



Revalidatie na een beroerte

Revalidatie na een beroerte

Revalidatie van mensen die een beroerte hebben gehad, is erop gericht hen zo zelfstandig mogelijk in hun eigen omgeving te laten functioneren. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de kwaliteiten van de persoon en de mogelijkheden van de 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 naar schatting 41.000 Nederlanders¹ een beroerte en jaarlijks overlijden 10.500 mensen² aan een beroerte.

Hiermee is beroerte de tweede belangrijkste 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.

Bijna 9.000 mensen in revalidatie

De meeste patiënten die een beroerte hebben gehad, 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% wordt een verpleeghuisopname geïndiceerd. Dit vanwege de ernst van de gevolgen van de beroerte, een minder actief leven of andere ziekten die al voor de beroerte bestonden. Een deel van deze patiënten zal revalideren in een laag tempo en een deel zal in een verpleeghuis verblijven. In totaal maken bijna 9.000 mensen per jaar³ na een beroerte gebruik van klinische of poliklinische specialistische revalidatiegeneeskundige zorg. Na de revalidatieperiode is zeker 90% van deze mensen weer in staat om 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 hierbij een rol. Niet alleen de persoon zelf wordt getroffen door een beroerte, maar ook de partner, kinderen, familie, vrienden en collega's. Na een beroerte volgt een langdurig 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 emoties, gedrag of denken (cognitieve stoornissen). Iemand kan moeite hebben met het geheugen of met het maken van plannen. Een schijnbaar eenvoudige taak als schrijven of koffie zetten 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 die een beroerte hebben gehad, krijgen met dergelijke onzichtbare problemen te maken.

¹ Bron: Nederlandse Hartstichting

² Bron: Nederlandse Zorgkompas, Sterfte naar doodsoorzaak

³ Bron: Revalidatie Databank

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. Wetenschappelijk onderzoek is voorwaarde voor verbetering van de kwaliteit van de revalidatiebehandeling.

De afgelopen jaren heeft de revalidatiesector onderzoeksprojecten uitgevoerd onder andere over verbetering van loopvaardigheid, begeleiding van familieleden en over elektrostimulatie voor de hand. Voorbeelden van nieuwe onderzoeksonderwerpen zijn: de effectiviteit van cognitieve revalidatie, de behandeling van vermoeidheid, herstel in de eerste twee weken na een beroerte en het nut van fysiofitness als groepsbehandeling na de revalidatie. De resultaten uit wetenschappelijk onderzoek worden toegepast in de zorg.

Blijven investeren in onderzoek is belangrijk voor de toekomst.



Complexe problematiek in samenhang aangepakt

Voor wie is revalidatie?

Revalidatie is bedoeld voor mensen die door een beroerte blijvende beperkingen ervaren in het dagelijkse leven. Iemand heeft bijvoorbeeld problemen bij de persoonlijke verzorging, bij het vervullen van de rol in het gezin, bij werk of hobby's. Van belang is wat mensen vóór de beroerte deden: hoe was het dagelijkse leven ingericht, hoe was de sociale situatie?

Een man van begin zeventig, die thuis een rustig leven leidt met zijn vrouw die het huishouden verzorgt, heeft relatief weinig last van een slecht werkende linkerarm. Voor dagbehandeling kan hij terecht op de revalidatieafdeling van een ziekenhuis of in een revalidatiecentrum. 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 ook 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 iemand 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 iemand met behulp van een revalidatiebehandeling zich na een beroerte weer kan redden. En dat iemand na revalidatie het 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 is maatschappelijk kostenbesparend.

Revalideren in eigen regio

Veel ziekenhuizen hebben een 'Stroke Unit' voor patiënten die een beroerte hebben gehad en een afdeling revalidatie, of een revalidatiearts die als consulent aanwezig is. Er zijn revalidatiemogelijkheden in elke regio. Een revalidatiearts is vaak al in de eerste behandel fase op de 'Stroke Unit' in het ziekenhuis betrokken als adviseur of als medebehandelaar. Aan het multidisciplinaire overleg van de 'Stroke Unit' nemen deel een neuroloog, revalidatiearts, (transfer)verpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, maatschappelijk werker (en soms een verpleeghuisarts). Hier wordt besproken hoe de patiënt in het ziekenhuis het beste kan revalideren. Ook bespreekt men wat er na de ziekenhuisopname het beste met de patiënt kan gebeuren.

De patiënt kan direct naar huis, of wordt verwezen naar de poliklinische behandeling in het ziekenhuis, naar een revalidatiebehandeling in een revalidatie-instelling, naar een dagbehandeling van een verpleeghuis of wordt opgenomen in een verpleeg-

huis. De huisarts kan ook iemand vanuit de thuissituatie naar de revalidatiearts doorverwijzen.

Revalidatie onderdeel van zorgnetwerk ('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 die een beroerte hebben gehad, 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 helpt iemand met beperkingen weer zo goed mogelijk te functioneren in het dagelijkse leven, zo zelfstandig mogelijk te zijn en actief aan het leven deel te nemen. Het is essentieel om aan te sluiten bij de wensen van de patiënt. Iemand die altijd dagelijks gekookt heeft, 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 revalidatiedoelen 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 de 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: een multidisciplinaire aanpak. 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 geven aan familie en behandelaars, 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.

Bij de ergotherapie wordt bijvoorbeeld koffie zetten of het bereiden van een maaltijd getraind. Doel is om weer te leren een serie, voor die persoon, belangrijke handelingen veilig en in de juiste volgorde uit te kunnen voeren.

Lees verder op de volgende pagina >



Aanreiken van alternatieven

Hoe verloopt de revalidatiebehandeling

> *Vervolg van vorige pagina*

Bij de psycholoog en de cognitief therapeut worden belangrijke vaardigheden geoefend zoals het opnemen van informatie en het aanleren van geheugenstrategieën - bijvoorbeeld het gebruik van een agenda. Op de afdelingen voor sport, activiteitenbegeleiding en muziektherapie leren de patiënten bezigheden die zij (weer) willen kunnen doen na de revalidatie en waarin zij zich kunnen uiten. Vaak zijn een activiteitenbegeleider, muziektherapeut en sportdocent betrokken bij de behandeling. Voor de patiënt - maar ook voor partner en familie - is de begeleiding door de maatschappelijk werker belangrijk.

Er zijn gespreksgroepen om ervaringen uit te wisselen. Daarnaast 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 vaardigheden getraind die in de therapieën zijn geleerd. De revalidatiearts geeft leiding aan het behandelteam en stelt, in overleg met de patiënt en de familie het behandelplan op. Het team overlegt regelmatig over de vorderingen van de patiënt.

Inzicht met uitzicht

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 het al veel moeilijker te overzien wat de gevolgen daarvan zijn. Mensen die hun geheugen kwijt zijn, weten niet dat ze dingen vergeten en denken er dus ook niet aan een agenda te gebruiken. Revalidatie begeleidt mensen bij het verbeteren van hun inzicht en reikt oplossingen en alternatieven aan.

Klinische revalidatie

Allereerst komt in de klinische fase de zelfverzorging aan bod: wassen, aankleden, tanden poetsen, 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 iemand pas echt met de 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 groeps-gesprek, zoals tijdens een verjaardagsvisite. Ook wordt in deze fase bekeken of mensen hun werk weer op kunnen pakken of een andere zinvolle dagbesteding kunnen vinden, zoals vrijwilligerswerk of het bezoeken van een activiteitencentrum. 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.

MEER INFORMATIE

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

stichting Kennisnetwerk CVA NL
www.kennisnetwerkcva.nl

Nederlandse Hartstichting
www.hartstichting.nl

de Nederlandse CVA-vereniging Samen Verder
www.cva-samenverder.nl

www.revalidatie.nl

COLOFON

Uitgave van Revalidatie Nederland
Oudlaan 4,
Postbus 9696, 3506 GR Utrecht
T 030 2739384
F 030 2739406
info@revalidatie.nl
www.revalidatie.nl

© Revalidatie Nederland, maart 2004
actualisatie juni 2008

Tekst: R. Faber, 2004 / H. Vermeulen, 2007
in samenwerking met
L. Heijnen, revalidatiearts,
lid Werkgroep CVA Nederland (WCN)
P. Koppe, revalidatiearts,
lid Werkgroep CVA Nederland (WCN)
J.M.A. Visser-Meily, revalidatiearts,
voorzitter werkgroep CVA Nederland (WCN)

Fotografie: Inge Hondebrink

Vormgeving: AC+M, Maarssen

Drukwerk: Tailormade, Buren