

BEHANDELEN NA DE BEHANDELING

De brede blik van revalidatiearts Rienk Dekker

Primaire diagnostiek is niet hun eerste prioriteit. De klassieke medische verrichting behoort evenmin tot hun dagelijkse kost. Revalidatieartsen komen meestal pas in actie als collega-geneeskundigen zo goed als uitbehandeld zijn. 'We richten ons niet alleen op de pathologie, maar ook op de gevolgen.'



ROBERT CROMMENTUYN

De eerste patiënt op het polispreekuur van revalidatiearts Rienk Dekker (44) is in menig opzicht exemplarisch. Het gaat om een 36-jarige vrouw die enkele jaren geleden haar enkel brak. Die breuk is natuurlijk allang geheeld, maar helemaal de oude is zij niet meer geworden. Nog steeds is het gewricht stijf. Omdat ze daarbij last heeft van overgewicht, gaat het lopen moeizaam. 'Deze patiënt staat midden in het arbeidsproces en het is zaak dat ze blijft werken', aldus Dekker. 'Ik moet trucjes verzinnen om haar op de been te houden.'

Hij opent het consult met de vraag die hij ook bij elke volgende patiënt als eerste zal stellen: 'Hoe gaat het nu met u?'

Dat is voor de revalidatiearts geen beleefdheidsfrase, maar een essentiële kwestie. Het gaat er immers om dat de patiënt ondanks zijn fysieke beperkingen zo goed mogelijk functioneert. In het geval van de 36-jarige vrouw is het antwoord positief. Het lopen gaat beter sinds zij vorig jaar met de hulp van Dekker aangepast schoeisel kreeg.

Tijdens dit controlebezoek wil Dekker nagaan of er verdere aanpassingen van het hulpmiddel nodig zijn. Hij bekijkt of de steunzool nog goed op de aangedane voet past en test de beweeglijkheid van de enkel. De resultaten stemmen tot tevredenheid. De vrouw klaagt wel over krampen in haar onderbenen. 'Doet u uw rekoefeningen nog wel?', wil Dekker weten. Dat blijkt het geval te zijn. 'Een slechte bloedsomloop is een mogelijke oorzaak van kramp', denkt de revalidatiearts hardop.

Hij stelt enkele vragen die daarover meer duidelijkheid moeten verschaffen. De antwoorden leveren weinig houvast voor verdere diagnostiek. 'Ik weet niet goed wat we hiermee kunnen', besluit hij. De krampklacht lijkt evenwel niet zo urgent en Dekker keert terug tot de hoofdzak. 'Zijn de aangepaste schoenen nog in goede staat?', wil hij weten. Volgens de vrouw zien ze er nog best uit. Desondanks besluit de arts alvast een afspraak te regelen bij de orthopedisch schoenmaker. 'Voor de zomer heeft u recht op nieuwe schoenen.'

PERFECTE COMBINATIE

Geboren en getogen Groninger Dekker volgde zijn opleiding tot arts in het universiteitsziekenhuis van de provinciehoofdstad. Inmiddels is hij er ook al weer acht jaar werkzaam als revalidatiearts, waarvan twee jaar als chef de clinique. >>

In 1955 sloten artsen-physiotherapeuten en artsen-revalidisten zich aaneen. Zij vormden de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie- en Fysische Geneeskunde (VRA). De vereniging viert haar 50-jarig bestaan op 18 maart met een lustrumcongres in het Kurhaus in Scheveningen. Meer informatie over dit congres is te vinden op de www.revalidatiegeneeskunde.nl

<< De Groningse vakgroep telt zestien revalidatieartsen en dertien artsen in opleiding. Sinds enkele jaren wordt de zorg verleend op twee locaties. Poliklinische zorg en medebehandelingen vinden plaats in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). De revalidatiegeneeskundige klinische en dagbehandelingen en de revalidatie van chronisch zieken zijn ondergebracht in de andere locatie van het UMCG: revalidatiecentrum Beatrixoord in Haren. Een aantal van Dekkers collega's werkt op beide locaties. Zelf is hij uitsluitend in het UMCG te vinden.

De helft van zijn werkweek besteedt Dekker aan patiëntenzorg, de andere helft aan onderwijs, onderzoek en management. Een perfecte combinatie, vindt hij zelf. Al vrij snel in de opleiding koos hij voor de revalidatiegeneeskunde. 'Wij kijken met een brede blik. Niet alleen naar de somatiek, maar ook naar de sociale omstandigheden en de psychische gesteldheid. Dat is onze stiel en dat trok mij aan.' Spijt van zijn keuze heeft hij nooit gehad. 'Al vind ik het soms jammer dat ik weinig verrichtingen doe. Ik werk graag met mijn handen, maar meestal blijft het bij het zetten van een enkele injectie.'

De helft van Dekkers patiënten is doorverwezen door een huisarts. De andere helft ziet hij op verzoek van collega's in het ziekenhuis. Specialisten van

Dekker toe. 'Hij is er een beetje tussen-door geglipt.' Na een kort telefonisch overleg met de traumatologen stuurt de revalidatiearts de jongen naar de gipskamer. 'De enkel moet tweemaal twee weken worden ingetaped.' Hij bestelt de jongen terug voor over twee weken. 'Eerst even kijken voordat de tape er de tweede keer weer omheen gaat.'

Een soortgelijke casus had Dekker ook kunnen treffen op de sportgeneeskundige poli die het UMCG elke dinsdagmiddag heeft. Als enige revalidatiearts van zijn afdeling ziet hij daar samen met onder meer traumatologen en sportartsen in het multidisciplinaire spreekuur het nodige blessureleed aan zich voorbijtrekken. Het is een bezigheid die zijn warme belangstelling heeft. Vorig jaar promoveerde Dekker op een onderzoek naar de langetermijngevolgen van sportblessures. Daar kwam onder meer uit dat de paardrijnsport verreweg het meeste leed veroorzaakt. 'Het aantal langdurige kwetsuren ligt bij ruiters zo'n tien keer hoger dan bij voetballers. Niet vreemd als je beseft dat ze zich vrijwel onbeschermd, met flinke snelheid en op anderhalve meter boven de grond voortbewegen.'

Het werken op de sportpoli is ook een leerzame activiteit, vindt hij. 'Zeker bij topsporters wordt alles uit de kast gehaald om ze weer fit te krijgen. Zo doen we kennis op die ook kan worden

zijn ernstig ziek. Twee hebben de ziekte van Duchenne en zijn rolstoelgebonden. Periodiek komen ze voor controle bij het UMCG langs; zij worden dan in een kort tijdsbestek gezien door verschillende specialisten, onder wie de revalidatiearts. Medisch-inhoudelijk wordt hier niet veel van hem verwacht, weet Dekker. 'Ik doe eigenlijk weinig. Deze patiënten zijn minstens zo goed over hun ziekte geïnformeerd als ik, daar hoef ik ze niet veel over te vertellen.' Het gaat vooral om het bijsturen van ingezet beleid en het vroegtijdig opsporen van praktische problemen. Ook hier luidt Dekkers eerste en belangrijkste vraag daarom 'Hoe gaat het?'

Bij de derde patiënt, een jonge vrouw met een aangeboren spierziekte, is het antwoord tweeslachtig. Ze volgt een opleiding tot doktersassistente en dat gaat goed. Sinds kort loopt ze stage bij een huisartsenpraktijk met drie huisartsen. Hoewel de artsen daar rekening houden met haar beperkingen, is ze toch vaak moe en heeft ze ook veel last van hevige spierpijn. Volgens de meegereisde moeder is vooral het herstelvermogen van haar dochter afgenomen. 'Ze kwam in de vakanties altijd helemaal bij, maar nu niet meer.' Dekker onderzoekt het meisje en bespreekt zijn overwegingen. 'Het is de vraag wat de oorzaak is van de klachten. Doe je meer en eis je meer van je lichaam, of is je lichaam tot minder staat?' De jonge vrouw beaamt dat ze veel van zichzelf vraagt en dat daar de mogelijke oorzaak zou kunnen liggen. Dekker benadrukt het belang van een goede balans tussen belasting en belastbaarheid. Volgens hem zou een ergotherapeut of een fysiotherapeut kunnen helpen die balans beter te bewaren.

Na afloop van het consult heeft hij ook nog even overleg met de longarts die deze vrouw eerder die middag zag. 'Ik vroeg me af of haar verslechterende longfunctie van invloed is op de klach-

'De paardrijnsport veroorzaakt verreweg het meeste leed'

allerlei pluimage maken van zijn expertise gebruik. 'Wij werken samen met bijna alle specialismen. Als het om neuromusculaire aandoeningen gaat natuurlijk veel met de neurologen. En daarnaast is er contact met de orthopeden, maar ook met chirurgen, traumatologen en internisten.'

GRENSGEVAL

Het veelzijdige patiëntenaanbod blijkt al snel gedurende de dag. Een van zijn patiënten op het spreekuur is een 24-jarige jongen met een gekneusde enkel. Hij is via de afdeling Traumatologie bij Dekker terechtgekomen. 'Op zich is een gekneusde enkel een zaak voor de traumatologen. Maar bij deze patiënt is de enkel nu al twee weken dik en wij zien vooral de patiënten met blijvende klachten.' Toch is dit een grensgeval, geeft

gebruikt bij breedtesporters en in andere geledingen van de revalidatiegeneeskunde.' Het blijkt een overweging te zijn met praktische consequenties. Dekker zit een beetje in zijn maag met een topsporter, die graag met spoed wil worden gezien. Helaas zit het sportsprekuur al vol. Hij dubt of hij hem niet ergens tussen zijn andere afspraken moet prikken. De orthopedisch chirurg moet ook bij het consult aanwezig zijn en Dekker stelt het besluit uit totdat hij en zijn collega's de agenda's naast elkaar hebben kunnen leggen.

BIJSTUREN

In de tussentijd ziet hij patiënten van een heel andere orde. In de middag is er een multidisciplinair spreekuur voor patiënten met aangeboren spierziekten. De drie patiënten die hij die middag ziet,

ten.' Het lijkt erop dat dit wel zo is. 'We hebben besloten dat deze patiënt baat kan hebben bij een scootmobiel. Ze gaat nu op de fiets naar haar stage en dat is erg vermoeiend.'

ONEFFENHEID

In de keten van medische zorg bevindt de revalidatiearts zich aan het eind. De meeste patiënten zijn al flink door de medische molen gegaan. Een belangrijk aantal van hen mist na een oncologische ingreep of door diabetische vaatproblemen een ledemaat. Dan zijn er de CVA-patiënten, die na de acute zorg weer zo veel mogelijk van hun oude mogelijkheden moeten zien ter herwinnen. En daarnaast zijn er de chronische patiën-

ten met al dan niet aangeboren neuromusculaire aandoeningen. Veel patiënten komen echter bij de revalidatiearts terecht zonder dat er bij hen een sluitende diagnose is gesteld. Dekker schat dat ongeveer 30 procent van zijn patiënten kampt met een onbegrepen medisch probleem.

Bijvoorbeeld de vrouw van bijna 50 met schouderpijn en pijnlijke tintelingen in haar rechterarm en -hand. Tijdens het spreekuur roept Dekker via het ziekenhuisbrede elektronische dossier de röntgenfoto's van de patiënt op. Op de schouderfoto is een kleine oneffenheid in het gewricht te zien. Een verband met de klachten acht hij evenwel niet waarschijnlijk. Tijdens een vorig consult

kreeg de vrouw een injectie met corticosteroiden in de schouder. Het antwoord op de inmiddels vertrouwde vraag hoe het gaat, is desondanks niet bemoedigend. De pijnklachten in de schouder zijn afgenomen. Maar met de hand en de arm gaat sinds de laatste keer eigenlijk slechter. 'Ik kan niks vastpakken.' Dekker onderzoekt met een stemvork de sensibiliteit van onderarm en hand. Ook laat hij de vrouw een paar bewegingsoefeningen doen. Het onderzoek levert geen eenduidig resultaat op. 'Ik wil uitsluiten dat de armklachten het gevolg zijn van een zenuwbeklemming.' Hij stelt daarom voor een elektromyogram te laten maken, maar waarschuwt voor al te hoge verwachtingen. 'De kans dat daar iets uitkomt, is klein.'

'Ik denk zelf dat het een secundaire schouderklacht is,' zegt hij als de vrouw is vertrokken. 'Het eerste doel blijft om een diagnose te stellen. Pas als alle diagnostiek niets oplevert, kunnen we verder. Dan gaan we de klacht functioneel behandelen, bijvoorbeeld met psychomotore therapie of met een pijnpsychologische interventie. Patiënten moeten daar dan wel aan toe zijn. Ze moeten eigenlijk net zover zijn als de arts en de overtuiging hebben dat verder onderzoek niets oplevert.' Voor patiënten is dat geen eenvoudige stap, weet Dekker. 'Ze willen liever een ingreep.'

VOORRANG

Tussen de patiënten door werkt de revalidatiearts zijn administratie bij. Ook vindt hij nog tijd om een patiënt op de neurologische verpleegafdeling te bezoeken en om een overleg te houden over een bijscholingscursus voor verpleeghuisartsen. Het einde van de dag is gereserveerd voor een vergadering met de onderwijscommissie van de revalidatievakgroep. Voor hij daarheen gaat, treft hij de orthopedisch chirurg die betrokken is bij de behandeling van de topsporter. Mede vanwege het voordeel dat andere patiënten kunnen hebben van de topsportgeneeskundige zorg heeft Dekker besloten hem toch voorrang te verlenen. De artsen zien een mogelijkheid om de sporter aan het eind van de week te zien. De man tobt al langer met een blessure en het is nu zaak uit te sluiten dat er sprake is van een *snapping hip*. De orthopeed verwacht niet dat ze die diagnose zullen stellen, maar zeker is hij niet. Dekker: 'Als het geen *snapping hip* is, is voor hem einde van de somatische weg bereikt.' En kan de revalidatie echt beginnen. ■

Dekker: 'Wij kijken niet alleen naar de somatiek, maar ook naar de sociale omstandigheden en de psychische gesteldheid.'

