

De rol van de revalidatiearts

Multiple sclerose kan, tijdelijk of blijvend, invloed hebben op diverse aspecten van het menselijk functioneren. De revalidatiegeneeskunde richt zich op het beïnvloeden van en omgaan met deze gevolgen, met als doel een maximale kwaliteit van leven. De revalidatiearts speelt een belangrijke rol in alle fasen van MS en maakt frequent gebruik van de deskundigheid van diverse medische en paramedische disciplines.

De revalidatiearts kijkt vanuit een medisch perspectief welke mogelijkheden er zijn om de gevolgen van MS tot een minimum te beperken. Denk aan conditietraining bij vermoeidheid, spasticiteitsbehandeling, het aanmeten van hulpmiddelen bij loopproblemen etc. Omdat in iedere fase functioneringsproblemen aanwezig kunnen zijn, en deze problemen vrij plotseling kunnen veranderen, is het raadzaam dat de cliënt met MS in een vroeg stadium kennismaakt met de revalidatiegeneeskunde.

Aandachtsgebieden

Bij MS richt revalidatiegeneeskunde zich onder andere op:

- Vermoeidheidsbehandeling
- Fysieke deconditionering
- Loopproblemen
- Cognitieve stoornissen
- Spasticiteit en zwakte
- Mictie- en defecatiestoornissen
- Slikproblematiek
- Signaleren en behandelen van ademhalingsproblematiek

Behandeling

De revalidatiearts is over het algemeen verbonden aan een revalidatiecentrum. Binnen het revalidatiecentrum zijn diverse gespecialiseerde hulpverleners werkzaam, meestal in teamverband. De revalidatiearts functioneert binnen deze teams als medische coördinator. Behandeling (klinisch of poliklinisch) binnen een revalidatiecentrum kan aan de orde zijn als er intensieve begeleiding of therapie nodig is gedurende een bepaalde periode. Bijvoorbeeld na een hevige relapse waardoor een cliënt een partiële dwarslaesie heeft opgelopen. Maar ook wanneer specifieke expertise noodzakelijk is die niet in de eerste lijn beschikbaar is, zoals een uitgebreide loopanalyse doen.

Werkveld

Revalidatiegeneeskundige zorg wordt meestal vanuit revalidatiecentra verleend. Daarnaast zijn veel revalidatieartsen ook werkzaam op poliklinieken van ziekenhuizen, waar ze eventueel samen met de neuroloog spreekuur hebben. De revalidatiearts verricht soms ook consultaties in bijvoorbeeld het verpleeghuis en incidenteel bij cliënten thuis.

Revalidatiegeneeskunde *in de praktijk*

De heer Smits (30) was 26 jaar toen bij hem MS geconstateerd werd. In een aantal dagen kreeg hij last van opstijgende gevoelsstoornissen tot iets boven de navel. Hierdoor ging het lopen slechter. Daarnaast kreeg hij moeite met plassen, waarbij hij vrijwel geen aandrang meer voelde. Omdat hij op een gegeven moment nauwelijks nog kon staan, werd hij opgenomen in het ziekenhuis. Nadat duidelijk was dat de heer Smits MS had, werd hij behandeld met methylprednisolon. In de week daarna herstelde het beeld in lichte mate maar het lopen bleef moeilijk, vooral omdat het gevoel in de benen sterk gestoord was. Tijdens het verblijf in het ziekenhuis werd de heer Smits onder andere gezien door de revalidatiearts, die samen met hem een indicatie stelde om na de ziekenhuisperiode te gaan revalideren in het revalidatiecentrum. In totaal duurde de revalidatieperiode twee maanden. In deze periode werd gewerkt aan herstel, onder andere via fysiotherapie.

Gesprekken met een psycholoog waren zeer behulpzaam voor het acceptatieproces. Ook was er aandacht voor de maatschappelijke consequenties van zijn veranderde gezondheidssituatie.

Na de klinische revalidatie volgde een periode van drie maanden poliklinische revalidatie. Uiteindelijk, een half jaar nadat de klachten begonnen waren, was de heer Smits weer in staat om zonder hulpmiddel korte

wandelingen te maken. Ook kon hij de aandrang om te plassen onder controle houden, met name door medicatie die de revalidatiearts voorgeschreven had. De heer Smits ging weer halve dagen werken in zijn oude functie. Er bleven wel problemen met vermoeidheid en de seksuele functies.

In de jaren daarna werd hij periodiek gezien door de revalidatiearts, naast de neuroloog en de MS-verpleegkundige. Af en toe was er bijstelling nodig van bepaalde therapieën en medicijnen, maar al met al ging het binnen zijn mogelijkheden redelijk naar tevredenheid.

Recent, vier jaar na de eerste klachten, kreeg de heer Smits echter een forse relapse met zwakte van het rechterbeen. Opnieuw volgde behandeling met methylprednisolon en moest hij weer werken aan een stuk herstel, onder andere met behulp van intensieve fysiotherapie. Het lopen bleef moeilijk gaan, met name door weinige controle over de rechtersoet. In overleg met de revalidatiearts werd besloten om een gedetailleerde loopanalyse te doen. Op basis van de uitkomsten werd een specifieke voetenkel-orthese gemaakt. Hiermee kwam een bepaald gevoel van stabiliteit terug, wat het lopen aanmerkelijk verbeterde.