



Aanreiken van alternatieven

Hoe verloopt de revalidatiebehandeling

>Vervolg van vorige pagina

Koekjes bakken bij de ergotherapie wordt niet gedaan voor de gezelligheid, maar als training van de handfunctie en om te leren een serie handelingen in de juiste volgorde uit te voeren. Bij de psycholoog en de cognitief therapeut worden belangrijke vaardigheden geoefend als het opnemen van informatie en het aanleren van geheugenstrategieën - zoals het gebruik van een agenda. Op de afdelingen voor sport, activiteitenbegeleiding en muziektherapie leert de patiënt bezigheden die hij (weer) wil kunnen doen na de revalidatie en waarin hij zich kan uiten. Voor de patiënt - maar ook voor partner en familie - is de begeleiding door het maatschappelijk werk belangrijk. Er zijn gespreksgroepen om ervaringen uit te wisselen, en er wordt advies gegeven over het regelen van financiële zaken en het aanvragen van voorzieningen. Ook de verpleging levert een grote bijdrage: op de afdeling worden de in de therapieën geleerde vaardigheden verder getraind. De revalidatiearts geeft leiding aan het behandelteam en stelt, in overleg met patiënt en familie het behandelplan op. Het team overlegt regelmatig over de vorderingen van de patiënt.

Inzicht met uitzicht

Iemand die niet goed kan lopen, kan de spieren oefenen en eventueel een beugel krijgen om dit te verbeteren. Iemand die niet kan praten, kan met behulp van een Taalzakboek communiceren door het aanwijzen van plaatjes, namen van personen of dagen van de week. Iemand die zijn geheugen kwijt is, kan leren met een agenda te werken. De revalidatiebehandeling bestaat uit het stimuleren van de vaardigheden van de patiënt en het bedenken en aanleren van compensatiestrategieën. Het is van belang dat de persoon inzicht heeft in de eigen situatie. Iemand die niet goed kan lopen, begrijpt dat meestal wel. Voor iemand die niet kan spreken is dat al veel moeilijker. Iemand die zijn geheugen kwijt is, weet niet dat hij dingen vergeet en denkt er dus ook niet aan die agenda te gebruiken. Revalidatie begeleidt mensen bij het verbeteren van hun inzicht en creëert uitzicht door het aanreiken van oplossingen en alternatieven.

Klinische revalidatie

Allereerst komt in de klinische fase de zelfverzorging aan bod: wassen, aankleden, tandenpoetsen, scheren en veilig naar het toilet gaan. Uiteraard moet iemand zich kunnen voortbewegen. Is looptraining nodig? Moet er een beugel of een rolstoel worden aangevraagd?

De behandeling richt zich op de basisvoorwaarden voor een zelfstandig leven. Als iemand zich veilig kan redden in de eigen woning, en als de nodige hulp en aanpassingen zijn geregeld, kan de revalidatie poliklinisch worden voortgezet.

Poliklinische revalidatie

In de eerste fase na een opname wil de patiënt zo snel mogelijk naar huis, maar eenmaal thuis wordt hij pas echt met zijn beperkingen geconfronteerd. In de poliklinische fase worden dan ook gerichtere keuzes gemaakt. Er wordt bijvoorbeeld extra aandacht besteed aan het maken van een boodschappenlijstje of aan het deelnemen aan een groepsgesprek, zoals tijdens een verjaardagsvisite. Ook wordt in deze fase bekeken of iemand zijn of haar werk weer op zal kunnen pakken of een andere zinvolle dagbesteding kan vinden, zoals vrijwilligerswerk of het bezoeken van een activiteitscentrum. De revalidatiebehandeling stopt als de in het behandelplan gestelde doelen behaald zijn en het best haalbare resultaat bereikt is. De patiënt blijft in de regel nog enige tijd onder controle van de revalidatiearts. Vaak ontstaan na verloop van tijd nieuwe hulpvragen. Het lukt bijvoorbeeld niet om zelf een taxi te bellen, of iemand wil toch graag op een driewieler leren fietsen. Deze specifieke vaardigheden kunnen dan in enkele poliklinische behandelingen worden geoefend.

Publicaties

Revalidatie na een beroerte, richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners, Nederlandse Hartstichting, 2001

Richtlijn Beroerte van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en de Nederlandse Hartstichting, 2000

Revalidatie 
Factsheet



Revalidatie na een beroerte

COLOFON

Revalidatie na een beroerte

Revalidatie van iemand met een beroerte is erop gericht hem of haar zo zelfstandig mogelijk in zijn eigen omgeving te laten functioneren. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de kwaliteiten van de persoon en de mogelijkheden van zijn omgeving. 'We halen eruit wat er in zit; soms is dat minder dan je hoopt, maar vaak is dat meer dan je verwacht'.

CVA is de medische term voor een beroerte. Letterlijk betekent het 'cerebro vasculair accident': een ongeluk in de bloedvaten van de hersenen. Bij een beroerte ontstaat beschadiging van hersenweefsel door afsluiting van een bloedvat (85%) of door een bloeding (15%). Elk jaar krijgen 30.000 Nederlanders een beroerte. 12.500 mensen overlijden binnen het eerste jaar. Hiermee is beroerte de vierde doodsoorzaak in Nederland, en bovendien in ons land de belangrijkste oorzaak van invaliditeit. Door de toenemende vergrijzing zullen deze aantallen nog hoger worden. Toch is beroerte geen ouderdomsziekte: bijna een kwart van de patiënten is jonger dan 65 jaar.

5.000 mensen in revalidatie

De meeste patiënten met een beroerte gaan na een periode van ziekenhuisopname naar huis (65%). Eventuele nabehandeling vindt plaats bij therapeuten dicht bij huis of poliklinisch op een revalidatieafdeling van een ziekenhuis of in een revalidatiecentrum. 10% van de patiënten komt in aanmerking voor intensieve revalidatie en wordt opgenomen in

een revalidatiecentrum. Bij de overige 25% zijn de gevolgen zo ernstig en is zoveel zorg nodig, dat een verpleeghuis de aangewezen plek is. In totaal maken zo'n 5.000 mensen per jaar na een beroerte gebruik van klinische of poliklinische specialistische revalidatiegeneeskundige zorg. Na de revalidatieperiode is zeker 90% van deze mensen in staat om weer zelfstandig te leven.

Ingrijpende gevolgen

Onze hersenen zijn bepalend voor ons hele wezen. Alles wat we doen, denken en voelen, wordt door onze hersenen bestuurd. Beschadiging van de hersenen kan invloed hebben op al deze aspecten. De aard van de gevolgen is afhankelijk van de plaats van de beschadiging in de hersenen, de grootte van het beschadigde gebied, en van de leeftijd van de persoon. De impact is voor iedereen anders, want ook vroegere vaardigheden en sociale omstandigheden spelen een rol. Niet alleen de persoon zelf wordt getroffen door een beroerte, maar ook de partner, de kinderen, familie, vrienden en collega's. Na een beroerte volgt een lang-

durig proces van aanpassing. De betrokkenheid van de omgeving is daarbij in hoge mate bepalend voor de kwaliteit van leven van de patiënt.

Onzichtbare gevolgen

Sommige gevolgen vallen direct op, zoals halfzijdige verlamming of niet goed kunnen spreken. Maar er zijn ook minder zichtbare gevolgen, zoals gedeeltelijke blindheid (hemianopsie) of problemen op het gebied van de emoties, het gedrag of het denken (cognitieve stoornissen). Iemand kan moeite hebben met het geheugen of met het maken van plannen. Een schijnbaar eenvoudige taak als koffiezetten of het schrijven van giro's lukt niet meer. Sommige mensen zijn snel geëmotioneerd zonder duidelijke aanleiding en huilen of lachen veel. Maar ook het tegenovergestelde - afvlakking van de emoties - komt voor. Zeven van de tien mensen met een beroerte heeft met dergelijke onzichtbare problemen te maken.



Wetenschappelijk onderzoek

Hoe ver loopt mevrouw De Vries nu en hoe ver liep ze twee maanden geleden?

Hoe voelt meneer Jonkman zich nu hij bijna naar huis gaat en hoe voelde hij zich toen hij in het revalidatiecentrum kwam? Om vast te kunnen stellen of de revalidatie-

doelen gehaald zijn, is het nodig gegevens te verzamelen over het verloop van de behandeling. Door vergelijking van de gegevens van meerdere mensen kan de behandeling beter op de vraagstelling worden afgestemd. Bovendien kan worden vastgesteld of een bepaalde behandeling zinvol is. Wetenschappelijk onderzoek is voorwaarde voor verbetering van de kwaliteit van de revalidatiebehandeling. Er zijn de laatste jaren verschillende grote onderzoeksprojecten op het gebied van CVA van start gegaan.

De eerste resultaten zijn binnenkort te verwachten. Blijven investeren in onderzoek is belangrijk voor de toekomst.

Complexe problematiek in samenhang aangepakt

Voor wie is revalidatie?

Revalidatie is er voor mensen die door de beroerte blijvende beperkingen ervaren in hun dagelijks leven. Iemand heeft bijvoorbeeld problemen bij de persoonlijke verzorging, bij het vervullen van zijn rol in het gezin, bij werk of hobby's. Van belang is hierbij wat hij of zij vóór de beroerte deed: hoe was het dagelijks leven ingericht, hoe was de sociale situatie? Een man van begin zeventig, die thuis een rustig leven leidt met zijn vrouw die het huishouden volledig verzorgt, heeft relatief weinig last van een slecht werkende linker arm. Maar een jonge vrouw met een gezin met kleine kinderen, die als harpist haar geld verdient, ondervindt veel meer hinder van dezelfde beperkingen. In het algemeen kan je stellen dat de iets jongere, wat actievere CVA-patiënt met complexe problemen in de revalidatie goed terecht kan. De specialistische revalidatiegeneeskundige zorg biedt veel deskundigheid op het gebied van hersenletsel, waardoor een veelheid van problemen in samenhang kan worden aangepakt. De patiënt moet een redelijk tempo aan kunnen en gemotiveerd zijn. En hij of zij moet zich op termijn thuis kunnen redden, eventueel met aanpassingen en met hulp van thuis- of mantelzorg. De revalidatiearts hanteert indicatiecriteria die hierop gebaseerd zijn.

Revalidatie kostenbesparend

Het is goed dat door een revalidatiebehandeling wordt voorkomen dat iemand na een beroerte langdurig huishoudelijke hulp nodig heeft. Of dat iemand na revalidatie zijn werk weer op kan pakken of weer zelfstandig kan wonen. Natuurlijk is dat in eerste instantie voor de persoon zelf van belang. Maar ook wordt voorkomen dat jarenlang van thuiszorg gebruik wordt gemaakt, een verpleeghuisbed wordt bezet of een arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt genoten. Revalidatie kan maatschappelijk kostenbesparend zijn.

Revalideren in eigen regio

Er is een revalidatie-instelling in elke regio. De revalidatiearts is vaak al in de eerste fase in het ziekenhuis als adviseur bij de behandeling betrokken. De neuroloog in het ziekenhuis verwijst mensen door naar de revalidatie. De huisarts kan iemand vanuit de thuissituatie naar de revalidatiearts doorverwijzen. De revalidatiearts bepaalt uiteindelijk of iemand voor revalidatiebehandeling in aanmerking komt.

Revalidatie onderdeel van zorgketen (Stroke Service)

Er zijn in de verschillende stadia na een beroerte verschillende soorten hulp nodig. Het ziekenhuis, het revalidatiecentrum, het verpleeg- en verzorgingscentrum en de thuiszorg vormen een

zorgketen. Ook de geestelijke gezondheidszorg, activiteitencentra en eerstelijns therapeuten zijn schakels in deze keten. Ieder heeft zijn eigen specifieke deskundigheid. De zorg voor mensen met een beroerte wordt in de regio steeds vaker georganiseerd in de vorm van een Stroke Service. De kracht hiervan is dat de juiste deskundigheid op het juiste moment kan worden aangewend. De partners maken afspraken over doorverwijzing en behandeling. De revalidatiearts speelt een centrale rol bij het bepalen van de meest geschikte behandelvorm voor de patiënt en is beschikbaar voor advies in de hele zorgketen.

Leren omgaan met beperkingen

Individueel behandelplan

Revalidatie zorgt ervoor dat iemand met beperkingen zo goed mogelijk kan functioneren in het dagelijks leven, zo zelfstandig mogelijk kan zijn en actief aan het leven kan deelnemen. Het is essentieel om aan te sluiten bij de wensen van de patiënt. Een man wiens vrouw altijd kookt, doe je geen plezier door hem te leren koken. Maar iemand die gewend was dagelijks te koken, wil dat graag weer kunnen. Revalidatie is maatwerk. Voor iedereen wordt een individueel behandelplan opgesteld. In overleg met de patiënt en de familie worden de revalidatie-doelen omschreven. Ook de mogelijkheden in de omgeving worden bij het

plan betrokken. Is er bijvoorbeeld thuis een partner die een deel van de zorg op zich wil nemen? De hulpvragen zijn divers en ook de duur van de behandeling kan verschillen: van een eenmalig advies tot een traject van meer dan een jaar. Gemiddeld duurt klinische revalidatie na een beroerte drie maanden, met aansluitend een periode van enkele maanden poliklinische behandeling.

Multidisciplinaire aanpak: brede deskundigheid

De revalidatiebehandeling wordt gegeven door een team van deskundigen, die ieder hun eigen specifieke bijdrage leveren: de aanpak is multidisciplinair.

Naast het geven van individuele behandelingen wordt veel in groepen gewerkt. De logopedist houdt zich bezig met communicatie. Veel mensen hebben na een beroerte moeite met het begrijpen van taal en met spreken, lezen en schrijven (afasie). Het is belangrijk snel advies te kunnen geven aan familie en behandelars, zodat zij weten hoe ze het beste met de patiënt kunnen communiceren. De fysiotherapeut en de ergotherapeut trainen houding, beweging en zelfverzorging. Ook leren zij de patiënt omgaan met hulpmiddelen, zoals een rolstoel of handspalk.

Lees verder op de volgende pagina >