persoonlijk dashboard hoe de 'eigen' behandelresultaten zich verhouden tot die van andere therapeuten en het landelijk gemiddelde. Door de structurele dataverzameling beschikt Chronisch ZorgNet over steeds meer geanonimiseerde data en kan de kwaliteit van zorg continu bewaakt en verbeterd worden.

Blijvend werken aan steeds beter

Omdat Chronisch ZorgNet de zorg steeds verder wil verbeteren, organiseert het netwerk bij- en nascholing, cursussen en congressen, en verspreidt het kennis via de website en de 55 regionale netwerken. Ook vindt er flink wat wetenschappelijk onderzoek plaats. Promovendi leveren bewijs voor de therapie, berekenen de kostenbesparing en leveren input voor nog betere behandelingen. Zo werkt Chronisch ZorgNet, samen met de therapeuten, patiëntenverenigingen, medisch specialisten, beroepsverenigingen en anderen aan steeds betere zorg en preventie van klachten. Spruijt verwoordt waar zij en haar collega's naar streven: 'Het zou geweldig zijn als we over een aantal jaar in Nederland één netwerk hebben van fysiotherapeuten die volledig gericht zijn op leefstijl en chronische zorg. Dat er voor alle patiënten met een niet-overdraagbare chronische aandoening een goed georganiseerd zorgpad is waardoor zij de juiste zorg op de juiste plek krijgen'.



Chronisch ZorgNet

bewegen & leefstijl

Beïnvloedbare
risicofactoren:

Vaak aanwezige
comorbiditeit(en):

Behandeling
volgens richtlijn:



Oorzaak:
Slagader-
verkalking




800.000 – 1 miljoen
mensen met PAV in Nederland


Gemiddelde leeftijd
70 jaar



Beweegtherapie



Leefstijlbegeleiding



Medicatie



Oorzaak:
Ontsteking
luchtwegen




598.400 mensen
met COPD in Nederland


Vanaf
40 jaar




Gemiddelde leeftijd
hartinfarct
66/71 jaar



Oorzaak:
Slagader-
verkalking




768.300 mensen met
coronairlijden in Nederland

De patiënten...



‘ClaudicationNet is een zegen voor vaatpatiënten zoals ik’

‘Op mijn 40e, in 1982, kreeg ik de diagnose claudicatio intermittens, ofwel etalagebenen. De radioloog zei toen al tegen me: “Ze zeggen tegenwoordig dat lopen een goede oplossing is voor deze kwaal. Als je de pijn kunt negeren schijnen er goede resultaten bereikt te worden.” Ik was echt gehandicapt toen, had vreselijke pijn bij het lopen. We gingen 6 weken op vakantie naar Spanje en ik heb me er toe gezet om drie keer per dag te lopen. Tierend van de pijn ging ik iedere dag een berg op. Het goede nieuws was dat ik al heel snel winst zag. Aan het eind van die vakantie lukte het me om probleemloos boven te komen.

Onderschatte aandoening met veel pijn

De fout was dat ik daarna dacht: als het na 6 weken weg is, zal het wel niet zo erg zijn. Maar claudicatio is wel erg. De klachten zitten in je benen, maar de kwaal zit door je hele lijf. De afgelopen jaren heb ik bijna alle vaataandoeningen gehad die in het boekje staan, zelfs die in de kleine lettertjes.



Als je gaat lopen heb je veel pijn, alsof het vlees van je botten wordt gerukt. Lopen met claudicatio is topsport. Leontien van Moorsel (meervoudig olympisch kampioen wielrennen) zei eens tegen mij: “De pijn die jij beschrijft is dezelfde pijn die wij voelen als wij door de verzuring fietsen.”

Nieuwe problemen door overgewicht en roken

Lopen heeft veel effect, maar als je veel rookt en veel te zwaar bent, zoals bij mij het geval was, dan heeft het geen zin. Dus een paar jaar later zat ik weer in de problemen. Het roken was een levensgroot probleem.

Toen ik in het ziekenhuis foto's te zien kreeg van hoe dichtgeslibd mijn slagaders waren begreep ik dat ik binnen nu en 5 jaar dood zou zijn als ik niet zou stoppen met roken. Al rokend buiten bij het ziekenhuis, heb ik de wortel gevonden om mezelf voor te houden: mijn vader (ook vaatpatiënt) heeft mijn kinderen nooit kunnen zien, ik wil mijn kleinkinderen wél kunnen zien. En toen lukte het om te stoppen met roken.

Op een gegeven moment moest mijn hele rechterbeen functioneren op één vat in mijn dij, de diepe dijslagader. Toen ik dat hoorde dacht ik: nu kan ik nog lopen, morgen misschien niet meer. Zo ben ik gaan lopen, opbouwend naar 15 kilometer per dag, in 5 jaar tijd in totaal 20.000 kilometer. Daardoor groeiden mijn collaterale vaten in doorsnee van 0,5 mm naar 7 mm. Dat zorgde voor een toename van de bloedstroom met een factor 200. Daardoor is mijn been gered.

Door lopen een ander mens geworden

Ik realiseer me dat ik de rest van mijn leven zal moeten blijven lopen. Dat is geen straf. Door het lopen ben ik een ander mens geworden. Het ontspant enorm, je gaat rustiger over het leven nadenken. Als diabeticus heb ik een tijdje met een sonde gelopen die regelmatig je suikerwaarde bepaalde. Toen zag ik dat mijn suikerwaarden tijdens de wandeling en nog lang daarna normaliseerden. Looptraining is veel meer dan het vergroten van de pijnvrije loopafstand. Ik kan nu onbeperkt lopen. Na een ingrijpende revisie het afgelopen jaar met een nieuwe hartklep en nieuwe knie, voel ik me weer topfit.

Steun en motivatie nodig

De aanpak van ClaudicatioNet is het ei van Columbus. In de basiscursus voor fysiotherapeuten vertel ik over mijn ervaringen en de belangrijke rol die ik zie voor fysiotherapeuten. Iedereen kan zelf gaan lopen, maar je hebt iemand nodig die je motiveert en coacht om anders te gaan leven en dat dan ook vol te houden. Kennis over de kwaal, inzicht in de relatie tussen leefstijl en je ziekte, en de feitelijke looptraining is precies wat de vaatpatiënt nodig heeft.

Zegen voor vaatpatiënten

In 1995 had de Vereniging van en voor Vaatpatiënten (VVVP) al een boekje met de titel: lopen, lopen, lopen. Vaatchirurgen boden dat mensen aan, maar een heel klein deel deed daar wat mee. Zij hebben de weg bereid, maar ik ben vreselijk dankbaar dat Joep Teijink ClaudicatioNet heeft doorgezet, waardoor een veel grotere groep mensen met claudicatio een veel betere looptraining krijgt.'





Annemarie Auwerda - beleidsadviseur Harteraad

‘Samen gaan voor echte impact voor de patiënt’

‘Vroeger kregen patiënten met etalagebenen ook al regelmatig het advies van de huisarts of vaatchirurg om te gaan lopen. Maar dat voelde voor patiënten alsof ze met een kluitje in het riet werden gestuurd. Moet ik gaan lopen? Dat doet juist pijn!’

Grotere kans van slagen

De waarde van professionele begeleiding is bewezen bij etalagebenen. Je hebt veel contacturen met de fysiotherapeut, en dat is een groot voordeel bij de gesuperviseerde looptherapie. Zeker in het begin om door de pijn heen te gaan en het lopen op te bouwen. Het is niet niks wat je moet doen, het is topsport en iets dat je je verdere leven moet blijven doen. Je moet leren volhouden. Opstarten onder supervisie van een gespecialiseerde fysiotherapeut geeft een grotere kans van slagen en heeft bewezen meer effect. Zo is het voor de patiënt duidelijk dat het om een echte therapie gaat. Het is de eerste behandeloptie volgens de medisch specialistische richtlijn, en niet zomaar een beetje lopen. Vooral omdat de fysiotherapeut je ook ondersteunt in je leefstijl en stoppen met roken.



Veel samen doen

We doen als patiëntenvereniging voor mensen met hart- en vaataandoeningen veel samen met ClaudicatioNet. Dat is fijn samenwerken. We hebben heel regelmatig contact, proberen in projecten met elkaar op te trekken. Zoals bijvoorbeeld bij het voor elkaar krijgen van de vergoeding van gesuperviseerde looptherapie. We hebben een brochure met veel informatie over looptherapie, daar helpt ClaudicatioNet bij. Het actualiseren doen we met aangesloten fysiotherapeuten. Nu de aanpak wordt uitgebreid naar hartrevalidatie in de eerste lijn, zijn we daar als patiëntenvereniging ook bij betrokken. Het zal in gezamenlijk overleg met alle partijen vorm moeten krijgen. De grote kracht van ClaudicatioNet is de inhoudelijke onderbouwing, de kennis die erachter zit en het voortdurend bezig zijn om die kennis aan te vullen. En dat ze echt gaan voor de impact voor de patiënt.

Weg vrij maken voor betere zorg

Binnenkort geeft ClaudicatioNet een presentatie bij de Hartstichting, waar wij het hartrevalidatieprogramma mee doen. Het is belangrijk dat we samen optrekken om zoveel mogelijk gedaan te krijgen voor patiënten; samen contacten leggen en de weg vrij maken voor dit soort ontwikkelingen die echt belangrijk zijn voor patiënten met hart- en vaataandoeningen.'



Minder benauwd en minder eenzaam door samen bewegen

‘Een snelle en adequate diagnose en behandeling van COPD is enorm belangrijk. Gemiddeld genomen wordt die diagnose helaas pas na tien jaar gesteld. Er is dan al veel longweefsel verloren gegaan, soms tot wel 30 procent. Dat is echt zonde, want in het begin kan nog veel schade worden voorkomen. Vroeg vaststellen van de ziekte biedt mogelijkheid om de snelheid van achteruitgang te beperken.

Voor de behandeling van COPD is een aantal dingen belangrijk. Iedere huisarts, longarts of fysiotherapeut heeft de plicht eraan bij te dragen dat patiënten stoppen met roken. Die rookverslaving, dat is echt een rotziekte. Daar vanaf komen is de belangrijkste kans voor een COPD-patiënt. Het tweede wat heel belangrijk is voor mensen met een longziekte, is bewegen. Als de conditie verbetert kan verergering van klachten worden voorkomen.

Maar als je benauwd bent, is bewegen het laatste dat je wil doen. Daarom is goed ingestelde medicatie het derde belangrijke punt. Hoe minder benauwd, hoe meer kans dat bewegen lukt. Natuurlijk hoeft een fysiotherapeut daarmee niet zelf aan de slag, maar het is wel zijn of haar verantwoordelijkheid een patiënt daarvoor te verwijzen naar bijvoorbeeld de apotheker voor goede begeleiding en instructie. En dit alles: hoe vroeger in het ziekteproces, hoe beter!



Bewegen met aanmoediging is cruciaal

Bewegen is voor de grootste groep patiënten met longproblemen echt cruciaal. En dan bedoel ik niet één keer in de week een uurtje fietsen in een zaaltje. Het gaat erom dat mensen als het even kan minstens vijfduizend stappen per dag zetten en ook nog 2 à 3 keer in de week wandelen of fietsen. Waar dat gebeurt, dat maakt me niet uit. Voor veel patiënten is het ook niet nodig om daar maandenlang een therapeut bij te hebben. Wat zij nodig hebben is iemand die ze aanmoedigt om zich aan te sluiten bij een beweeggroep van de fysiopraktijk of een wandelgroep van het buurthuis, bijvoorbeeld. Iemand die hen de weg wijst en hen het vertrouwen geeft dat het kan. Als een COPD-patiënt in een groepje in beweging komt, dan gebeurt er van alles. De benauwdheid wordt minder, het vaak bestaande sociale isolement wordt doorbroken en dat versterkt elkaar allemaal positief.

Bredere rol voor fysiotherapeuten

Wij juichen ieder initiatief toe dat zich richt op het ondersteunen van patiënten bij stoppen met roken, bewegen en goed medicijngebruik. Zo vind ik het werk van Chronisch ZorgNet

ook belangrijk en een kansrijk voorbeeld. Ik denk dat er voor fysiotherapeuten enorm veel werk is als zij hun rol breder oppakken. Bedenk maar dat er minstens 600.000 mensen zijn met COPD en dat nu maar 5 tot 10 procent van deze mensen de weg naar goede beweegondersteuning weet te vinden. Ik vind het echt een gemiste kans dat in de nieuwe richtlijn geen vergoeding voor bewegen is voor patiënten in de eerste fase van COPD. Daar gaan we aan werken. En vanuit de ervaringen van onder meer Chronisch ZorgNet en COPDnet weet ik: dat komt uiteindelijk goed.'

Marijke van Oosterzee - hartpatiënt

‘Van angst en pijn naar meer vertrouwen in mijn lijf’

‘Vlak nadat ik een nieuwe hartklep kreeg, voelde ik niets. Geen pijn en geen emotie. De sluizen braken toen ik na vijf dagen op de intensive care, op een gewone verpleegafdeling werd voorbereid om weer naar huis gaan. Ik was snel geraakt. Doordat mijn gezondheid in de maanden ervoor snel verslechterde en ik in het ziekenhuis niets zelf kon, was ik overgeleverd aan anderen. Tijdens de hartrevalidatie begreep ik dat het voor mij belangrijk is zelf keuzes te kunnen maken en grenzen te bepalen. Die zelfbeschikking was ik kwijtgeraakt. Ik was bang. En ik had pijn.

Lotgenotencontact: fijn en soms confronterend

Na zes weken volledige rust mocht ik twee keer in de week trainen in een hartrevalidatiecentrum. Ik keek uit naar contact met lotgenoten. Na of voor de training samen koffie drinken werd ook gestimuleerd door de therapeuten en ik vond het fijn verhalen uit te kunnen wisselen. Al heeft het twee kanten, soms is het confronterend. Dan vertelt iemand iets wat ik liever niet had geweten, bijvoorbeeld over mogelijke complicaties van het litteken dat over je hele borst loopt.



Wat helpt om stress te laten verdwijnen?

Toen ik aan de fysiotherapie begon, kreeg ik uitleg over het beweegprogramma en werd ik gewezen op aanvullende informatieve bijeenkomsten. Veel daarvan had ik niet nodig. Ik eet gezond, rook niet en ben als yogadocent en hondenbezitter gewend om veel te bewegen. Wat me aansprak was de extra ondersteuning en informatie over stress. Het ziek zijn, de operatie en het niet mogen bewegen hadden me bang gemaakt. Ik ben naar twee groepsbijeenkomsten van een dagdeel geweest. Daarin spraken we over stressfactoren en over wat je graag doet wat kan helpen om de stress weer te laten verdwijnen. Van fysiotherapeut Aleida, aangesloten bij Chronisch ZorgNet, leerde ik een bepaalde manier van ademen die je kan helpen om je energie te verdelen en energieverlies te voorkomen. Daar had ik veel aan, ik ben anders gaan ademen. Ik oefen daarmee tijdens het trainen, maar ook als ik buiten loop met de hond. Voor mij waren die twee bijeenkomsten eigenlijk te weinig. Dat had van mij nog meer mogen zijn.

Grenzen voelen en aangeven

Het oefenen in de zaal leert me ook mijn grenzen beter te voelen en er rekening mee te houden. Dat heeft voor mij veel waarde. Ik kan nu fysiek meer dan toen ik begon met trainen.

Zo krijg ik langzamerhand iets meer vertrouwen in mijn lijf en zo leer ik in de revalidatie meer te durven. Ik merkte op een gegeven moment dat ik altijd mijn gezicht in een grimas trok als ik een beker bovenuit de kast pakte. Dat deed vlak na de operatie namelijk pijn, maar ik bleef dat automatisch doen, al voelde ik de pijn bij die bewegingen nauwelijks meer. Mijn lichaam was kennelijk snel aan deze pijn-vermijdende gewoonte gewend geraakt. Met behulp van de revalidatie lukt het me steeds beter om te merken hoe het bewegen in het hier en nu voelt, om de pijn die zich voordoet als het ware te 'bekijken' en om te verwachten dat die elk moment anders kan zijn. Een proces van vallen en opstaan, maar ik word sterker en dat stimuleert.'

De fysiotherapeuten...





‘Al lopend praten over problemen’

‘Zó gaan we het doen, dat was vroeger mijn benadering van patiënten. Dat realiseer ik me nu pas. Als fysiotherapeut ben je opgeleid om patiënten te activeren en te werken met behandelprotocollen. Maar bij chronisch zieke patiënten moet je veel meer coachen en motiveren. Je moet ze helpen zichzelf ‘aan te zetten’ en met ze werken aan zelfmanagement. Aansluiten bij de wensen en het tempo van de patiënt, dat heb ik echt moeten leren.

Samenwerking in Chronisch ZorgNet

In mijn praktijk begeleid ik vooral patiënten voor hartrevalidatie. Vorig jaar sloot ik me aan bij ClaudicatioNet en nu zie ik ook patiënten met PAV. ClaudicatioNet heeft een doordacht

behandeltraject en een goede ondersteuning met software zoals de ZorgZoeker en het Kwaliteits-systeem. Het viel mij op hoeveel overeenkomsten er zijn met hartrevalidatie. Het is een goede ontwikkeling dat er een algemeen traject wordt ontwikkeld voor alle chronische ziekten waarin leefstijlcoaching een belangrijke plek krijgt. De samenwerking in Chronisch ZorgNet lijkt me super.

Beweging in leefstijl

Ik vind het fijn om met mensen aan de slag te gaan in de oefenzaal. Sinds ik ook leefstijlcoach en docent van cursus RookstopCoaching ben, geef ik meer aandacht aan de relatie tussen leefstijl en klachten. Bijvoorbeeld het roken en kortademigheid. Het doorbreken van ongezonde patronen is wel een lastig traject. Het begint met kennis en bewustwording en moet leiden tot motivatie en verandering. De combinatie van bewegen en stoppen met roken gaan goed samen. Dat geldt ook voor andere leefstijlveranderingen. Het is mooi dat veel mensen een gezonde leefstijl als een medicijn gaan zien. Ik vind het coachen, hoe lastig het soms ook is, een enorme verrijking van mijn vak.

Al lopend het stoppen met roken bespreken

Patiënten vertellen al lopend vaak makkelijker over hun probleem, bijvoorbeeld het stoppen met roken. Zo gaf een PAV-patiënt een 8 op de schaalvraag hoe belangrijk het stoppen voor haar was, maar slechts een 2 voor de haalbaarheid ervan. We kwamen tot de conclusie dat ze er nog niet klaar voor was. Ze wilde wel meer informatie over de gevolgen van het roken.

Ik vertelde haar dat de giftige stoffen uit sigarettenrook jaren in bijvoorbeeld de vloerbedekking blijven hangen. Ze schrok behoorlijk dat haar geliefde katten daardoor zoveel schadelijke stoffen binnen kregen. Op het moment dat we op een bankje bij het water neerploften kwam niet onverwachts de opmerking dat het een mooi moment voor een sigaretje was. We bespraken hoe we de tijd van het roken van een sigaret anders door konden komen. Ze koos voor een ademhalingsoefening met een appje op haar telefoon. Onze elektronische sigaret, noemen we dat. Stoppen met roken lukt nog niet, maar we vieren elke sigaret die ze minder rookt. Ik vind het geweldig als ik daaraan kan bijdragen.'

‘Het doel van die COPD-patiënt; dáárop gaan we trainen’

‘Wat is het doel van deze patiënt? Longartsen of huisartsen omschrijven het doel van de behandeling van COPD-patiënten meestal als minder benauwdheid en meer bewegen. Ik kijk naar wat mijn patiënt het belangrijkste vindt. Dáárop gaan we trainen en richten we de behandeling. Voor de ene patiënt is dat lopen naar de speeltuin met een kleinkind. Voor een ander is dat weer uit bed kunnen komen. De doelen lijken soms heel klein, maar voor mijn patiënten zijn het enorm belangrijke stappen.

De ziekte kunnen we bij COPD-patiënten niet meer wegnemen, net zoals bij patiënten met perifere arterieel vaatlijden. Wel kan ik patiënten helpen om zich weer beter te voelen door ze te begeleiden bij bewegen en ze te coachen in het omgaan met hun ziekte. Veel van deze patiënten hebben ook nog andere ziektes en problemen. Motivatie vinden en vasthouden is daardoor vaak lastig. Als fysiotherapeut kun je daarin een heel belangrijke rol spelen. Momenteel wordt maar 5 procent van de mensen met COPD verwezen naar een fysiotherapeut. Er is dus nog een enorme winst te boeken.

Meer dan bewegen

Wat maakt dat bewegen voor die patiënt zo moeilijk is? En wat heeft deze patiënt nodig? Hoe complexer de puzzel, hoe uitdagender ik het vind. Fysiotherapeuten zien mensen vaak in groepen, maar elke patiënt heeft een individueel behandel- en trainingsplan. Behandelen is veel meer dan bewegen. Trainen met lotgenoten is vaak leuk én zinnig: patiënten krijgen tips en sociale steun van elkaar en van mij als therapeut. Tijdens het trainen bespreek ik bepaalde onderwerpen steeds weer. Zo hebben we het over medicatie innemen, slapen, voeding, over- en ondergewicht en natuurlijk over stoppen met roken. Niet alle hulp kan ik zelf bieden, maar ik ben heel tevreden als een patiënt door zo’n gesprek naar bijvoorbeeld een diëtist gaat.



Niet-trainende patiënten in slechtere conditie

Omdat COPD een progressieve ziekte is, richten longtherapeuten zich op verbetering van kwaliteit van leven en welbevinden van de patiënt. Van huisartsen hoor ik wel terug dat niet-trainende patiënten in een slechtere conditie zijn. Dat maakt dat ik de conclusie aandurf: bewegen en leefstijlbegeleiding bij een gespecialiseerde longfysiotherapeut heeft meerwaarde. Er worden op dit moment wel onderzoeken uitgevoerd om die meerwaarde van fysiotherapie bij longaandoeningen aan te tonen, maar dat is lastig omdat de longzorg binnen de fysiotherapie nog heel versnipperd is.

Start regionale netwerken longtherapeuten

Ik ben zelf betrokken bij de start van Chronisch ZorgNet. Daar geloof ik in. Een landelijk netwerk zorgt ervoor dat wij als longtherapeuten elkaar straks kunnen vinden en versterken, en dat we vindbaar zijn voor verwijzers en patiënten.

In het eerste deel van 2020 sluiten de eerste longtherapeuten aan bij Chronisch ZorgNet. In samenwerking met een aantal regionale netwerken en andere gedreven longtherapeuten kijken we naar de factoren die hen (regionaal) succes opleverden om de zorg voor onze patiëntengroep landelijk uit te breiden. Onze aanpak moet steeds bekender worden bij longartsen en huisartsen. En die moeten patiënten in een veel eerder stadium gaan verwijzen. Het zou mooi zijn als we straks als longtherapeuten erkend worden in onze specialisatie, en dat we die aanbieden via Chronisch ZorgNet. Daarvan profiteert de COPD-patiënt.'





‘Veel aandacht voor leefstijl, we hebben de wind in de rug’

‘Ik ben gespecialiseerd in hartrevalidatie, en werkte een aantal jaar op de afdeling cardiologie van het Radboudumc. Drie jaar geleden ben ik overgestapt naar De fysioo: een ambitieuze, innoverende eerstelijns praktijk. Toen heb ik me ook meteen bij ClaudicationNet aangesloten. Hart- en vaatpatiënten hebben veel gemeen met patiënten met perifeer arterieel vaatlijden.

Het product dat we als fysio's via ClaudicationNet aanbieden is gewoon heel goed. Waar ik vooral blij van word en wat ik als motiverend ervaar, is dat ClaudicationNet voorop loopt en steeds blijft vernieuwen. De dataverzameling is een belangrijk en sterk punt om aan te tonen wat wel en niet werkt en je zo als fysiotherapeut steeds te blijven verbeteren.



De visie past bij mijn kijk op goede zorg

Het gedachtegoed sluit naadloos aan bij hoe ik over goede zorg denk: geen onnodige medische ingrepen maar het bevorderen van een gezonde, actieve leefstijl, het optimaliseren van zelfregie en de juiste zorg op de juiste plek, zo dicht mogelijk bij huis. Vaatpatiënten zijn niet altijd even mobiel. ClaudicationNet therapeuten worden geselecteerd op postcode zodat mensen om de hoek kunnen oefenen. De meeste verwijzingen krijg ik nog vanuit het ziekenhuis maar huisartsen worden er ook steeds bekender mee.

Mee pionieren voor hartrevalidatie in de eerste lijn

Het is waardevol dat de succesvolle ClaudicatioNet-aanpak uitgebreid wordt naar Chronisch ZorgNet met COPD en hartrevalidatie. Zeker voor mij heeft dat meerwaarde omdat hartrevalidatie al mijn core business is. En de combinatie met vaatproblematiek past echt bij me. Patiënten (weer) in beweging brengen, de coaching, de impact. Bij pionieren hoort ook zelf actief bijdragen. Dat doe ik door naar een gezondheidscentrum of ziekenhuis te gaan om onze aanpak uit te leggen, je gezicht te laten zien, nieuwe methodes uit te proberen of informatie en kennis te delen via bijvoorbeeld social media. Hartrevalidatie in de eerste lijn is niet iets 'in de plaats van', maar juist een toevoeging. Meer dan 50% van de hartpatiënten revalideert nu niet, terwijl ze dat wel nodig hebben. Ook zijn er patiënten die niet naar het ziekenhuis of revalidatiecentrum kunnen komen. Wij zitten vaak dichterbij of kunnen in eerste instantie zelfs bij mensen thuis komen.

Wind in de rug door aandacht voor preventie en leefstijl

Chronisch ZorgNet zorgt voor een groot en succesvol platform, waardoor er hopelijk ook vergoeding komt voor hartrevalidatie in de eerste lijn. We moeten als fysio's in de eerste lijn de bekendheid en het vertrouwen terugveroveren dat wij ook van meerwaarde kunnen zijn voor hartpatiënten. We hebben dit als professionals hier tot nu toe onvoldoende (actief) aangeboden. Het voordeel daarbij: we hebben de wind in de rug nu, met veel maatschappelijke aandacht voor leefstijl en preventie.'

Stijn van Merendonk - expert en trainer motiverende gespreksvoering

‘Ga het gesprek aan met patiënt zonder te oordelen’

‘Motiverende gespreksvoering is een vaardigheid, geen trucje. Het kan worden ingezet om mensen meer te laten bewegen, consistenten hun medicatie te laten innemen en bijvoorbeeld voor stoppen met roken. Het is een van de weinige methoden voor gedragsverandering die bewezen effectief is. Alle bij Chronisch ZorgNet aangesloten therapeuten zijn getraind in motiverende gespreksvoering. Wat ik ze leer? In gesprek gaan zonder te oordelen.

Achterhalen wat motivatie is voor verandering

Mensen zijn van nature meer bereid tot verandering dan vaak wordt gedacht. Het is echter de kunst om te achterhalen wat de motivatie is voor die verandering. Die ontdek je door ruimte te geven aan wat voor de patiënt belangrijk is. Als therapeut stel je vragen en let je op patronen in de antwoorden. Je let op verandertaal.



Dat is taal waarin een bereidheid tot veranderen verstopt zit, al lijkt die soms ver weg. Bijvoorbeeld in een opmerking als “Roken is natuurlijk niet heel gezond. Maar ik vind het lekker en ik merk er nu niets van. Dat blijf ik dus gewoon doen”. Als therapeut kun je dan reageren met “Je hebt er nu misschien nog geen last van maar dat gaat wel komen”. Met als gevolg dat iemand zich waarschijnlijk gaat verdedigen. Een alternatief zou zijn: “Je hebt er geen last van en je hebt gehoord dat roken niet heel gezond is. Vertel eens?” De kans is groot dat de patiënt reageert op het laatste en daarmee ontlok je wat meer verandertaal. En hoe meer verandertaal de ander van zichzelf hoort, hoe groter de kans is dat iemand gaat veranderen. In het algemeen werkt het geven van adviezen en oplossingen averechts. Bij verandering van gewoontegedrag gaat het erom dat de persoon zelf wil veranderen en zelf de schouders eronder zet. In dat geval is het effectiever als je op zoek gaat naar de motivatie van de patiënt zelf. Je staat als therapeut naast de patiënt. Je bent bij wijze van spreken die goede vriend waarvan de ander later denkt ‘verrek, die vraag, die zette me aan het denken’.

Echt contact maken met de patiënt

Ik vind het mooi dat alle therapeuten van Chronisch ZorgNet getraind zijn om via deze vorm van gespreksvoering hun patiënten te helpen bij gedragsverandering. Fysiotherapeuten zijn doelgericht én oprecht geïnteresseerd. Dat zijn twee belangrijke voorwaarden voor een goed gesprek. Het lukt het overgrote deel na de training goed om én volgend en tegelijkertijd ook richtinggevend te zijn. Ze zullen eerder dan voorheen geneigd zijn te vragen naar de voordelen van het huidige gedrag; het roken bijvoorbeeld. Door goed te luisteren naar wat roken de patiënt oplevert, maak je echt contact. Je leert dat de gedragsverandering die jij zou willen bereiken ook een andere kant heeft.’





KomPas zorgt voor realistische doelen voor individuele patiënt

‘Zelf ben ik ook fysiotherapeut geweest. Daardoor weet ik dat het niet altijd makkelijk is om evidence-based te werken. Veel wetenschappelijke kennis is gebaseerd op relatief gezonde patiënten. Maar wat kun je met die kennis voor die ene patiënt die jij vanmiddag ziet? Misschien is dat een patiënt die veel andere aandoeningen heeft, terwijl je weet dat mensen met comorbiditeit vaak worden uitgesloten bij wetenschappelijk onderzoek. Hoe kunnen we wetenschap bedrijven die beter aansluit op de dagelijkse praktijk?’

Hoe onderzoek relevant maken voor die ene patiënt?

Al tijdens mijn promotie worstelde ik met dit soort vragen als onderzoeker. Daarna deed ik een postdoctoraal onderzoek in Colorado. Daar had ik voldoende tijd om met een Amerikaanse collega over deze worsteling na te denken: hoe kunnen we onderzoek doen dat wél meer inzicht geeft in wat voor die ene patiënt belangrijk en relevant is? Zo kwamen we op het idee om een nieuwe analysetechniek te ontwikkelen. Deze techniek maakt een analyse voor iedere nieuwe patiënt die de fysiotherapeut ziet. In een grote dataset zoeken we dan naar personen die het meest lijken op de persoon in de spreekkamer.

ClaudicationNet goede partij om te testen

Dit idee wilde ik gaan uittesten. Ik wist dat ClaudicationNet een grote database heeft met patiëntengegevens die gemotiveerde fysiotherapeuten al jaren goed bijhouden. Toen ben ik initiatiefnemer Joep Teijink gaan stalken om deze analysetechniek te testen voor mensen met etalagebenen. Hij was gelukkig snel enthousiast. Zo hebben we, ClaudicationNet en wij als onderzoeksinstituut IQ healthcare van het Radboudumc, subsidie van Zorginstituut Nederland gekregen om KomPas te ontwikkelen.

Realistische doelen voor patiënt

Met KomPas kan een therapeut samen met de patiënt een grafiek maken die een inschatting maakt van het beloop van de therapie. Deze grafiek laat de belopen van 150 patiënten zien die zoveel mogelijk op deze ene patiënt in de spreekkamer lijken ('mensen-zoals-ik-methode'). Het helpt patiënten en therapeuten om in te schatten wat voor deze individuele patiënt de meest realistische doelen zijn. Volgens de richtlijn kun je gemiddeld 100% toename van de loopafstand verwachten. Maar voor mensen die dat niet halen is dat heel demotiverend, terwijl je bij een ander misschien te snel tevreden bent terwijl er veel meer in zit.

KomPas lokt samen beslissen uit

Het is geweldig om te zien hoe ClaudicatioNet therapeuten KomPas inzetten. Een therapeut, die pas net van KomPas had gehoord, liet de grafiek zien aan een patiënt. Hij zei: "Kijk eens naar de lijnen van die uitblinkers? Wat denk je dat die mensen hebben gedaan? Wat kun je zelf doen?" Wij dachten bij de ontwikkeling dat het vooral voor therapeuten fijn zou zijn om het beloop in te kunnen schatten. Maar het lokt dus ook meer 'samen beslissen' uit. En therapeuten benutten de data voor motiverende technieken, die bijvoorbeeld ook gebruikt worden bij stoppen met roken. Als het je lukt om mensen zelf te laten bedenken wat ze moeten gaan doen, dan werkt dat vele malen beter dan wanneer jij het ze vertelt.



Impact

Ik hoop dat therapeuten in de toekomst ook zelf met ideeën gaan komen om KomPas verder te ontwikkelen, bijvoorbeeld "Deze factor zou ook wel eens van invloed kunnen zijn, zouden jullie dat willen onderzoeken?" Impact bij onderzoek gaat vaak over publiceren en geciteerd worden. Maar échte impact heb je met dit soort projecten, als zorgprofessionals het verschil kunnen maken voor die ene patiënt en hun praktijk vooruit helpen.'

Philip van der Wees - hoogleraar paramedische wetenschappen Radboudumc

Echte co-creatie tussen onderzoekers, fysio's en ClaudicationNet

'We zijn partner van ClaudicationNet in verschillende onderzoeksprojecten. De belangrijkste nu is de ontwikkeling en invoering van KomPas met individuele patiëntprofielen. Maar we ontwikkelen bijvoorbeeld ook samen met ClaudicationNet en de beroepsvereniging van fysiotherapeuten KNGF een intervisiemodule op basis van de uitgebreide data die de aangesloten fysiotherapeuten leveren. Zij kunnen zo eenvoudig kennis met elkaar delen en elkaar feedback geven bij de behandeling van mensen met perifeer arterieel vaatlijden.

Kracht van samenwerking

De belangrijkste waarde van ClaudicationNet is wat mij betreft dat het gericht is op samenwerking in netwerken. Dat is noodzaak met steeds complexere zorg, met steeds meer mensen met meerdere aandoeningen. Dan zul je meer samenwerking op moeten zoeken binnen je eigen discipline, maar ook daarbuiten.



Bij ClaudicationNet gebeurt dat op verschillende niveaus. Op lokaal/regionaal niveau met vaatchirurgen, fysiotherapeuten, huisartsen en verpleegkundigen die elkaar vinden rondom de behandeling van deze patiënten. Landelijk met fysiotherapeuten voor continue kwaliteitsverbetering met bijscholing, congressen en intervisie. Alles kan goed onderbouwd worden dankzij de data, die goed bijgehouden worden. Dat is plezierig samenwerken bij onderzoek.

Voor meer aandoeningen in te zetten

Zowel met de ontwikkeling van KomPas als met de intervisiemodule richten we ons nu op de behandeling van etalagebenen. Maar we ontwikkelen het zo dat het straks ook voor andere aandoeningen in te zetten is. Bij PAV is de loopafstand de belangrijkste uitkomstmaat. Als je bijvoorbeeld KomPas voor andere aandoeningen wil inzetten, zul je daar eerst andere uitkomstmaten voor moeten gaan bepalen.



Co-creatie met gedeelde passie

Wij als onderzoekers vinden het inspirerend om met ClaudicationNet en de aangesloten fysiotherapeuten samen te werken in alle projecten. Het is een echte co-creatie. We zijn continu samen op zoek naar: hoe kunnen we jullie helpen? Hoe kunnen we scholing daarop afstemmen? We delen de passie en energie om het steeds beter te maken voor deze patiënten.'

De verwijzers...



‘Het bewijs van niet-ingrijpen zit vaak tevreden en fitter tegenover ons’

‘Laatst vergeleek iemand chronisch ziek zijn met topsport beoefenen. Dat vond ik een treffende. Een topsporter krijgt adviezen over voeding, gespecialiseerde hulp bij bewegen en dagindeling en ook mentale ondersteuning. Dat hebben patiënten met een chronische niet-overdraagbare ziekte ook nodig. ClaudicationNet biedt dat. Er gebeurt veel meer dan het verhelpen van de pijn van etalagebenen. Want die pijn in de kuit, dat is ongemak. Daaronder ligt het echte probleem: slagaderverkalking. Om niet alleen het ongemak, maar ook de slagaderverkalking te verhelpen is leefstijlverandering en zelfmanagement nodig.



Moeilijke groep om aan het trainen te krijgen

Ongezond leven is een groot sociaaleconomisch probleem. Dat het ClaudicatioNet is gelukt om de gesuperviseerde looptherapie in de basiszorg te krijgen, vind ik echt een enorme verdienste. Dat is van groot maatschappelijk belang. De drempels zijn nu zo laag mogelijk. Natuurlijk blijft het lastig om niet-gemotiveerde mensen te bereiken. Zo'n twintig procent van onze patiënten is én introvert én depressief. Krijg die mensen maar eens aan het trainen. Samen met ClaudicatioNet heb ik onderzoek gedaan naar deze groep. Als een patiënt met zo'n karaktertype zich met pijn in de kuit meldt bij de vaatchirurg, is de kans op overlijden binnen vijf jaar 50 procent. Tenzij het lukt dat zo iemand zich toch aanmeldt voor therapie. Dan keren de kansen.

Fusieziekenhuis: leren van elkaar

Vroeger dachten de vaatchirurgen: hoe hoger in het been de klacht, hoe groter de kans dat chirurgisch ingrijpen nodig is. Toen de twee Tilburgse ziekenhuizen fuseerden tot het

Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis bleek dat de enige betrouwbare voorspellende waarde het ziekenhuis was. In het ene ziekenhuis had men nog niet zoveel vertrouwen in gesuperviseerde looptherapie. Zij kozen bijna altijd voor dotteren. De vaatchirurgen van het andere ziekenhuis geloofden al vroeg in 'conservatief behandelen'; niet opereren dus. Na de fusie leerden we van elkaar. Het bewijs zit vaak letterlijk tegenover ons. Patiënten komen tevreden en fitter terug op het spreekuur. Nu is niet-ingrijpen de standaard.'

Hareld Kemps - cardioloog Máxima Medisch Centrum

‘Er is echt iets veranderd, dat inspireert mij voor hartrevalidatie’

‘Ooit was het doel dat patiënten in de drie maanden na een infarct hun angst overwonnen en hun conditie verbeterden. Nu weten we dat er veel meer aandacht nodig is voor preventie en gedragsverandering. De route die voor patiënten met perifeer arterieel vaatlijden al is bewandeld, die wil ik ook afleggen voor patiënten met stabiele klachten door kransslagadervernauwing. Voor de hartrevalidatie, dus.

Ik vind het oprecht een knappe prestatie wat Joep Teijink en zijn team voor elkaar hebben gekregen. En het is op de juiste manier gedaan: een nieuw effectief zorgpad ontwikkelen en wetenschappelijk onderbouwen met goede studies. ClaudicatioNet heeft zich niet laten stoppen. Er is echt iets veranderd. Dat inspireert mij.



Slechts helft patiënten start revalidatie

Natuurlijk kunnen we de aanpak niet een-op-een kopiëren naar andere aandoeningen. Maar de aanpak van Chronisch ZorgNet is een mooi startpunt. Onze patiënten moeten ook fit worden en gezonder gaan leven. Zo kunnen we onnodige invasieve onderzoeken en behandelingen voorkomen. Hartrevalidatie vraagt natuurlijk wel wat specifieke kennis, bijvoorbeeld over medicatie, inspanningsdiagnostiek en tijdige signalering van verslechtering. Die kennis bieden we binnenkort aan in een scholingsprogramma. Hartpatiënten met stabiele klachten kunnen prima worden begeleid door een gespecialiseerde fysiotherapeut in de buurt, in samenwerking met de huisarts. Hoe dichterbij, hoe beter. Nu start minder dan de helft van de hartpatiënten met een revalidatieprogramma. Terwijl de winst groot is. Het volgen van hartrevalidatie leidt voor alle hartpatiënten tot 35 procent minder sterfte.

Collega's overtuigen en vergoeding regelen

Er moet nog wel veel gebeuren. Een belangrijke hobbel die we moeten nemen is de vergoeding. Nu betalen verzekeraars alleen maar voor hartrevalidatie die wordt aangeboden in het ziekenhuis. Als cardiologen zijn we prima in staat om vast te stellen wie echt in die tweede lijn hulp nodig heeft, en voor wie dat niet voor het volledige traject nodig is. Dotteren is zo goed ontwikkeld dat dit momenteel meestal nog steeds de eerste behandeling is. Dotteren lijkt makkelijker voor patiënten, maar leefstijlverandering geeft op de lange termijn veel betere resultaten: een gezonder leven en minder risico. Aan ons om nu het bewijs te leveren, in samenwerking met Chronisch ZorgNet.'





Chronisch ZorgNet



‘Samenwerking en bekendheid onder huisartsen is belangrijk’



‘Claudicatio intermittens is een eerstelijns aandoening. De behandeling daarvan kan dus ook prima in de eerste lijn plaatsvinden. Toch verwijzen huisartsen vaak nog door naar de tweede lijn. Dat komt doordat nog niet bij iedereen bekend is dat behandeling met looptraining door een fysiotherapeut minstens net zo goed is als een interventie.

Diagnostiek is voor huisartsen soms lastig. Met de enkel-arm-index kun je perifeer arterieel vaatlijden vaststellen. Dat is niet heel ingewikkeld, maar vraagt wel vaardigheid. In grotere huisartsenpraktijken, waar de praktijkondersteuner of assistente de diagnostiek vaker uitvoert, wordt vaak betrouwbaar gemeten. Voor kleinere praktijken is dat lastiger. Het zou goed zijn als je voor vaatdiagnostiek als huisarts gebruik kunt maken van het vaatlaboratorium van het ziekenhuis zonder verwijzing naar de vaatchirurg, zoals dat ook bij radiologie het geval is.

Samen scholing aanbieden met ClaudicatioNet

Wij als kaderhuisartsen Hart en Vaat hebben op dit onderwerp meer medisch-inhoudelijke deskundigheid dan collega-huisartsen. Daarom waren we bezig met het opzetten van scholing over PAV. ClaudicatioNet wilde dat ook gaan doen. Het is mooi dat we dat nu samen doen. Er zijn nu bijna 80 kaderhuisartsen hart- en vaatziekten in Nederland. Als kaderhuisarts ben je aan zorggroepen in een regio verbonden, zodat de nieuwste inzichten en werkwijzen hun weg in een regio kunnen vinden.

We zijn nu ruim een half jaar bezig met het verspreiden van deze kennis. Ik heb zelf scholing gegeven in mijn eigen huisartsengroep aan praktijkondersteuners en huisartsen. Voor praktijkondersteuners geeft dit vooral het inzicht dat het om zeer hoog risicopatiënten gaat als aderverkalking ook al in de benen zit. Dat het veranderen van de leefstijl voor deze groep dus heel urgent is. Ook geef ik extra uitleg over de enkel-arm-index. De vragen van huisartsen zijn vooral diagnostisch-therapeutisch. Hoe doen we de follow-up van deze patiënten? Wanneer verwijzen we wel door naar de vaatchirurg? Deze aanpak moet onderdeel zijn van het cardiovasculair risicomanagement van patiënten.

Naar 'business as usual'

Bekendheid is het belangrijkste, dat huisartsen weten dat ze direct kunnen verwijzen naar een gespecialiseerde fysiotherapeut aangesloten bij ClaudicatioNet. Het is een heel goed uit te leggen verhaal. Maar het zal even duren voor dat 'business as usual' is. Het is zo zonde dat patiënten vaak nog via de vaatchirurg verwezen worden. En je ziet ook nog dat

vaatchirurgen het soms nog lastig vinden de behandeling aan anderen over te laten. Een belangrijke waarde van ClaudicatioNet is dat de fysiotherapeuten zo goed georganiseerd zijn, zodat je als huisarts weet dat er goede, geprotocolleerde looptherapie wordt geboden. En dat maar liefst 37 behandelingen vergoed worden vanuit de basisverzekering, dat is voor geen enkele andere cardiovasculaire aandoening zo.

De uitbreiding naar Chronisch ZorgNet is een mooi initiatief. Bij veel chronische aandoeningen is bewegen belangrijk. En vergoeding maakt een groot verschil. Dat is vaak zelfs een voorwaarde om mensen in actie te krijgen.'

Wanda de Kanter - longarts Antoni van Leeuwenhoek en anti-tabaksstrijder

‘Leefstijlbegeleiding komt nu vaak te laat’

‘We moeten verschuiven van medicamenteuze behandeling naar leefstijlbevordering. De grootste winst boeken we als er meer aandacht komt voor primaire preventie en vroegdiagnostiek. Als we zorgen dat iemand met licht overgewicht al meteen geholpen wordt om het roer om te gooien. Of als we voorkomen dat jongeren verslaafd raken, want dat is zo gebeurd. Weet je dat tweederde van de jongeren die een eerste sigaret probeert, een dagelijkse roker wordt? Leefstijlbegeleiding komt vaak te laat en is bij een ernstige verslaving vaak niet voldoende. Er komt pas professionele hulp als iemand al flink veel klachten heeft of echt ziek is. Op een unieke manier pakken gespecialiseerde Chronisch ZorgNet therapeuten veel problemen tegelijk aan. Maar nog beter kunnen ze helpen die te voorkomen.



Toestemming vragen voor gesprek in plaats van ongevraagd advies

Gedrag veranderen is het moeilijkste dat er is. Dokters kunnen daar voor patiënten heel belangrijk in zijn. Zij moeten ze als eerste motiveren om met therapie te starten. Omdat niet iedereen tijd heeft voor een meerdaagse training schreven wij het boek 'Motiveren kun je leren' en geef ik met mijn met collega-longarts en medestrijder Pauline Dekker de korte training 'Motiveren kun je leren'. In een dagdeel vertellen we over de techniek van motiverende gespreksvoering en over onze eigen ervaringen. Na die training is het een kwestie van oefenen en nog eens oefenen. Als je als zorgverlener deze vorm van gespreksvoering in durft te zetten, dan heb je een prachtige methode in handen waarmee je mensen kunt helpen om zelf hun gezondheid en gedrag te verbeteren.

De belangrijkste tip? Het geven van ongevraagd advies is het slechtste wat je kunt doen. "U moet stoppen met roken" roept enorme weerstand op. Stel in plaats daarvan de toestemmingsvraag. Vraag aan je patiënt: "Mag ik het met je hebben over roken?" Het is zo belangrijk dat de arts die zo'n onderwerp aan de orde brengt oprechte interesse heeft. Dat hij of zij kan reflecteren en samenvatten en aan de patiënt kan laten zien dat ongezond gedrag ambivalentie oproept. Chronisch ZorgNet therapeuten kunnen de stoppen-met-roken-begeleiding verder oppakken.'

De financiers...



Tessa van der Valk - directeur Innovatiefonds Zorgverzekeraars

‘Hier bestaan we voor als fonds’



‘ClaudicationNet heeft bij de start 10 jaar geleden veel steun van ons gehad. Als Innovatiefonds Zorgverzekeraars willen we bijdragen aan oplossingen die echt impact hebben voor de patiënt. En doel is dat initiatieven na steun van ons op zichzelf kunnen voortbestaan, dat het reguliere zorg kan worden. ClaudicationNet is daar een mooi voorbeeld van. Het Innovatiefonds Zorgverzekeraars houdt op te bestaan. In de allerlaatste ronde van toekenningen hebben we subsidie verstrekt voor uitbreiding naar Chronisch ZorgNet.

Leefstijl complex begrip

Het thema preventie is voor zorgverzekeraars lastig omdat leefstijl zo’n complex begrip is. Er spelen zoveel factoren een rol. En gedragsverandering is lastig. Wat is de eigen verantwoordelijkheid van mensen en wat vergoed je wel? De zorgverzekeraar betaalt ook je tomaten niet. De toegevoegde waarde is vaak lastig aantoonbaar te maken. Dat lukt ClaudicationNet wel. Hoe overtuig je de verwijzers van een heel andere aanpak? Hoe organiseer je het? Hoe zorg je dat fysiotherapeuten willen betalen voor hun deelname aan het netwerk omdat het voor hen ook meerwaarde heeft?

Voorbeeldproject

Voor ons als fonds is dit een voorbeeldproject. Hier bestaan we voor. Omdat patiënten voorop staan, maar ook omdat het besparingen oplevert en de betrokken beroepsgroepen enthousiast zijn. Je kunt prachtige dingen bedenken voor patiënten, maar als het heel duur is, wordt het lastig om de aanpak duurzaam te maken, het tot basiszorg te laten behoren. Het is mooi om te zien dat ClaudicationNet echt is ingebed en dat die aanpak voor meer chronische zorg kan gaan gelden.’



‘Het is allemaal een kwestie van lef hebben’

‘ClaudicationNet en Chronisch ZorgNet zijn een gaaf idee. Om de doodsimpele reden dat het begint met een vaatchirurg die zich afvraagt: Wat is nu écht de beste zorg voor mijn patiënten met perifeer arterieel vaatlijden? Vaatchirurg Joep Teijink bewees met zijn team dat patiënten met een ‘gewone’ interventie ook – letterlijk – stappen zetten. Ik vind het knap dat hij daarvoor het aanvankelijke ‘belang’ van collega-vaatchirurgen en het verdienmodel opzij zette. Ook vind ik het knap dat het gelukt is om die zorg zo goed te organiseren. Dat ze eisen durven te stellen. Dat ze uitbreiden. Dat is allemaal een kwestie van lef hebben.



Zorgverzekeraars moeten echt goede ideeën helpen realiseren

Als verzekeraar moet je echt goede ideeën helpen te realiseren. Bij belemmeringen moeten we ons niet laten weerhouden, maar goede redenen verzinnen waardoor iets wel kan slagen. Vanuit dat oogpunt is het logisch dat we als zorgverzekeraar de behandelingen van deze fysiotherapeuten als eerste gingen vergoeden, en de inzet van deze gespecialiseerde therapeuten tot voorkeursbehandeling bij etalagebenen maakten.

Chronisch ZorgNet: het voorbeeld van een kwalitatief goed netwerk

Behandelaars van hartpatiënten en patiënten met COPD kampen met hetzelfde vraagstuk als de vaatchirurgen: hoe krijgen we goede leefstijlondersteuning in de behandeling? Over vijf jaar hoop ik dat de zorg voor mensen met aandoeningen zoals hartfalen en COPD in een gecontroleerd en kwalitatief goed netwerk zoals Chronisch ZorgNet plaatsvindt. Daarmee neemt de druk op de medisch specialistische zorg af. Ik vind dat een mooie stap.

Leefstijlinterventie is nu hip en happening. Dat is goed. Ik hoop dat mensen met een idee een voorbeeld nemen aan Chronisch ZorgNet. Heb je een goed idee, organiseer dat dan ook goed. Leidt de goede mensen op. Monitor de inzet. En meet het effect. Netwerken van zorgverleners zijn daarvoor heel geschikt. Wie het initiatief neemt, dat kan verschillen. Het is wél essentieel dat medisch specialisten in de kern van zo'n netwerk betrokken zijn.

Het is de rol van verzekeraars, zoals CZ, om te helpen deze ontwikkeling aan te jagen, te steunen en daarna te applaudisseren. Dat applaus, dat verdient het team van Chronisch ZorgNet echt.'

Bedankt!

Met het hele team van Chronisch ZorgNet zijn we dagelijks in beweging om het netwerk nog beter te organiseren en de zorg voor patiënten steeds weer centraal te zetten. De steun en medewerking die we al jaren krijgen van iedereen die betrokken is helpt daarbij enorm. Het motiveert. We verbinden patiënten en zorgverleners en stimuleren samenwerking. We bundelen de krachten.

We hopen ook de komende jaren verder met jullie innovatief samen te werken aan een gezonde toekomst voor steeds meer mensen in Nederland. Netwerken is een werkwoord, dat ervaren wij iedere dag. Bedankt voor jullie betrokkenheid!

Yvonne Spierings-Peeters, Steffie Spruijt, Nienke Nuijen, Maik Sliepen, Anneroos Sinnige Mickey Saes en Ciciel Veltmans.



