

PMT na een CVA?

Een onderzoek naar de mogelijke verbanden tussen de centrale behandel- en begeleidingsthema's voor mensen met een CVA, ten opzichte van behandel- en begeleidingsthema's die binnen de Psychomotorische therapie gehanteerd worden.

Afstudeeropdracht PMT-BA

Student: Diderik Rorije

Begeleider: Luuk Sietsma

Beoordelaar: Martin van den Blink

Datum: 03-06-13

Opleiding: School of Human Movement and Sports, Psychomotorische Therapie & Bewegingsagogie

School: Chr. Hogeschool Windesheim



1) Epitome

In this literature research is described or there is a connection between the central treatment and accompaniment themes for men with a cerebrovasculair accident (CVA), and compared with the treatment and accompaniment themes that are handled within the Psychomotor Therapy (PMT).

The possible given treatment, based on the recovery phases (Stokman & Verhoeff, 2011) for men with a CVA, are describing the treatment purposes within these phases. These treatment purposes will be clarified and described by articles, books and research.

Beside this information about the possible recovery route of a CVA patient, will be explained which position PMT takes, on this moment, in this recovery route, by articles, research and books.

This information about the recovery phases, treatment purposes and the position of PMT within this recovery phases, will be compared based on agreements of treatment and accompaniment themes. This comparison concludes that mainly within the rehabilitation phase and the chronic phase of a CVA patient the treatment purposes, connected to the central treatment and handled within PMT, are being applied.

Further research can be focussed on the effects of PMT within the rehabilitation phase and the chronic phase of men with a CVA.

Inhoudsopgave

1. Epitome	Blz. 2
2. Inleiding	Blz. 4
3. Nadere verkenning van het onderzoek	Blz. 4 t/m 7
3.1 De probleemstelling	Blz. 4
3.2 De doelstelling	Blz. 4
3.3 De vraagstelling	Blz. 5
3.4 Literatuuronderzoek	Blz. 6 & 7
3.5 Casus	Blz. 7
4. Resultaten	Blz. 8 t/m 22
4.1 Wat is een CVA?	Blz. 8 & 9
4.2 Welke herstelfasen doorloopt een CVA patiënt?	Blz. 10 & 11
4.3 Welke centrale behandel- en of begeleidingsthema's komen aan de orde, bij CVA-patiënten?	Blz. 12 t/m 15
4.4 Wat is Psychomotorische therapie?	Blz. 16 & 17
4.5 Wat kan de betekenis van Psychomotorische therapie zijn binnen de hersteldoelen van een CVA patiënt?	Blz. 17 t/m 20
4.6 Welke interventies passen bij welk type cliënt?	Blz. 21 & 22
4.7 Overzicht van de resultaten.	Blz. 23
5. Discussie en aanbeveling	Blz. 24
6. Conclusie	Blz. 25
7. Literatuurlijst	Blz. 26 & 27
8. Bijlage	
Bijlage 1: Hypothese mogelijke verbanden tussen type cliënten, succesfactoren en PMT strategieën.	
Bijlage 2: Veelvoorkomende psychosociale problemen.	
Bijlage 3: Zeven PMT invalshoeken.	

2) Inleiding

De aanleiding van het onderzoek

De organisatie Interakt Contour Groep (ICG) biedt zorg en begeleiding aan mensen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) in woonlocaties, dagactiviteitencentra en bij mensen thuis via ambulante begeleiding. Vanaf september 2012 tot mei 2013 mocht ik een pionierstage lopen bij dagactiviteitencentrum AC de Trommel. Tijdens deze stage ben ik geïnteresseerd geraakt in de mogelijke meerwaarde van psychomotorische therapie (PMT) binnen een dagactiviteitencentrum voor mensen met NAH. Deze interesse is de aanleiding voor dit onderzoek. De ervaring van de coördinator van AC de Trommel is dat er een tekort bestaat aan informatie, die duidelijk in kaart brengt of en hoe PMT bij kan dragen aan het werken aan de centrale behandel- en begeleidingsdoelen, voor mensen met NAH, daarbinnen specifiek voor mensen met een cerebrovasculair accident (CVA), die in de chronische fase verkeren. Hopelijk draagt dit onderzoek bij aan nieuwe inzichten over de mogelijke bijdrage van PMT bij CVA-patiënten. Naast mijn scriptiebegeleider hebben de coördinator van AC de Trommel en mijn stagebegeleider mij geholpen om dit literatuuronderzoek mogelijk te maken. Daarnaast waren de ervaringen van collega's en het geduld van familie en vrienden erg waardevol. Daar wil ik hen van harte voor bedanken.

3) Nadere verkenning van het onderzoek

3.1 De probleemstelling

De probleemstelling van dit onderzoek is het tekort aan informatie over de mogelijke toegevoegde waarde die PMT kan zijn voor CVA-patiënten binnen de verschillende herstelfasen. De organisatie ICG vraagt zich af of PMT een positieve invloed kan hebben op de factoren die van invloed zijn op het verdere beloop van de ziekte CVA en of PMT daarmee een positieve bijdrage kan leveren aan de behandeling. Voordat de instelling hier in de praktijk mee aan de slag wil gaan vindt dit literatuuronderzoek plaats. Het onderzoek richt zich op het verschijnsel CVA, de centrale behandelthema's die bij dit verschijnsel aan de orde zijn en de mogelijke betekenis van PMT binnen de diverse herstelfasen van een CVA-patiënt. Dit literatuuronderzoek zal een explorerend onderzoek betreffen, omdat het gericht is op de verbanden tussen de centrale behandel- en begeleiding thema's van mensen met een CVA ten opzichte van PMT thema's. De aanleiding van dit onderzoek komt voort uit het tekort aan kennis en informatie over de mogelijk toegevoegde waarde die PMT kan hebben voor de begeleiding en behandeling van mensen met een CVA in de verschillende herstelfasen en wat ICG en AC de Trommel betreft vooral de chronische fase. Het boek dat Arno Prinsen, psycholoog/gedragsdeskundige bij ICG, in 2008 schreef, genaamd "Heb ik een probleem dan?" wordt binnen ICG als leidraad gebruikt om aan de hulpvraag van de cliënt te werken. De aanpak van dit kwalitatieve onderzoek zal gericht zijn op het systematisch onderzoeken van de huidige behandel- en begeleidingsthema's voor mensen met een CVA.

3.2 De doelstelling (het extern doel)

Het doel van dit explorerend onderzoek is het ontdekken van mogelijke verbanden en het omschrijven of er PMT thema's zijn die een relatie hebben met de centrale behandel- en/of begeleidingsthema's voor mensen met een CVA. De meerwaarde op maatschappelijk gebied is dat de conclusie van dit onderzoek mogelijk meer informatie geeft op de vraag of PMT bij kan dragen aan de sociale participatie en zelfredzaamheid binnen gezin, familie en/of de sociale omgeving van de cliënt. Dit onderzoek gaat op zoek of en hoe PMT aan deze thema's een bijdrage kan leveren. Hierdoor wordt er een verbinding gelegd tussen de centrale behandel- en/of begeleidingsthema's voor mensen met een CVA en PMT thema's. Het belang van de kennis die dit onderzoek voort kan brengen, is dat ICG de aanbevelingen kan gebruiken tijdens hun keuze naar het wel of niet implementeren van PMT binnen AC de Trommel en/of het behandelteam van ICG. Dit onderzoek kan niet alleen belang voor ICG en AC de Trommel hebben, maar ook voor andere dagbestedingcentra en zorginstellingen die zorg bieden aan mensen met een CVA. De theoretische relevantie is dat er mogelijk meer duidelijkheid kan komen over het verband tussen centrale behandel- en begeleidingsthema's voor mensen met een CVA en thema's die binnen PMT aan bod komen. De maatschappelijke relevantie zal vervolgens zijn dat het resultaat van dit onderzoek ook gericht kan worden op andere dagactiviteitencentra's en

zorginstellingen voor mensen met een CVA. De maatschappelijke relevantie is dat deze gegevens deel uit kunnen maken van een mogelijke praktische implementatie van PMT binnen een dagactiviteitencentrum. Voor cliënten kan de kennisvermeerdering van dit kwalitatieve onderzoek de basis zijn voor het oplossingsgericht werken aan hun problemen. "Kennisvermeerdering door theoretisch relevant onderzoek kan immers bijdragen aan oplossingen voor praktische problemen" (Bakker & Van Buuren, 2009, p.17).

3.3 De vraagstelling

Op dit moment heeft PMT geen plaats binnen de stichting Interakt Contour Groep en dus ook niet binnen de dagactiviteitencentra's van deze organisatie. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt:

"Is er een verband tussen de centrale behandel- en begeleidingsthema's voor mensen met een CVA en van behandel- en begeleidingsthema's die binnen de Psychomotorische therapie gehanteerd worden?"

De onderstaande deelvragen moeten zorgen voor een antwoord op de bovenstaande onderzoeksvraag. Deze deelvragen worden gedurende dit onderzoek beantwoord.

- **Wat is een CVA? (paragraaf 4.1)**

Deze paragraaf gaat over de vraag: Wat is een CVA? De casus van meneer Schut, die in paragraaf 3.2 omschreven staat, zal gedurende het onderzoek als leidraad worden genomen tijdens het onderzoek naar het verband tussen de centrale behandel- en begeleidingsthema's van mensen na een CVA, ten opzichte van de behandel- en begeleidingsthema's die binnen de Psychomotorische therapie gehanteerd worden.

- **Welke herstelfasen doorloopt een CVA patiënt? (paragraaf 4.2)**

Na een CVA komt het leven van de patiënt volledig op zijn kop te staan. De zoektocht naar een nieuwe stabiele situatie begint. Paragraaf 4.2 geeft weer welke mogelijke herstelfasen een onderdeel uit kunnen maken van deze zoektocht naar herstel.

- **Welke centrale behandel- en of begeleidingsthema's komen aan de orde, bij CVA-patiënten? (paragraaf 4.3)**

Binnen de herstelfasen uit paragraaf 4.2 komen er verschillende behandel- en begeleidingsthema's aan bod. Welke dat zijn en hoe zijn deze onder te verdelen zijn onder de verschillende aandoeningen van mensen met een CVA, beschrijft paragraaf 4.3.

- **Wat kan de betekenis van PMT zijn binnen de herstelfasen van CVA-cliënten? (paragraaf 4.5)**

Paragraaf 4.4 geeft antwoord op de vraag wat Psychomotorische therapie inhoudt. Omdat hier geen onderzoek naar gedaan hoeft te worden kan deze paragraaf beschouwd worden als een inleiding op paragraaf 4.5. In deze paragraaf krijgt u antwoord op de deelvraag over wat de positie van PMT binnen de herstelfasen van een CVA cliënt is en hoe er vorm gegeven wordt aan de eventuele PMT behandelingen binnen de herstelfasen.

- **Welke interventies passen bij welk type cliënt? (paragraaf 4.6)**

Aan de hand van het boek van Prinsen (2008) genaamd "Heb ik een probleem dan?", geeft paragraaf 4.6 antwoord op de vraag welke interventies er bij welk type cliënt passen. Deze omschrijving van verschillende type cliënten draagt bij in het onderzoeken van de mogelijke verbanden tussen de behandelen en begeleidingsthema's van mensen met een CVA en van PMT behandel- en begeleidingsthema's.

De resultaten van deze vraagstellingen dragen bij aan de conclusie van dit onderzoek. De resultaten zijn gericht op dagactiviteitencentra of andere zorginstellingen voor CVA-patiënten, die een tekort aan informatie ervaren over de mogelijke verbanden tussen de centrale behandel- en begeleidingsthema's voor mensen na een CVA, en van behandel- en begeleidingsthema's die binnen de Psychomotorische therapie gehanteerd worden. In de aanbeveling staan bevindingen en adviezen over de mogelijke aansluiting die centrale behandel- en of begeleidingsthema's voor mensen met een CVA hebben ten opzichte van PMT thema's (zie punt 3. De doelstelling).

3.4 Methode van dit literatuuronderzoek

De gebruikte literatuur voor dit onderzoek is afkomstig uit (vak)literatuur in de vorm van boeken, artikelen uit (vak)tijdschriften, bachelor- en masteronderzoeken en diverse internetwebsites. Hierbij zijn verschillende zoekmachines geraadpleegd. Bij het opzetten van dit onderzoek is gebruik gemaakt van het boek "Onderzoek in de gezondheidszorg" (Bakker & Van Buuren, 2009). Een overzicht van de kenmerken van dit onderzoek, de zoekmachines en zoektermen kunt u vinden in tabel 3.1. De literatuur die bij dit onderzoek gebruikt is heeft bijgedragen aan de kennis over het verschijnsel CVA. Ook heeft het kennis opgeleverd over de positie van behandeling voor mensen met een CVA, daarbij specifiek gelet op de positie van Psychomotorische behandelingen binnen de herstelfasen van een patiënt met een CVA.

Kenmerken van dit onderzoek	Toepassing op dit onderzoek
Kwalitatief onderzoek	Dit onderzoek richt zich op achterliggende oorzaken en ontwikkelingen omtrent de onderzoeksvraag.
Naturalistisch onderzoek	Het vindt plaats in de alledaagse omgeving van de onderzoeker. (In dit geval binnen de stagecontext)
Vergelijken en verklaren	De bevindingen vanuit de literatuur worden in dit onderzoek met elkaar vergeleken. Daarbij worden de onderlinge verbanden ook omschreven.
Resultaten omschrijving	De resultaten vanuit het onderzoek worden uitgebreid en gedetailleerd omschreven vanuit de literatuur.
Werken met woorden en teksten	Er wordt geen onderzoek naar cijfers gedaan. Alles wordt in woorden omschreven.

Naam zoekmachine	Zoektermen bij deze zoekmachine
Mediatheek Chr. Hogeschool Windesheim	Psychomotorische therapie; Niet-aangeboren hersenletsel; CVA; Neurorevalidatie;
HBO Kennisbank	Psychomotorische therapie; Niet-aangeboren hersenletsel;
Google Scholar	Psychomotorische therapie; Psychomotor therapy; Niet-aangeboren hersenletsel; CVA; Acquired brain injury rehabilitation;
PubMed	Acquired brain injury; Acquired brain injury rehabilitation; CVA; Psychomotor therapy;
Narcis	Psychomotorische therapie; Niet-aangeboren hersenletsel; CVA; Acquired brain injury rehabilitation; Psychomotor therapy;
SpringerLink	Psychomotorische therapie; Niet-aangeboren hersenletsel; CVA; Psychomotor therapy;
PiCarta	Niet-aangeboren hersenletsel; CVA; Acquired brain injury rehabilitation; Psychomotor therapy; Neurorevalidatie;

Tabel 3.1: Kenmerken van dit onderzoek

Ervaring van experts en mijn eigen ervaring

Gedurende de negen maanden durende stage bij ICG, AC de Trommel heb ik kennis mogen maken met het verschijnsel CVA. Hierdoor heb ik de informatie vanuit de literatuur kunnen koppelen aan de werkelijke contacten en ervaringen met mensen met een CVA. Deze ervaringen hebben mij nieuwe inzichten en waardevolle gesprekken opgeleverd die als achterliggende ervaring toepasbaar zijn binnen dit onderzoek. Daarnaast hebben er o.a. gesprekken plaats gevonden met een locatiehoofd, een coördinator, een gedragsdeskundige en mijn stagebegeleidster. Deze gesprekken gaven nieuwe informatie over de huidige ontwikkelingen omtrent het behandelteam van ICG en de ontwikkelingen binnen de zorg voor mensen met een CVA. De informatie vanuit deze gesprekken dienen als achtergrond informatie die uiteindelijk kan bijdragen aan het formuleren van aanbevelingen. Een half gestructureerd interview met de gedragsdeskundige van het behandelteam van ICG bood de mogelijkheid om meer te weten te komen over de beschrijving van het behandelproduct dat dit team aanbiedt aan mensen met een CVA.

Literatuur

Het zoeken naar literatuur verliep volgens het “sneeuwbal effect”. Tijdens het lezen van artikelen en boeken kwam ik citaten tegen die verwezen naar bronnen die een meerwaarde konden zijn voor dit onderzoek. Onder literatuur versta ik ook de informatie die op verschillende websites te vinden is. In mijn zoektocht naar informatie die specifiek van toepassing is op dit onderzoek heb ik mailcontact gehad met drie verschillende organisaties. Namelijk de Hersenstichting, NAH-algemeen en Professionals in NAH. Ook heeft er een telefonisch gesprek plaats gevonden met het Paramedisch instituut over hun visie op PMT met betrekking tot CVA patiënten. Uit deze mailcontacten en telefoongesprekken ontstond weer nieuwe informatie en verwijzingen naar literatuur. Het doel van deze contacten is om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de positie van zowel CVA patiënten als PMT binnen de zorgsector.

3.5 Casus meneer Schut

Om de stap naar de praktische toepassing van dit literatuur onderzoek kleiner te maken, zal de casus van meneer Schut als leidraad door dit onderzoek heen lopen. Deze casus zal in veel gevallen als voorbeeld worden gebruikt om aspecten uit het onderzoek toe te lichten.

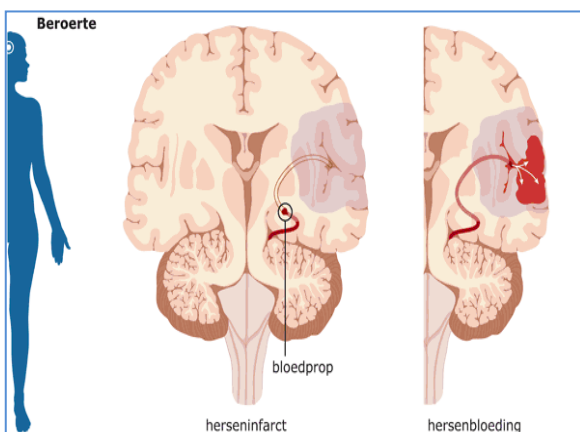
Casus meneer Schut

Meneer Schut is 68 jaar, is getrouwd en heeft twee kinderen die ver weg wonen. Hij is bestuurslid van de plaatselijke basisschool en lid van een bridgeclub. Hij heeft in het verleden geen gezondheidsproblemen gehad. Meneer Schut krijgt een ischemische CVA in de linkerhemisfeer en wordt met spoed opgenomen in het ziekenhuis. In het ziekenhuis wordt er aandacht besteed aan de gevolgen van de CVA. Meneer en mevrouw Schut krijgen psycho-educatie en er wordt doorgesproken over de emotionele gevolgen voor meneer Schut en zijn familie. Na diverse logopedische onderzoeken blijkt dat er bij hem sprake is van een communicatiestoornis, die zich uit in matig taalbegrip en slechte spraak- en taalproductie. De hemiplegie verergert zijn spraakproblemen. In het ziekenhuis wordt meneer Schut niet logopedisch behandeld. Hij verlaat het ziekenhuis na vier dagen en komt in een revalidatiecentrum terecht. Hier wordt hij logopedisch behandeld voor de aanwezige communicatieproblemen, door middel van taal- en articulatieoefeningen. Daarnaast krijgt hij, samen met zijn vrouw, functionele therapie om, ondanks zijn communicatiestoornis, in de thuissituatie te kunnen functioneren. Zijn vrouw fungeert als ondersteunende communicatiepartner. Na zes maanden mag meneer Schut naar huis. Een eerstelijns logopedist zet de logopedische behandeling voort. Mede door de communicatieondersteuning van zijn vrouw is het voor meneer Schut mogelijk om te blijven bridgen. Als resultaat van de logopedische behandelingen is het taalbegrip van meneer Schut verbeterd, maar zijn spraak- en taalproductie zijn nog steeds gestoord. Als gevolg van de communicatieproblemen die hij ondervindt tijdens bestuursvergaderingen, treedt hij af als bestuurslid van de basisschool. Als meneer Schut 71 jaar is, overlijdt zijn vrouw. Hij krijgt nu communicatief geen ondersteuning meer waardoor er veel mis gaat in de communicatie met zijn omgeving. Zo krijgt hij te horen wanneer hij een vraag stelt aan de balie bij de bank: ‘Kom maar terug als u nuchter bent’. Deze opmerking werd geplaatst naar aanleiding van zijn slechte articulatie. In een andere situatie komt hij thuis met krentenbollen in plaats van het bruine brood dat hij wilde kopen, omdat hij in de winkel niet op het juiste woord kon komen. Meneer Schut ziet het zonder de hulp van zijn vrouw ook niet meer zitten om lid te zijn van de bridgeclub. Hij verwaarloost zichzelf en wordt depressief als gevolg van zijn communicatieproblemen. Bij de driemaandelijke controle merkt de huisarts deze verwaarlozing wel op, maar de werkelijke reden van de verwaarlozing ontgaat de huisarts. Hij adviseert thuiszorg, maar de communicatieproblemen van meneer Schut en de gevolgen hiervan verbeteren met thuiszorg niet. In overleg met de logopedist en de dochter besluit de huisarts om meneer Schut te verwijzen naar een verzorgingshuis, op basis van de nog steeds aanwezige hemiplegie en communicatieproblemen.

4) Resultaten

4.1 Wat is een CVA?

Voordat de zoektocht begint naar de mogelijke verbanden tussen de centrale behandel- en begeleidingsthema's voor mensen met een CVA en tussen PMT thema's, geeft deze paragraaf weer wat er verstaan wordt onder een CVA. CVA is de afkorting van cerebrovasculair accident. Palm (2012) definieert een CVA als een bloeding (hersenvloeding) of afsluiting (herseneninfarct) in de hersenen waardoor er een acute verstoring van de bloedcirculatie in de hersenen plaats vindt. Het verschil tussen een herseneninfarct en een hersenvloeding is dat een herseneninfarct een zogenaamde onbloedige CVA is door een afsluiting van een bloedvat in de hersenen. In de casus van meneer Schut wordt dit ook wel een ischemische CVA genoemd. De oorzaak van een herseneninfarct is het dichtslippen van een bloedvat. Een tumor kan ook een herseneninfarct veroorzaken. Bij een hersenvloeding is er sprake van een scheur in de vaatwand. Daardoor stroomt er bloed naar buiten en komt dit op plekken terecht waar het niet thuis hoort. Palm (2012) beschrijft dat aan de buitenkant niet te zien is of het om een herseneninfarct of een hersenvloeding gaat. Daarom is onderzoek in het ziekenhuis, door middel van een CT-scan of een MRI, noodzakelijk om het vervolg van de behandeling vast te stellen. "Conform de cijfers van de Nederlandse CVA Vereniging moeten in Nederland al meer dan een half miljoen mensen met de gevolgen van een CVA leven." (Palm, 2012, p.9). Een CVA is een circulatiestoornis in de bloedvoorziening van de hersenen. "Uit onderzoek blijkt dat 15% van alle sterfgevallen afkomstig zijn van een CVA. De verstoring van de bloedvoorziening in de hersenen zorgt ervoor dat bepaalde gebieden te weinig of helemaal geen bloed meer krijgen. Hierdoor krijgen deze gebieden te weinig zuurstof en glucose. Beide zijn onmisbaar voor een goede werking van de hersenen." (Palm, 2012, p.104). Afbeelding 4.1.1 geeft schematisch weer wat er gebeurt tijdens een herseneninfarct en of een hersenvloeding. De cijfers die Palm (2012) noemt over de prevalentie kunt u aflezen in afbeelding 4.2.2.



Afb. 4.1.1: Wat is een CVA? (Bron: Stimulansz, z.j.).

Cerebrovasculair accident in Nederland;

- Per jaar zijn er **30.000** gevallen van een CVA
- Op dit moment leven er naar schatting **140.000** mensen die een CVA hebben doorgemaakt.
- Circa **35.000** mensen van hen is jonger dan 60 jaar.
- **Driekwart** van de getroffen personen zijn ouder dan 60 jaar.
- **20 %** van de CVA's berust op een hersenvloeding.
- **80 %** van de CVA's berust op een herseneninfarct.

Afb. 4.2.2: Prevalentie CVA in Nederland (Palm 2012).

Een CVA is een hersenletsel dat behoort onder het verschijnsel niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Omdat het verschijnsel NAH in dit onderzoek terug zal komen geef ik, een nadere toelichting over dit verschijnsel. Het Nederlands Centrum Hersenletsel (z.j.) geeft de volgende definitie aan het verschijnsel niet-aangeboren hersenletsel: "Hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot het aangewezen zijn op hulpverlening."

Volgens de website van de Hersenstichting Nederland, (z.j.) vallen onder NAH de volgende letsels:

Traumatisch hersenletsel dat ontstaan is door een oorzaak buiten het lichaam. Voorbeelden hiervan zijn:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Zonder schedelletsel:<ul style="list-style-type: none">- (Verkeers)ongeval;- zwaar voorwerp tegen het hoofd;- klap tegen het hoofd;- val;- shaken baby-syndroom; | <ul style="list-style-type: none">• Met schedelletsel:<ul style="list-style-type: none">- Binnendringen van botgedeeltes als gevolg van schedelbreuk;- Binnendringen van een voorwerp, zoals een kogel, steekwapen of ijzeren voorwerp |
|--|---|

Niet-traumatisch hersenletsel dat ontstaan is door een proces in het lichaam. Voorbeelden van niet-traumatisch hersenletsel zijn:

• Beroerte/Cerebro Vasculair Accident (CVA); - Herseninfarct (afsluiting bloedvat); - Hersenbloeding;	• Infectie; - hersenen (encefalitis); - hersenvliezen (meningitis);
• gezwel/tumor; - vergiftiging/intoxicatie (drugs/alcohol); - zuurstofgebrek (hypoxie/anoxie), ten gevolge van: ○ hartstilstand, bijna-verdrinking, afsluiting luchtpijp, rookvergiftiging;	• epilepsie; • waterhoofd/hydrocephalus; • stofwisselingsaandoeningen; • degeneratieve ziekten; - Multiple Sclerose - Parkinson - Alzheimer - Ziekte van Huntington

De laatst genoemde degeneratieve ziekten laat ik in dit onderzoek verder buiten beschouwing. De Hersenstichting Nederland (z.j.) geeft op haar website aan dat deze ziekten wel onder NAH geclassificeerd kunnen worden, maar in de zorg niet onder NAH genoemd worden omdat de behandeling, zorg en gevolgen van deze aandoening zeer verschilt met de andere vormen (degeneratieve ziekten) van niet-aangeboren hersenletsel. In dit onderzoek richt ik mij vooral op mensen met NAH vanwege een CVA.

De gevolgen van NAH kunnen zeer divers zijn. Gedurende het herstelproces zal steeds duidelijker worden welke gevolgen er precies opgelopen zijn. Pool et al. (2004), geven aan dat hersenletsel zowel somatische, cognitieve, emotionele als gedragsmatige gevolgen kan hebben. Omdat een CVA een hersenletsel is dat onder het verschijnsel NAH valt komen veel gevolgen van een CVA overeen met de gevolgen van NAH in het algemeen. In tabel 4.1.3. staat een overzicht van de mogelijke problemen op de verschillende gebieden volgens Pool et al. (2004). De gevolgen, die cursief gedrukt staan, hebben volgens Palm (2012) een direct verband met de gevolgen van een CVA. Een belangrijk gegeven is dat na een infarct in het linkerhemisfeer, zoals bij meneer Schut het geval is, er aan de rechterzijde van het lichaam uitvalverschijnselen optreden. De hemiplegie van meneer Schut kan dus vertaald worden als een volledige verlamming van lichaamsdelen aan de rechterzijde van het lichaam.

Somatische stoornissen	Cognitieve stoornissen	Emotionele stoornissen	Gedragsmatige stoornissen
Bewustzijnsdaling	<i>Geheugenstoornissen</i>	Apathie	Psychotische stoornissen
<i>Verlammingen</i>	<i>Aandacht en concentratie stoornissen</i>	<i>Initiatiefvermindering</i>	<i>Stemmingsstoornissen</i>
<i>Coördinatiestoornissen</i>	<i>Apraxie</i>	Prikkelbaar/agressie	<i>Angststoornissen</i>
<i>Bewegingsstoornissen</i>	<i>Afasie</i>	<i>Stemmingsveranderingen, stemmingswisselingen</i>	Posttraumatische stress stoornis
<i>Gevoelstoornissen</i>	Apronosie	Woede-uitbarstingen	
<i>Overige zintuiglijke stoornissen. (visus, gehoor, reuk, smaak)</i>	Afname tempo informatie verwerking	Ontremt gedrag	
Incontinentie	Waarnemingstoornis	Decorumafname	
<i>Hoofdpijn</i>	<i>Planning en organisatie problemen</i>	Risico zoekend gedrag	
<i>Moeheid</i>	Beperkte probleemoplossing	<i>Emotionele afname</i>	

Tabel 4.1.3: mogelijke gevolgen van een niet-aangeboren hersenaandoening (Pool et al., 2004).

4.2 Welke herstelfasen doorloopt een CVA patiënt?

Na een CVA komt het leven van de getroffen volledig op zijn kop te staan. Er ontstaat onmiddellijk een herstelproces dat bij iedere getroffen andere vormen aanneemt. Het doel om zo volledig mogelijk te herstellen is bij iedere getroffen gelijk maar de route die bewandeld wordt om dit doel te bereiken is per getroffen anders. In deze paragraaf staan de fasen omschreven die landelijk als leidraad worden genomen wat betreft het herstelproces na een CVA. De casus van meneer Schut is een voorbeeld van zo'n persoonlijke route door de verschillende herstelfasen. In zijn geval kreeg hij te maken met het ziekenhuis, het revalidatiecentrum, de nieuwe thuissituatie en vervolgens met het verzorgingshuis. Deze paragraaf licht deze fasen inhoudelijk toe, zodat aan de hand van deze informatie verder gezocht kan worden naar de centrale behandel- en begeleidingsdoelen binnen deze herstelfasen.

Volgens de Hersenstichting Nederland (z.j.), krijgen jaarlijks 130.000 (nieuwe) mensen te maken met een vorm van hersenletsel. Het wetenschappelijk vakblad *European Journal of Neurology* (juni, 2005), heeft onderzocht dat daarvan 30.789 patiënten een beroerte/CVA hebben gekregen. Van de patiënten die een beroerte/CVA overleven ondervinden de meesten blijvende problemen en beperkingen. Jongkind & Van Rijn (2012) beschrijven in hun onderzoek naar het vormgeven van specifieke zorg voor mensen met hersenletsel, dat het herstelproces van een cliënt in drie fasen te onderscheiden is, namelijk de acute fase, de revalidatiefase en de chronische fase. (Afbeelding 4.2.1) Deze drie fasen wil ik in deze paragraaf verder toelichten aan de hand van het onderzoeksrapport over verbetermogelijkheden voor de zorg voor mensen met een hersenletsel, die in 2011 door Stokman en Verhoeff is geschreven naar aanleiding van het onderzoek dat door Conclusion Advies en Management in 2011 is uitgevoerd.

Acute fase Spoedeisend of Ziekenhuis (1 a 2 weken)	Revalidatiefase Revalidatiecentrum, thuis of verpleeghuis (1 a 2 kwartalen)	Chronische fase thuis of woonvoorziening	
		Re-integratie fase (tenminste 2 tot 3 jaar)	Stabilisatiefase (levenslang)

Figuur 4.2.1: Schematische weergave van herstelfasen (Stokman & Verhoeff, 2011).

De acute fase van het herstelproces

In de acute fase vindt de medische zorg plaats. Volgens Stokman & Verhoeff (2011) is er tijdens deze fase sprake van diagnostiek en behandeling bij spoedeisende zorg of een (korte) ziekenhuisopname. In de eerste weken na een beroerte wordt volgens Beeckmans & Michiels (2005) ongeveer zeventig procent van de patiënten opgenomen in het ziekenhuis. Acht weken na een beroerte is dertig procent van hen nog steeds in het ziekenhuis en/of revalidatiecentrum aanwezig voor behandeling. Volgens Palm (2012) zijn het vooral de medici, zoals neurologen en neurochirurgen, die in de acute fase bepalen welke maatregelen genomen moeten worden om de schade te beperken en de kwaliteit van leven zoveel mogelijk te waarborgen.

De revalidatiefase van het herstelproces

In deze fase richt een cliënt zich na het medisch herstel op praktisch herstel; herstel van lichamelijke en cognitieve functies staat hier centraal. In deze fase vindt bredere diagnostiek plaats naar de gevolgen van het hersenletsel op het lichamelijk, cognitief en praktisch functioneren. Paramedische zorg wordt ingezet, ook is er aandacht voor psychische zorg. Deze fase speelt zich niet alleen in een revalidatiecentrum af. Soms begint deze fase al in het ziekenhuis. Ook zijn er revalidatieafdelingen gekoppeld aan verpleeghuizen voor die mensen die (nog) geen, of minimaal baat bij revalidatie hebben. Anderen revalideren ambulant, zij verblijven thuis. Volgens Stokman & Verhoeff (2011) bestaat de revalidatie uit actieve deelname aan een gevarieerd revalidatieprogramma en duurt deze gemiddeld 1 a 2 kwartalen.

Van Heugten (2001) schrijft namens De Commissie CVA-Revalidatie, in het boek *Revalidatie na een beroerte*, een aanbeveling voor zorgverleners, dat de behandeltrajecten binnen de revalidatiefase per patiënt verschillend kunnen zijn. De volgende behandeltrajecten zijn mogelijk:

- Kortdurende vervolgbehandeling in het ziekenhuis met daarna verdere begeleiding thuis;

- Klinische revalidatie in een revalidatiecentrum;
- Ontslag naar huis met niet-klinische revalidatiebehandeling in ziekenhuis of revalidatiecentrum;
- Revalidatie in het verpleeghuis;
- Ontslag naar huis met dagbehandeling in het verpleeghuis;
- Blijvende opname in het verpleeghuis

Van Heugten zegt (2001) dat het bij het selecteren van een traject van belang is dat er gekeken wordt naar de individuele beperkingen van een patiënt. Daarbij kan bijvoorbeeld gelet worden op de beperkingen die de patiënt tijdens dagelijkse activiteiten ondervindt. Zoals al eerder naar voren kwam heeft een niet-aangeboren hersenletsel bij iedere patiënt weer een andere uitwerking waardoor er in de meeste gevallen geen vooraf vastgesteld protocol gevolgd kan worden.

De chronische fase van het herstelproces

De chronische fase is de (levenslang durende) fase waarin de cliënt, die maximaal 'hersteld' is, leert vorm te geven aan zijn leven na het hersenletsel. Psychosociale zorg en re-integratie in de maatschappij staan centraal. De meeste cliënten in de chronische fase wonen gewoon thuis, al dan niet met mantelzorg en professionele zorg, zoals thuiszorg. Ook zijn er cliënten die zorg krijgen in een woon- of verpleegvoorziening.

De chronische fase is te onderscheiden in twee fasen, namelijk de re- integratie fase en de stabilisatie fase. De re- integratiefase beslaat tenminste de eerste twee jaar na de acute- en revalidatiefase. In deze periode moet actief gewerkt worden aan inzicht, acceptatie, ontdekken van mogelijkheden en vinden van nieuwe manieren om te participeren in de maatschappij. In deze eerste periode van de chronische fase is de opgave: re-integreren in het gewone leven, mogelijk werk en andere maatschappelijke activiteiten. De stabilisatiefase volgt op de re-integratiefase en duurt levenslang. Dit is de fase waarin een (hernieuwd) stabiel, evenwichtig leven centraal staat (Stokman & Verhoeff, 2011).

Samenhang van deze fasen

De hierboven beschreven fasen overlappen elkaar en is bij geen enkele patiënt met een CVA gelijk. Dit zorgt ervoor dat er tijdens deze drie fasen verschillende disciplines bezig zijn met het herstelproces van de patiënt. Hierdoor ontstaat er een complexe zorgsituatie waarbij communicatie noodzakelijk is. Volgens Beeckmans & Michiels (2005) wordt de eerste stap hierin gezet door de zogenaamde 'stroke-unit'. Dit is een eenheid die in de meeste universitaire en algemene ziekenhuizen bestaat. Zij bieden optimale zorg en verzorgen de eventuele doorverwijzingen naar een revalidatiecentrum. Het werk van deze 'stroke-unit' kan worden gezien als de basis voor het verdere herstelproces van een patiënt met een CVA.

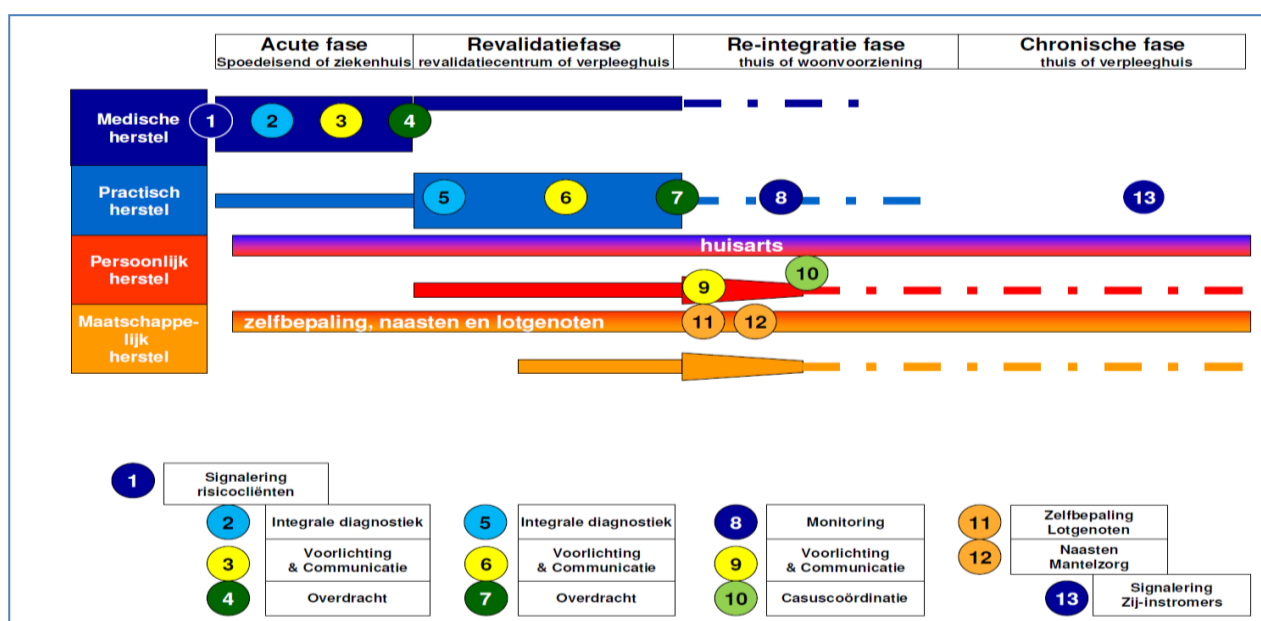
Nu deze herstelfasen zijn toegelicht rest de vraag welke centrale behandel- en/of begeleidingsthema's er binnen deze fasen omschreven worden. In de volgende paragraaf kunt u hier meer over lezen. Deze verdieping is van belang omdat er op basis van deze thema's voor mensen met een CVA, verder gezocht kan worden naar eventuele verbanden met de invalshoeken die binnen de Psychomotorische therapie gehanteerd worden. Om ervoor te zorgen dat de kwaliteit van de zorg voor mensen met een hersenletsel zo goed mogelijk blijft, vinden er onderzoeken plaats naar verschillende behandel- en begeleidingsmethoden. Het onderzoek; "Navigeren naar herstel" is zo'n onderzoek dat in 2011 namens de Hersenstichting Nederland is uitgevoerd, door Stokman en Verhoeff.

In dat onderzoeksrapport worden 5 navigatieroutes beschreven. In dit onderzoek zal de meeste nadruk op de "Revalidatieroute" komen te liggen. Deze route wordt als volgt omschreven: "Cliënten doorlopen een revalidatietraject intramuraal en/of poliklinisch. Daarna wonen ze zelfstandig thuis, eventueel ondersteund met ambulante woonbegeleiding" (Stokman & Verhoeff, 2011, p.14).

De reden dat deze route de meeste aandacht zal krijgen, is omdat dit onderzoek gericht is op cliënten die in hun herstelfasen zowel met een opname in het ziekenhuis als in een revalidatiecentrum te maken krijgen, gevolgd door het terugkeren naar huis waar vervolgens, onder eventuele ambulante begeleiding, aan maatschappelijk herstel gewerkt kan worden. De meeste deelnemers vanuit ICG, AC de Trommel hebben deze route doorlopen. Door deze route als leidraad voor dit onderzoek te nemen blijft het onderzoek compact.

4.3 Welke centrale behandel- en of begeleidingsthema's komen aan de orde, bij CVA-patiënten?

Voordat er doelen kunnen worden opgesteld die mogelijk mee werken aan het herstel van de patiënt, speelt de vraag of er herstel mogelijk is een rol. Palm (2012) schrijft dat elk mens uniek is en elk herstelproces daarom ook. Hierdoor kunnen er geen individuele uitspraken worden gedaan over de snelheid en de vorm van het herstelproces. "Beschadigde structuren in het brein kunnen door de veranderbaarheid van onze hersenen (plasticiteit) worden omzeild en een aanvankelijk verstoorde interactie tussen onbeschadigde systemen kan geleidelijk herstellen" (Palm, 2012, p.38). In het onderzoeksrapport genaamd 'Navigeren naar herstel' (Stokman & Verhoeff, 2011) staat een verslag van een onderzoek van Hersenstichting Nederland. Op basis van dit onderzoek zijn er 13 door hen genoemde succesfactoren vastgesteld die ervoor moeten zorgen dat de zorg voor mensen met een CVA goed verloopt en samenhangt. Aan de hand van het model "Kritische succesfactoren per fase", (Stokman & Verhoeff, 2011) dat u in afbeelding 4.3.1 kunt zien, wil ik deze en andere hersteldoelen onderscheiden en/of bundelen. Naast de 13 succesfactoren uit afbeelding 4.3.1 zullen ook de hersteldoelen per herstelfase verderop in dit onderzoek terugkomen op het moment dat de mogelijke verbanden met invalshoeken vanuit Psychomotorische therapie worden omschreven.



Afbeelding 4.3.1: model Kritische succesfactoren per fase. (Stokman & Verhoeff, 2011)

Hersteldoelen in de acute fase

Zoals in figuur 4.3.1 af te lezen is staan in de acute fase vooral de medische hersteldoelen centraal. Volgens Stokman en Verhoeff (2011) kunt u hierbij denken aan het herstel van lichamelijke en cognitieve functies en aan het tegengaan van functieverlies. Beeckmans & Michiels (2005) beschrijven dat voor het vaststellen van de cognitieve problemen die ontstaan zijn door een CVA een consultatie bij een medisch specialist of een neuropsycholoog nodig is. Binnen deze neuropsychologische revalidatie worden vier behandelmethoden van elkaar onderscheiden die in combinatie met elkaar toegepast kunnen worden en aansluiten bij de cognitieve stoornissen, emotionele problemen en gedragsveranderingen. Volgens Beeckmans & Michiels (2005) zijn deze behandelmethoden als volgt te omschrijven:

- Psycho-educatie:
 - Informeren van de patiënt en direct betrokkenen over de aard en de ernst van de cognitieve stoornissen, emotionele problemen en gedragsveranderingen die van essentieel belang zijn.
- Cognitieve revalidatie:
 - De behandeling van cognitieve stoornissen staat op de voorgrond.
- Psychologische begeleiding:
 - De klemtoon ligt op de aanpak van de emotionele problemen bij de patiënt en zijn familie.
- Gedragsmodificatie:

- Er wordt geprobeerd om ongewenst gedrag te verminderen en gewenst gedrag te doen toenemen.

Deze aspecten zijn ook terug te vinden in de casus over meneer Schut. Hij krijgt tijdens zijn ziekenhuis opname in de acute fase, psycho-educatie aangeboden. Hij en zijn familie ontvangen zorg over de emotionele gevolgen van de CVA van meneer Schut.

Deze behandelingen in de acute fase worden verzorgd door verschillende specialisten uit diverse disciplines. Door middel van een nauwe samenwerking zorgen zij ervoor dat iedere discipline zijn eigen bijdrage levert binnen de behandelmethoden. De klinisch psycholoog en de neuropsycholoog fungeren als coördinator over een multidisciplinair team dat kan bestaan uit de volgende disciplines;

- Neuropsychologen, klinische psychologen, neurologen, psychiaters, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, logopedisten, verpleegkundigen en sociale dienstverleners.

Beeckmans & Michiels (2005) vermelden in hun boek dat de bovengenoemde behandelingen bij voorkeur plaats vinden in een ziekenhuis met een (revalidatie)centrum of afdeling die gespecialiseerd is in het behandelen van patiënten met een CVA. Dit geeft direct de overlap weer tussen de acute en de revalidatiefase. De klinisch psycholoog en de neuropsycholoog coördineren zowel het medisch herstel als ook de eerste stappen binnen het praktische herstel. Tijdens deze acute fase wordt er volgens Palm (2012) een structuur geboden aan de patiënt, waardoor de ernstige zichtbare stoornissen en beperkingen die door het hersenletsel zijn opgetreden opvallen. De subtiele en minder tot niet-zichtbare beperkingen komen door deze aangeboden structuur juist nog nauwelijks aan het licht.

Hersteldoelen in de revalidatiefase

Het hoofddoel dat binnen de revalidatiefase centraal staat is het praktisch herstel van de patiënt. Tijdens de revalidatiefase zal hier de eerste aanzet toe worden gegeven maar dit doel zal ook in de chronische fase nog een belangrijke rol spelen. Stokman & Verhoeff (2011) leggen vooral de nadruk op de doelen, leren omgaan met de beperkingen, en het maken van aanpassingen in het dagelijkse leven. Palm (2012) sluit zich bij deze doelen aan omdat volgens haar het accent voornamelijk ligt op het te boven komen van de beperkingen. Om hieraan te werken krijgt de patiënt bijvoorbeeld 'looptrainingen' en 'cognitieve revalidatie'. De cognitieve revalidatie bevat onderdelen als het aanleren van nieuwe strategieën en bijvoorbeeld een aandachtcompensatiestraining. In tegenstelling tot de acute fase wordt er in de revalidatiefase meer een beroep gedaan op de restvermogens van de patiënt. Palm (2012) geeft hiervan als voorbeeld dat de patiënt zelf naar de therapieën moet komen en zelf gebruik mag maken van bijvoorbeeld een conversatieruimte. In het onderzoek van Stokman en Verhoeff, dat in 2011 verscheen, worden de volgende doelen beschreven die van belang zijn voor samenhangende zorg en voor het herstel van de patiënt:

- Voortborduren op de diagnose die in het ziekenhuis is gegeven, om zo gerichte behandeling in te kunnen zetten.
- Het bekijken van de functioneringsgebieden van de patiënt.
- De cliënt voorlichten over het hanteren van de aandoening en de situatie waarin het invoeren van hulp wenselijk is.

De Commissie CVA-Revalidatie heeft onder redactie van -van Heugten (2001) richtlijnen en aanbevelingen geschreven voor zorgverleners van de revaliderende patiënt. Voordat er een revalidatieplan wordt opgesteld door het multidisciplinair team wordt iedere patiënt door de arts doorverwezen voor een intake bij een gezondheidszorgpsycholoog. De behandeling van de patiënt kan geregistreerd worden volgens de methode; Revalidatie Activiteiten Profiel (RAP). Deze methode onderscheidt vijf domeinen: communicatie, mobiliteit, persoonlijke verzorging, dagbesteding en relaties. Deze vijf domeinen wil ik gebruiken als "kapstok" voor de mogelijke behandeldoelen die binnen de revalidatiefase aan bod kunnen komen. Hieronder staat in grote lijnen omschreven wat er onder deze vijf domeinen wordt verstaan.

- communicatie;
 - Logopedie: onderzoek en behandeling bij eventuele stoornis over spraak, begrijpen, lezen en of schrijven.
 - Afasiebehandeling voor patiënt en voorlichting voor de familie (eventueel adviseren en aanleren van het gebruik van een communicatiehulpmiddel).
- mobiliteit;
 - handhaven en/of veranderen van de houding (transfers), lopen, verplaatsen met een rolstoel, traplopen en het gebruik van vervoermiddelen.
 - leren zelfstandig en veilig te verplaatsen.
 - trainen van evenwicht in stand- en loopvaardigheden.
- persoonlijke verzorging;
 - observeren en behandelen van de activiteiten voor de persoonlijke verzorging (ADL).
 - Het meten van de mate van afhankelijkheid in het dagelijks functioneren.
- dagbesteding;
 - zoeken naar dagbestedingsmogelijkheden die aansluiten bij de individuele mogelijkheden van een patiënt, om zo overbelasting bij de partner te voorkomen.
 - Aanmoedigen en mogelijk maken van vrijetijdsbesteding die door de patiënt wordt gewaardeerd.
- relaties;
 - voorlichting geven aan familie en naasten over de zichtbare en onzichtbare gevolgen voor de patiënt en zijn omgeving.
 - Seksuele voorlichting over de mogelijke verandering na een beroerte.

In deze fase van het herstelproces van een CVA patiënt komt de nadruk meer te liggen op de omgeving van de patiënt. De sociale kring wordt betrokken bij voorlichtingen over mogelijke gevolgen van het letsel. De diagnostiek die in de acute fase is opgestart wordt verder uitgebreid en waar nodig aangepast aan de nieuwe vorderingen en of ontwikkelingen van een patiënt.

Hersteldoelen in de chronische fase

De chronische fase wordt opgedeeld in twee subfasen. Namelijk de re-integratie fase en de stabilisatie fase. Binnen de re-integratie fase, die 2 tot 3 jaar duurt, vinden er andere hersteldoelen plaats dan binnen de stabilisatiefase die levenslang duurt. Volgens Stokman en Verhoeff (2011) moet er in de re-integratie fase actief gewerkt worden aan inzicht, acceptatie en ontdekken van mogelijkheden naar het vinden van nieuwe manieren om te participeren in de maatschappij. Deze eerste periode staat voornamelijk het re-integreren in het “gewone” leven, werk en andere maatschappelijke activiteiten centraal. Zoals het woord stabilisatie al duidelijk maakt ligt de nadruk in deze fase op het zoeken naar een stabiel en hernieuwd leven.

Het merendeel van de patiënten gaat naar huis (90%) of naar een verpleeghuis, woonvorm of begeleid wonen (10%). De structuur die aanwezig was tijdens de revalidatiefase valt nu weg. Volgens Palm (2012) ligt de nadruk nu vooral op participatie aan de samenleving en krijgt de persoon in kwestie hooguit nog fysiotherapie, logopedie of ergotherapie. Het doel van deze behandelingen is om te proberen de vaardigheden te behouden en steeds beter met de beperkingen om te gaan. Dat dit doel in de praktijk een grote stap blijkt te zijn komt in het volgende citaat naar voren; *‘Met mijn ontslag uit het revalidatiecentrum begon een ander leven dat niet onmiddellijk een voortzetting was van mijn oude leven. Ik was genezen verklaard, maar ik voelde mij niet genezen. En ik was eigenlijk ook nog niet genezen. Mijn genezenverklaring betekende eigenlijk niets anders dan dat het revalidatiecentrum niets meer voor mij wilde doen.’* (Max Pam, Het Ravijn, 2004)

Gebroers, Visser-Meily, Schepers & Bos (2010) sluiten zich hierbij aan door aan te geven dat er binnen de chronische fase op minder medische interesse gerekend kan worden omdat er minder ‘te doen’ is maar meer ‘te begeleiden’. Zij schrijven dat uit informatie van stroke service blijkt dat afspraken over zorgaanbod in de

keten meestal niet verder reiken dan een jaar na het CVA. “De psychosociale gevolgen voor de patiënt en de invloed daarvan op relatie, gezin, inkomen en zorgzwaarte, zijn langdurig en kunnen leiden tot overbelasting van het ‘zorgsysteem’.” (Gebroers et al., 2010, p.2441) Visser-Meily en Heugten (2007) schrijven in een artikel voor het Nederlands Tijdschrift Geneeskunde dat er een goed beeld bestaat van de benodigde zorg in de acute fase en de revalidatiefase, maar dat over de chronische fase veel minder bekend is. In deze fase staan volgens hen psychosociale problemen, zoals sociale problemen, emotionele veranderingen, cognitieve stoornissen en overbelaste mantelzorg, op de voorgrond. Aan de hand van een casus brengen zij de psychosociale problemen van een CVA cliënt in de chronische fase in beeld.

Cliënt A; 67 jaar, op 38 jarige leeftijd een herseninfarct aan linker hemisfeer, sinds 15 jaar epilepsie.

Beperkingen; volledige hemiparese rechts, rechter arm niet inzetbaar, afasie, expressiemogelijkheden aangetast. Fietsen lukt niet meer door gebruik van antiepileptica.

Psychosociale problemen; gestopt met werken en daardoor weinig bezigheden. Doordat er geen tijdsbesteding meer is doet hij in alles een beroep op zijn partner, die dit als belastend ervaart. Cliënt A voelt zich hierdoor somber en afhankelijk.

Hersteldoel: Structuur en voldoening vinden in vrijetijdsbesteding.

Activiteit: Fysiofitness op maat in de eigen omgeving, computercursus, 2 keer in de week fitnessen. Het uitproberen van een ligfiets of een driewieler is een mogelijk volgende stap.

Zoals blijkt uit de bovenstaande casus is de chronische fase in de meeste gevallen niet stabiel. De meeste cliënten ervaren beperkingen op het gebied van werk, vrijetijdsbesteding en binnen de sociale kring van het gezin en de familie. Visser-Meily en Heugten (2007) vatten deze psychosociale problemen en de mogelijke aanpak hiervan als samen zoals te zien is in bijlage 2.

De conclusie die je uit dit deze paragraaf kunt trekken is dat de 13 succesfactoren, die Stokman & Verhoeff in 2011 hebben opgesteld, als leidraad door de herstelfasen heen lopen. Deze succesfactoren sluiten aan bij de algemene behandel- en begeleidingsdoelen van een cliënt met een CVA. In iedere fase zijn de behandel- en begeleidingsdoelen uiteindelijk gericht op een zo optimaal mogelijk herstel en/of behoud van de mogelijkheden van de cliënt. Het verschil per herstelfase wordt meer zichtbaar op het gebied van de aangeboden structuur. De structuur neemt andere vormen aan naarmate de cliënt meer inzicht en controle over zijn mogelijkheden ontwikkelt. De structuur die tijdens de acute fase aanwezig is, omdat de cliënt een lage zelfredzaamheid en een hoge behandelintensiteit heeft, verandert tijdens de revalidatiefase waar de cliënt wordt geleerd om zijn nieuwe mogelijkheden te ontdekken en de onmogelijkheden beetje bij beetje te accepteren. Vervolgens komt de invulling van de structuur meer en meer in de handen van de cliënt en zijn omgeving te liggen op het moment dat de cliënt zich in de chronische fase bevindt. Deze opbouw is ook zichtbaar in de casus van meneer Schut. Na de psycho-educatie die hij in het ziekenhuis ontvangen heeft ontstaan er verschillende gestructureerde behandel- en begeleidingsmomenten. Na zijn periode in het revalidatiecentrum ontstaan er nieuwe structuren omdat meneer Schut weer thuis gaat wonen bij zijn vrouw. Tijdens de chronische fase overlijdt de vrouw van meneer Schut waardoor hij niet meer in staat is om voor zichzelf te zorgen en optimistisch te blijven over zijn mogelijkheden. Kortom: meneer Schut kan zijn eigen structuur niet creëren waardoor hij in het verzorgingshuis terecht komt.

Voordat de behandel- en begeleidings thema's die binnen PMT aan bod kunnen komen besproken worden, kunt u in de volgende paragraaf lezen wat PMT precies inhoudt en welke werkwijze er binnen de PMT gehanteerd wordt. Er worden verschillende strategieën en invalshoeken besproken die als leidraad worden genomen tijdens de therapie. Deze strategieën dragen bij aan het onderzoeken van de mogelijke verbanden tussen de centrale behandel- en begeleidingsthema's die binnen de in paragraaf 4.2 en 4.3 aan de orde zijn gekomen en tussen behandel- en begeleidingsthema's die binnen de PMT gehanteerd kunnen worden.

4.4 Wat is Psychomotorische therapie?

In dit onderzoek naar een mogelijk verband tussen de behandel- en begeleidingsthema's van mensen met een CVA en behandel- en begeleidingsthema's die binnen de psychomotorische therapie (PMT) gehanteerd kunnen worden, heeft u in paragraaf 4.3 kunnen lezen welke thema's er in het algemeen voor mensen met een CVA gehanteerd worden. In deze paragraaf krijgt u antwoord op de vraag, wat psychomotorische therapie inhoudt en op welke basis een PMT-er te werk kan gaan. In het beroepsprofiel van de psychomotorisch therapeut wordt PMT als volgt gedefinieerd; "Psychomotorische therapie is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag" (Beroepsprofiel PMT, 2009, p.5). Het doel van psychomotorische therapie is door diezelfde Nederlandse vereniging voor Psychomotorische therapeuten, als volgt geformuleerd; "De cliënt zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te laten komen en stil te laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of zich te laten richten op de beleving van het lichaam. (Beroepsprofiel PMT, 2009, p.5). Volgens Hekking & Fellingier (2011) is PMT gebaseerd op het gegeven dat mensen een onlosmakelijke fysieke relatie hebben met de wereld om hen heen. In hun boek geven zij een helder voorbeeld door te noemen dat mensen zichzelf en hun problemen, laten zien door de wijze waarop zij de dingen doen en laten. Mede om die reden is PMT in 1995 door de Nederlandse overheid erkend als beroep in de gezondheidszorg.

In het beroepsprofiel psychomotorische therapie (2009) worden er drie specifieke behandelstrategieën omschreven die de PMT-er volgt om de doelstellingen te bereiken. Deze drie behandelstrategieën staan in tabel 4.4.1 omschreven en komen in paragraaf 4.5 terug tijdens het zoeken naar een verband tussen de behandel- en begeleidingsthema's van mensen met een CVA en de behandel- en begeleidingsthema's binnen de psychomotorische therapie.

Oefengerichte-functionele strategie

(accent op hier-en-nu)

Gericht op:

- *stabilisering en op het ontwikkelen en/of herstellen lichamelijke functies.*

Kenmerken van oefengericht aanbod:
- *gestructureerd in de vorm van een training.*

- *gericht op functionele aspecten als kracht, uithoudingsvermogen, lichaamsbewustwording, ademhaling en gedragsgeoriënteerde trainingen (bijv. spanningsregulatie).*

Ervaringsgerichte-stimulerende strategie

(accent op hier-en-nu en daar)

Gericht op:

- *aanbieden van concreet-lichamelijke nieuwe of alternatieve ervaringen.*

- *uitbereiden van mogelijkheden en gedragsrepertoire.*

Kenmerken van ervaringsgericht aanbod:
- *ontwikkelen van of herontdekken van (bewegings)mogelijkheden.*
- *bevat elementen van zelfontplooiing en identiteitsversterking.*

Ontdekkende-conflictgerichte strategie

(accent op hier-en-nu, daar en toen)

Gericht op:

- *inzicht in mogelijke verwerking van persoonlijke biografie.*

- *koppeling van lichamelijke ervaringen in het hier en nu met vroegere ervaringen.*

Kenmerken ontdekkingsgericht aanbod:
- *symbolisch werken tijdens actieve therapie (bijv. d.m.v. Pesso Boyden Psychomotor Therapy, Gestalttherapie).*

Tabel 4.4.1 Behandelstrategieën volgens Beroepsprofiel PMT (2009).

Tijdens het werken door middel van deze drie strategieën, observeert de Psychomotorische therapeut het gedrag van de cliënt dat zich tijdens belevings- en bewegingssituaties afspeelt. Deze contexten worden gebruikt om, afhankelijk van het doel van de cliënt, bewegings- en belevingsgedrag op te roepen en te duiden aan de hand van de LECS-ordening. Deze ordening is een praktische bewerking van het biopsychosociaal model (zie. *Psychomotorische therapie: een inleiding*, Hekking & Fellingier, 2011).

L staat voor de van buitenaf en soms van binnen merkbare lichamelijke aspecten van het gedrag (bijv. trillende handen, pijn in de buik, trage bewegingen).

E staat voor de van buiten en binnen merkbare emoties die iemand heeft (bijv. huilen, angstige gevoelens, blijdschap en woede).

C staat voor de cognitieve aspecten van het gedrag (bijv. wat denkt iemand nu, wat zijn de normen en waarden, vooroordelen).

S staat voor de sociale aspecten van het gedrag (bijv. in hoeverre is dit gedrag sociaal gedefinieerd, gericht op anderen/jezelf).

De PMT-er gebruikt deze componenten om het gedrag van iemand te kunnen beschrijven en de belangrijkste aspecten te benoemen. Van daaruit kan de PMT-er bepalen op welk aspect hij moet aangrijpen om het gedrag van de cliënt te beïnvloeden. Dit LECS-model geeft aangrijpingspunten voor de interventies met de cliënt in de zaal. Om de psychosociale last van een cliënt aan te pakken worden er doelen gesteld aan de hand van de hulpvraag. Bewegen is een middel om deze psychosociale doelen te bereiken. Binnen de opleiding PMT-BA (onderdeel van de Calo, Windesheim, Zwolle) wordt de studenten geleerd om aan de hand van verschillende invalshoeken de mogelijke psychosociale hulpvragen en doelen te ordenen.

Deze invalshoeken zijn ontstaan vanuit de ervaringen van docenten binnen de werkvelden van PMT waarna deze vervolgens intern zijn gepubliceerd (Fellinger, 2010). Tijdens het werken met deze invalshoeken binnen het vak Activiteitenpracticum gaf de docent aan dat de invalshoeken practice based zijn vanwege de achterliggende ervaringen die in de omschrijving terug te vinden is. Het verband tussen LECS en de zeven PMT-invalshoeken worden aan de hand van de vier onderstaande voorbeelden beschreven.

- Met de invalshoek *Motorische instrumentele sensibeleit (M.I.S.)* wordt de gevoeligheid van iemand voor het materiële en voor de voorwerpen om hem heen bedoeld. Een voorbeeld hiervan is dat je bij een mindere M.I.S. tegen iemand aanbotst als je met je rugzak op door de trein heen loopt. Je bent dat minder goed in contact met de dingen om je heen. In het geval van iemand met NAH moet je alles opnieuw verkennen rondom M.I.S. omdat je lichaam anders functioneert dan voor het hersenletsel. M.I.S. is aan de hand van de LECS-ordening te duiden op de L van lichamelijk omdat deze staat voor de van buitenaf en soms van binnen merkbare lichamelijke aspecten van het gedrag.
- De invalshoek *Lichaamsbeleving* gaat over hetgeen je aan je lijf kan beleven, voelen en waarnemen en waarbij je tijdens het bewegen en handelen een betekenis aan kan geven. Binnen de doelgroep CVA komt het veel voor dat mensen hun lichaam niet meer waarderen n.a.v. hun hersenletsel. Op basis van deze hulpvraag kan er een doel worden gesteld. Lichaamsbeleving is aan de hand van de LECS-ordening te duiden op de E van emotioneel omdat deze staat voor de van buiten en binnen merkbare emoties die iemand heeft.
- Met de invalshoek *Relaxatie* wordt ook wel ontspanning bedoeld. Dit thema is dan ook gericht op het wel/niet ontspannen zijn. Een onderdeel van het werken binnen dit thema zijn de diverse ontspanningstechnieken. Deze kunnen bijdragen aan het verkennen van de momenten waarop en op welke manier jij spanning en of ontspanning ervaart Relaxatie is aan de hand van de LECS-ordening te duiden op de C van cognitief omdat deze staat voor de cognitieve aspecten van het gedrag.
- Bij het thema *Motorische sociale sensibeleit (M.S.S.)* gaat het om de gevoeligheid die iemand heeft voor de sociale context om hem of haar heen. Onderwerpen die hierbij aan de orde komen zijn; contact maken met anderen, samenwerken, afstand en nabijheid, nee kunnen zeggen, leiding nemen en geven, luisteren naar elkaar en het verdragen van elkaar. M.S.S. is aan de hand van de LECS-ordening te duiden op de S van sociaal omdat deze staat voor de sociale aspecten van het gedrag.

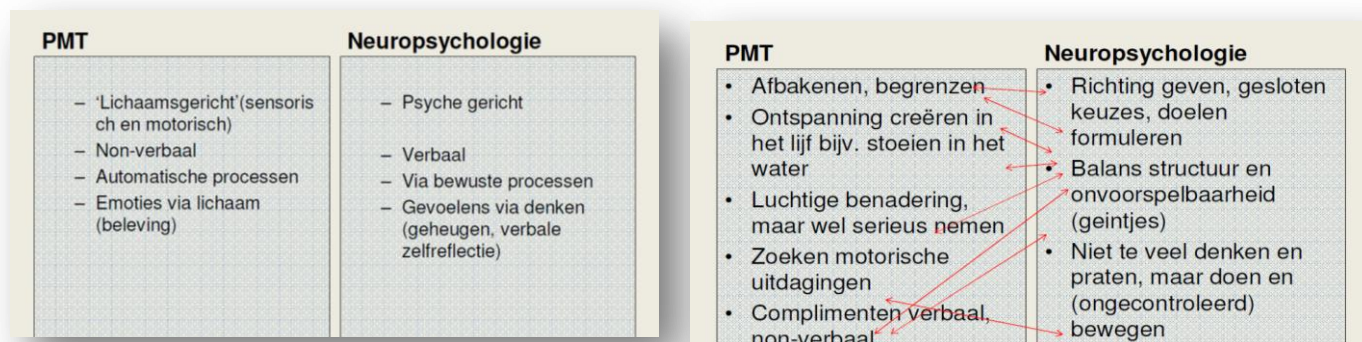
De PMT-invalshoeken hebben verband met de LECS-ordening en komen in paragraaf 4.5 terug als de mogelijke betekenis van PMT binnen de hersteldoelen van CVA-patiënten wordt omschreven. Naast de vier PMT-invalshoeken die in deze paragraaf aan de LECS-ordening gekoppeld zijn, staat het volledige overzicht van deze zeven invalshoeken in bijlage 3.

4.5 Wat kan de betekenis van PMT zijn binnen de hersteldoelen van CVA-cliënten?

Deze paragraaf geeft voorbeelden weer van betekenissen van PMT binnen de hersteldoelen van CVA-cliënten. Om overzicht te krijgen over datgene wat er in literatuur genoemd wordt zijn deze voorbeelden puntsgewijs geformuleerd. Deze voorbeelden zullen in paragraaf 4.6 terugkomen tijdens het zoeken naar verbanden tussen de behandel- en begeleidingsthema's van een CVA-patiënt en behandel- en begeleidingsthema's die binnen de PMT gehanteerd kunnen worden. Tijdens deze zoektocht naar de betekenis van Psychomotorische therapie (PMT) binnen het herstelproces van een CVA-patiënt, valt het op dat er weinig bekend is over de specifieke combinatie van CVA en PMT. Zoals in paragraaf 4.1 beschreven staat is CVA een onderdeel van NAH.

Door deze beperktheid in informatie richt deze paragraaf zich op de positie van PMT ten opzichte van het verschijnsel NAH. In de meeste gevallen betreft het ook de CVA-cliënten maar worden deze niet specifiek benoemd in de onderzoeken en artikelen.

- Een voorbeeld hiervan is dat Probst et al. (2010), d.m.v. een open Access uitleg geven over de internationale verbanden die er zijn tussen de PMT-ers. In dit artikel worden diverse doelgroepen en interventies aan de orde gesteld. Informatie over hersenletsel ontbreekt.
- Daarnaast wordt PMT in de literatuur aangestipt. Zo geven Jongkind & Van Rijn (2012) in hun onderzoek aan dat het voor mensen met NAH in de context van participatie of maatschappelijke deelname, belangrijk is dat paramedische disciplines betrokken worden. Psychomotorische therapie is volgens hen zo'n paramedische discipline die een bijdrage kan leveren aan de diagnostiek bij hersenletsel op psychomotorisch gebied.
- Ook Hekking & Fellingner (2011) beschrijven dat Psychomotorische therapeuten meer en meer hun plaats vinden binnen een behandelteam van een revalidatiecentrum. "Psychomotorische therapie in de revalidatie heeft naast haar specialistisch karakter, een nadrukkelijk generalistisch karakter (gericht op het vergroten van de activiteitsmogelijkheden en participatie van cliënten in hun leefomgeving)" (Hekking & Fellingner, 2011, p.90). Dit citaat sluit aan bij het hersteldoel binnen de revalidatiefase die in paragraaf 4.3 beschreven staat, namelijk dat er op het gebied van mobiliteit en dagbesteding gezocht moet worden naar mogelijkheden om eigen vaardigheden te vergroten. De invalshoeken M.I.S. en kracht (bijlage 3) vinden aansluiting bij deze doelen uit de revalidatiefase omdat deze invalshoeken gericht zijn op het verkennen van eigen mogelijkheden en de mogelijkheden die de omgeving te bieden heeft. De neuropsycholoog Lafosse (2009) schrijft in een artikel dat de bewustwording toeneemt maar de specialistische capaciteit beperkt is. Hij verwoordt dit als volgt: "Nu trachten steeds meer paramedici de leemte op te vullen die valt tussen de beperkte specialistische capaciteit aan de ene kant en de toegenomen bewustwording van de neuropsychologische gevolgen van hersenletsel en het effect hiervan op de mogelijke behandelingen aan de andere kant. Hoewel dit een logisch gevolg is, bergt het gevaar in zich dat men met onvoldoende kennis, te weinig referentiekader en inadequate instrumenten te weinig onderbouwde uitspraken doet over mogelijke probleemgebieden" (Lafosse, 2009, p.172). Verder schrijft hij dat er onderzoek nodig is naar verschillende behandelvormen, zowel gericht op de cognitieve revalidatie als op het meer psychosociale functioneren voor mensen met NAH.
- Het doel om cognitief en psychosociaal te revalideren wordt in paragraaf 4.3 ook door Beeckmans & Michiels (2005) aan de orde gesteld. Daarnaast gelden cognitieve revalidatie en psychosociale revalidatie ook als behandel- en begeleidingsdoel binnen de revalidatiefase en binnen de chronische fase (zie paragraaf 4.3). De oefengerichte PMT strategie is gericht op het vergroten van waarneming, beleving en gedrag, waardoor deze strategie aansluit bij het doel om cognitief en psychosociaal te revalideren, zoals binnen de drie herstelfasen van een CVA-patiënt het geval is.
- Op de website hersenletselcongres.nl staat dat neuropsycholoog Arnoud Jan de Beaufort en psychomotorische therapeut Daphne Karnebeek in 2008 een workshop hebben gegeven over complexe NAH-problematiek met psychiatrie en/of executieve stoornis. Dit deden zij namens de Winkler Kliniek Wolfheze. Tijdens deze workshop geven zij aan dat in de praktijk van de hulpverleners voor NAH-patiënten een tweedeling plaats vindt tussen lichaam en geest. Zij vertellen dat deze twee verschillende disciplines vaak nog langs de grenzen van lichaam en geest verdeeld zijn. Afbeelding 4.5.1 geeft dit in een overzicht weer. Na een diagnose te hebben gesteld en een behandeling te hebben uitgevoerd bleek dat de samenwerking van deze twee disciplines tot gevolg had dat er een zinnvoller onderscheid gemaakt kan worden tussen automatische en bewuste processen. De verbanden tussen deze twee processen hebben Beaufort & Karnebeek in afbeelding 4.5.2 weergegeven. Kortom: Het doel om automatische en bewuste processen van elkaar te kunnen onderscheiden werd beter bereikt door de samenwerking tussen de oefengerichte strategie van de PMT-er en de behandeling van de neuropsycholoog. Zoals in de onderstaande afbeelding te zien is maakt de PMT-er gebruik van de invalshoek die gericht is op lichaamsbeleving (bijlage 3).



Afbeelding 4.5.1: Langs de grenzen van lichaam en geest Afbeelding 4.5.2: Verbanden tussen PMT en Neuropsychologie

- Tenslotte beschrijft Cranenburgh (2009) dat er een ontwikkeling gaande is in de medische wereld wat betreft de visie op de kansen van herstel. In zijn boek Neurorevalidatie schrijft hij de volgende reactie op de gedachte dat na een half jaar geen verder herstel meer te verwachten is; “Talrijke voorbeelden laten het tegendeel zien. Er zijn afasiepatiënten die na twee jaren weer beginnen te praten, er zijn patiënten met woede-uitbarstingen die zij op de lange duur onder controle krijgen. Vele patiënten worden gewoon uit het ziekenhuis ontslagen, of ‘uitgerevalideerd’ verklaard, terwijl de patiënt zelf nog ernstige stoornissen of problemen ervaart. Het ontslag kan men dan beter zien als uiting van onwetendheid en machteloosheid, dan als een ‘genezenverklaring’” (Cranenburgh, 2009, p.28).

Aan de hand van dit citaat wil ik twee voorbeelden geven van situaties waarin PMT een rol heeft gespeeld in het herstelproces van mensen met NAH. Deze voorbeelden worden gekoppeld aan de eerder genoemde hersteldoelen (paragraaf 4.3) van een CVA-patiënt en aan de PMT strategieën en invalshoeken (paragraaf 4.4).

Oefengericht werken aan woede-uitbarstingen en/of agressie.

In 2009 heeft Evert van Benthem een bachelorscriptie geschreven over de vraag; “Op welke wijze kan er binnen PMT gewerkt worden aan/met agressief gedrag bij cliënten met een niet aangeboren hersenletsel?” In dit onderzoek beschrijft hij dat Kuin (2000) een Module Behandeling Impulscontrole Problematiek voor Psychomotorisch Therapeuten heeft geschreven. Het doel van deze module is om de revalidant te leren om zijn ‘schadelijke’ impuls te controleren. Evert van Benthem (2009) beschrijft dat Revalidatiecentrum de Vogellanden gebruik maakt van een bestaande module die afgeleid is van de module van Kuin. Dat betekent dat er binnen de revalidatiefase van een patiënt met NAH, door middel van PMT aan agressieregulatie wordt gewerkt. De module van Kuin (2000) is niet evidence based, waardoor het effect van deze module niet bewezen is. De oefengerichte strategie is gericht op het hier en nu. In contact blijven met de omgeving en/of het lichaam is een aspect die binnen deze strategie aan de orde komt. Het doel dat Benthem (2009) beschrijft, namelijk het kunnen controleren van ‘schadelijke’ impulsen is ook gericht op het in contact blijven in het hier en nu. De PMT invalshoeken kracht en lichaamsbeleving (bijlage 3) richten zich net als de oefengerichte strategie op het waarnemen en controleren van lichaamssignalen en belevenissen in het hier en nu. Naast de voorbeelden die hierboven beschreven zijn, vinden er meer ontwikkelingen plaats op het gebied van PMT en NAH. Evert van Benthem schrijft in zijn bachelorscriptie (2009) het volgende over de wetenschappelijke status van effectiviteit van niet-medicamenteuze behandeling in de patiëntengroep NAH; “Het is moeilijk om een substantiële ‘homogene’ patiëntengroep samen te stellen in aard en omvang van hersenletsel alsmede van symptomatologie. Daarvoor is gebruikmaking van meerdere settings zeker nodig, hetgeen weer een bedreiging vormt voor de standaardisatie van behandelingen en meting van effecten” (Benthem, 2009, p.17). Daarnaast schrijft hij dat de verschillende problemen van mensen met NAH vaak op hetzelfde moment aanwezig zijn en niet onafhankelijk van elkaar gezien kunnen worden.

Lichaamsbeleving bij mensen met Niet-aangeboren Hersenletsel

Dit betekent niet dat er geen onderzoeken worden gedaan binnen de doelgroep NAH. Zo publiceerde het Tijdschrift voor Vaktherapie in januari 2013 een artikel genaamd “Contact met het lichaam”. Dit artikel is geschreven door Tineke Marianne Wierstra. In dit artikel wordt o.a. ingegaan op de neurologische en psychologische aspecten van lichaamsbewustzijn bij mensen met NAH. Ook geeft Wierstra (2013) aan dat binnen de psychomotorische therapie, lichaamsbeleving een belangrijk aangrijpingspunt is.

Wierstra (2013) begint haar artikel door te schrijven dat psychomotorische therapeuten steeds vaker worden betrokken bij de behandeling van mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Het onderzoek van Wierstra (2013) heeft plaats gevonden bij cliënten die in de chronische fase behandeling aangeboden krijgen. Het thema lichaamsbeleving is volgens Wierstra (2013) een belangrijk aangrijpingspunt binnen de psychomotorische therapie. Fellingner (z.j.) beschrijft lichaamsbeleving ook als een invalshoek voor een PMT-er (bijlage 3). Om een definitie te geven voor lichaamsbeleving gebruikt zij het volgende citaat van Probst uit 1997: "Lichaamsbeleving is te definiëren als een integratie van exteroceptieve en interoceptieve lichamelijke informatie (perceptie), met subjectieve ervaringen van lichaamsfuncties (affectie en emotie) en met ideeën en opvattingen over het eigen lichaam (cognitie)" (Uit: Contact met het lichaam, 2013, p.27). Uit dit onderzoek naar lichaamsbeleving bij mensen met NAH, kwam naar voren dat het lichaamsbewustzijn van mensen met NAH lager is in vergelijking met gezonde mensen. Wierstra vat een deel van haar onderzoek als volgt samen: "Psychomotorische therapeuten worden aanbevolen zich in de behandeling van mensen met NAH en sterke gedragsproblemen te richten op het vergroten van lichaamsbewustzijn" (Wierstra, 2013, p.33). Wat betreft de behandeling van mensen met NAH adviseert Wierstra om altijd rekening te houden met zowel de neurologische, neuropsychologische en psychologische factoren. Tot slot meldt zij dat uitgebreider onderzoek nodig is om met meer zekerheid uitspraken te doen over lichaamsbeleving van mensen met NAH en gedragsproblemen.

Een kenmerk van de oefengerichte-functionele strategie is dat het aanbod gericht is op functionele aspecten zoals lichaamsbewustwording. Deze kenmerken komen ook in het onderzoek van Wierstra naar voren en vinden aansluiting bij de behandel- en begeleidingsdoelen die Visser-Meily en Heugten (2007) formuleren voor patiënten in de chronische herstelfase. De cognitieve gedragstherapie die Visser-Meily en Heugten (2007) noemen (bijlage 2) zijn net als in het onderzoek van Wierstra, gericht op een verandering van het cognitief functioneren.

Deze onderzoeken en artikelen geven weer op welke positie en wanneer PMT een plaats kan hebben binnen de behandeling van een cliënt met NAH en daarbinnen ook voor het verschijnsel CVA. Ondanks dat de ontwikkelingen op het gebied van PMT binnen de herstelfasen van het verschijnsel NAH (en specifiek CVA) beperkt en in ontwikkeling zijn, geeft deze paragraaf voorbeelden van mogelijke behandelingen en/of onderzoeken omtrent PMT na een hersenletsel. Door deze voorbeelden worden er een paar verbanden zichtbaar tussen de centrale behandel- en begeleidingsthema's die in paragraaf 4.3 omschreven staan en de behandelthema's die in deze paragraaf naar voren zijn gekomen.

Vanwege de beperkte informatie over wat de betekenis van PMT kan zijn binnen de herstelfasen van een CVA-patiënt, zijn er in deze paragraaf geen concrete verbanden zichtbaar geworden. Om ondanks de beperkte informatie toch tot concrete verbanden tussen behandel- en begeleidingsthema's te komen gaat paragraaf 4.6 over passende interventies bij verschillende typen cliënten. De inzichten uit deze en vorige paragrafen worden meegenomen om te zoeken naar de aansluiting bij de behandel- en begeleidingscultuur die binnen ICG gehanteerd wordt. Dit is van belang omdat de inzichten uit deze paragraaf niet voldoende concrete handvatten aanreiken waar in de behandeling en begeleiding van CVA-patiënten mee gewerkt kan worden. Omdat behandeling uiteindelijk altijd moet worden afgestemd op de persoonlijke hulpvraag van de cliënt, richt paragraaf 4.6 zich op de interventies die bij verschillende type CVA-cliënten mogelijk zijn. De type cliënten die worden geschetst zijn afkomstig uit het boek Heb ik een probleem dan? van Prinsen (2008). Door deze type cliënten te onderscheiden kunnen de mogelijke verbanden tussen de centrale behandel- en begeleidingsthema's van een CVA-patiënt ten opzichte van PMT thema's aan deze type cliënten gekoppeld worden.

4.6 Welke interventies passen bij welk type cliënt

Het werken aan hersteldoelen die tijdens het herstel van een CVA-patiënt aan bod kunnen komen, vraagt om passende interventies van de hulpverlener. Prinsen (2008) maakt in zijn boek 'Heb ik een probleem dan?' onderscheid tussen vier typen cliënten. Hij vermeldt hierbij dat het bepalen van welke cliënt onder welke type behoort, afhangt van de mate waarin hij of zij beseft heeft van zijn beperkingen. Door deze vier typen cliënten te omschrijven wil Prinsen benadrukken dat het voor de begeleider en/of behandelaar van belang is om aan te sluiten bij de beleavingswereld van de cliënt. De omschrijving van deze typen cliënten is voornamelijk gericht op de chronische herstelfase. Na de omschrijving van de drie herstelfasen van een CVA-patiënt, de hersteldoelen die binnen deze fasen aan de orde kunnen komen en de mogelijke betekenis van PMT binnen deze fasen, plaatst deze paragraaf de type cliënten, omschreven door Prinsen (2008), binnen de PMT strategieën. Dit is van belang omdat deze typen als casus kunnen dienen binnen de vraagstelling van dit onderzoek.

Cliënt type 1 genaamd "De voorbijganger" ervaart zelf niet dat hij een probleem heeft en daarom heeft hij geen hulpvraag. De mensen in de omgeving van dit type cliënt ervaren wel een probleem en hebben de hulpverlening ingeschakeld (Prinsen, 2008). De benadering en interventies voor de voorbijganger kunnen zijn:

Benadering van een voorbijganger;

- respecteer je cliënt
- dring je eigen mening niet op
- toon interesse in de situatie van cliënt
- wees vriendelijk en voorkomend
- herformuleer de woorden van de cliënt

Interventies voor de voorbijganger;

- interview dagelijkse routine
- feedback op adequaat gedrag
- gevoelsreflecties
- meegaan in beweging
- gedragssuggesties

"De voorbijganger" kan baat hebben bij een oefengerichte PMT strategie omdat de omgeving van "De voorbijganger" een probleem ervaren die de cliënt zelf niet ervaart. Door "De voorbijganger" te laten oefenen met het vergroten van zijn gedragsrepertoire en het in het hier-en-nu in contact blijven met zijn omgeving en/of lichaam kan het verschil in ervaring van cliënt en omgeving verkleind worden. Het accent ligt dan op het hier en nu dat gericht is op automatische processen. De PMT-invalshoeken lichaamsbeleving en relaxatie vinden aansluiting bij het doel van "De voorbijganger" omdat deze invalshoeken gericht zijn op het in contact blijven met het lichaam en de omgeving.

In tegenstelling tot "De voorbijganger" heeft cliënt type 2 genaamd: "De zoeker" een klein stukje besef van zijn hulpvraag. Dit kan er toe leiden dat de zoeker de hulpvraag meteen annuleert. "U kunt er als hulpverlener toch niets aan doen, het is nu eenmaal zo". "De zoeker" zelf denkt er ook niets aan te kunnen doen (Prinsen, 2008). De benadering en interventies voor "De zoeker" kunnen zijn:

Benadering van een zoeker;

- benoem het zoekgedrag als positief
- heb aandacht voor wat goed gaat
- maak de vage hulpvraag concreet
- zoek naar uitzonderingen
- geef de cliënt hoop

Interventies voor een zoeker;

Naast de interventies die bij de voorbijganger zijn geformuleerd gelden de volgende interventies speciaal voor de zoeker;

- zelfbeeld en ideaalbeeld
- doelkaarten
- voorlichting
- probleem oplossen

Door tijdens de ervaringsgerichte strategie het accent te leggen op het hier-en-nu en de transfer naar het dagelijkse leven, kan "De zoeker" leren om zicht te krijgen op zijn eigen gedrag en zo zijn zelfstructurend vermogen te vergroten. Zoals Prinsen (2008) ook beschrijft kan dit "De zoeker" helpen om zijn vage hulpvraag concreet te maken door de transfer te kunnen maken naar de alledaagse situatie. De PMT-invalshoeken kracht en ruimte kunnen aansluiting vinden bij het doel van "De zoeker" omdat deze invalshoeken gericht zijn op het ontdekken van jouw kwaliteiten en het durven innemen van een positie en/of houding in een nieuwe omgeving. Zo kan "De zoeker" zich bewust worden van zijn hulpvraag zodat deze niet langer vaag blijft maar concreet kan worden.

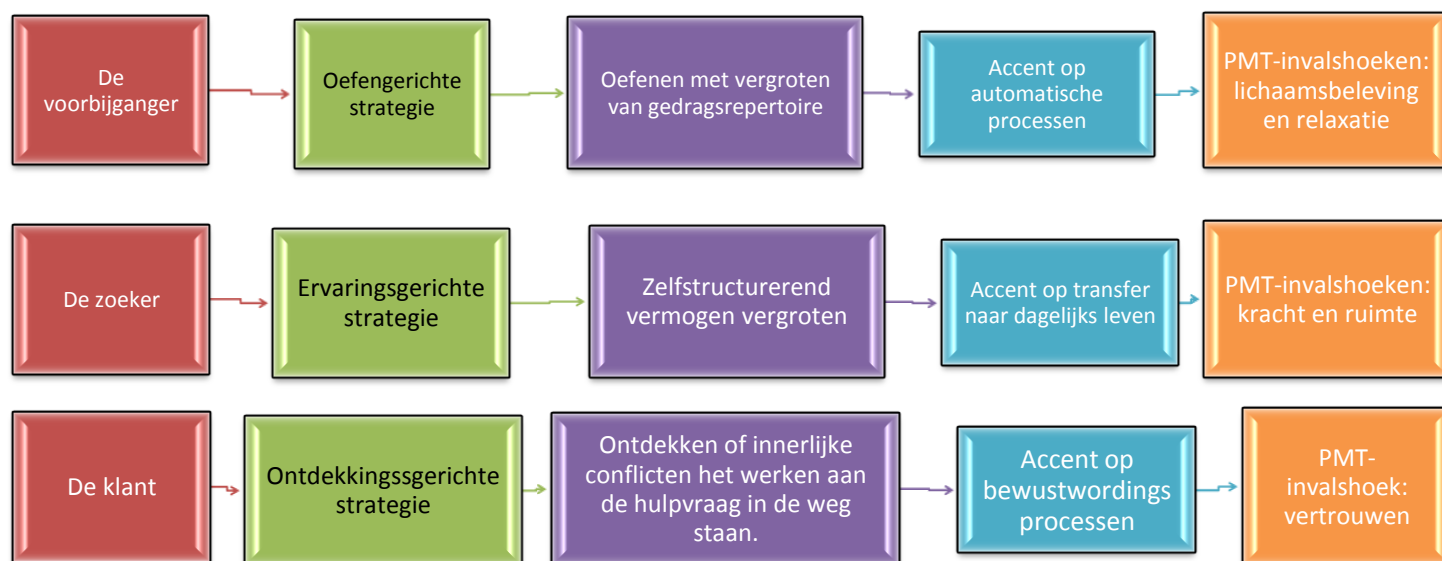
Het derde type die Prinsen (2008) noemt heet “De klant”. Dit type cliënt heeft al een duidelijke hulpvraag waardoor er direct aandacht aan de aanpak kan worden besteed. Een type klant als cliënt heeft een duidelijke hulpvraag maar weet niet welke hulpmiddelen hij daarbij in moet zetten. “Het is wel duidelijk dat eigen hulpmiddelen en inzichten tekort schieten. Maar de vraag van de klant is er en zijn vraag is werkbaar. Voor de hulpverlener is de klant iemand waarmee hij snel aan de slag kan gaan” (Prinsen, 2008, p.9).

De benadering en interventies voor “De klant” kunnen zijn:

Benadering van een klant; - inventariseer de problemen - zet mogelijke oplossingen op een rijtje: eerdere pogingen en nieuwe oplossingen - stimuleer je cliënt om vaardigheden te gebruiken - leer je cliënt vaardigheden aan	Interventies voor een klant; - eerder genoemde interventies: - o probleem oplossen - o feedback op adequaat gedrag - o gedragssuggesties - Unieke interventies; - o voordoen, samen doen, oefenen - o gedragsinstructies - o gevoelsthermometer en eerste-hulp-kaart
---	--

De ontdekkingsgerichte strategie van de PMT legt het accent op het hier-en-nu, daar en toen. Voor “De klant” is het van belang dat het accent op de bewustwordingsprocessen komt te liggen. Voor het type “De klant” zou dit betekenen dat de cliënt alle eerdere pogingen om aan zijn hulpvraag te werken op een rijtje kan zetten en kan benoemen of en hoe deze innerlijke conflicten het werken aan de hulpvraag in de weg staan. “De klant” krijgt zo inzicht in adequaat gedrag en leert zijn mogelijkheden te ontdekken en te gebruiken. De PMT-invalshoek vertrouwen kan aansluiting vinden bij het doel van “De klant” omdat deze invalshoek gericht is op het verkrijgen van nieuw vertrouwen in de context na een CVA.

In deze paragraaf komen de PMT-strategieën, PMT-invalshoeken en de typen cliënten die Prinsen (2008) omschrijft bij elkaar. Het onderlinge verband wordt zichtbaar door de overeenkomsten tussen de benadering en de interventies die Prinsen (2008) omschrijft en tussen het doel die de PMT-invalshoeken hebben. Figuur 4.6.1 geeft kort samengevat weer welk type cliënten, geschetst door Prinsen (2008), mogelijk aansluiting kunnen vinden bij een passende PMT-strategie. Zo worden er overeenkomsten zichtbaar tussen de centrale behandel- en begeleidingsthema’s van deze type cliënten ten opzichte van de strategieën die binnen de PMT gehanteerd kunnen worden. Naast deze overeenkomsten komen er inzichten naar voren die aansluiten bij de behandel- en begeleidingscultuur die binnen ICG gehanteerd wordt.



Figuur 4.6.1: Mogelijke aansluiting van typen cliënten (Prinsen, 2008) op PMT-strategieën (Beroepsprofiel, 2009).

4.7 Overzicht resultaten

In deze paragraaf over de resultaten van dit onderzoek kunt u door middel van samenvattingen de informatie lezen over de literatuur die in dit onderzoek aan de orde is geweest.

Paragraaf 4.2 beschreef de mogelijke herstelfasen van een CVA patiënt. Het onderzoek "Navigeren naar herstel" van Stokman en Verhoeff (2011) benoemt dat de eerste fase, namelijk de acute fase na een CVA, een medische behandeling van 1 tot 2 weken betreft. Vervolgens volgt de revalidatiefase waar de behandeling gericht is op praktisch herstel. De gemiddelde duur van deze fase is 1 tot 2 kwartalen. De laatste fase genaamd chronische fase is opgedeeld in twee fasen, namelijk de stabilisatiefase en de re-integratie fase. Psychosociale zorg en re-integratie in de maatschappij staan centraal binnen deze twee fasen. Omdat een herstelproces bij iedere getroffen andere vormen aanneemt worden deze herstelfasen op verschillende manieren en met verschillende behandeldoelen doorlopen.

De onderzoeksresultaten uit paragraaf 4.3 van dit onderzoek gaan over de centrale behandel- en/of begeleidingsthema's die aan de orde kunnen komen bij CVA-patiënten. De door Stokman en Verhoeff (2011) genoemde 13 succesfactoren zijn vastgesteld om ervoor te zorgen dat de er een juiste samenhang plaats vindt tussen de verschillende fasen. Beeckmans & Michiels (2005) onderscheiden vier behandelmethoden binnen de acute fase, namelijk psycho-educatie, cognitieve revalidatie, psychologische begeleidingen gedragsmodificatie. De hierop volgende revalidatiefase is vervolgens meer gericht op het voortborduren op de diagnose die in het ziekenhuis is gegeven, om zo gerichte behandeling in te kunnen zetten. Deze behandeling kan geregistreerd worden volgens de methode; Revalidatie Activiteiten Profiel (RAP). Deze methode onderscheidt vijf domeinen: communicatie, mobiliteit, persoonlijke verzorging, dagbesteding en relaties. Tot slot beschrijft paragraaf 4.3 de behandel- en begeleidingsthema's die binnen de chronische fase aan de orde kunnen komen. (Zie bijlage 2: psychosociale problemen volgens Visser-Meily en Heugten, 2007)

Paragraaf 4.4 beschrijft wat psychomotorische therapie inhoudt en op welke basis een PMT-er te werk kan gaan. Deze beschrijving is afkomstig uit het beroepsprofiel die in 2009 is opgesteld. Er worden drie specifieke PMT behandelstrategieën omschreven, namelijk de oefengerichte-functionele strategie, de ervaringsgerichte-stimulerende strategie en de ontdekkende-conflictgerichte strategie. Tijdens het werken met deze behandelstrategieën observeert de PMT-er aan de hand van de gedragcomponenten, lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal. De invalshoeken waarbinnen de psychosociale hulpvragen en doelen geordend kunnen worden staan in bijlage 3 beschreven.

De literatuur uit paragraaf 4.5 heeft betrekking op de betekenis van PMT binnen de hersteldoelen van CVA cliënten (zie paragraaf 4.3). Het aantal onderzoeken naar PMT bij NAH en PMT na een CVA is beperkt. Daarom beschrijft paragraaf 4.5 zowel de positie van PMT bij cliënten met NAH als met een CVA. Op het hersenletselcongres in 2008 vond een presentatieplaats van Beaufort & Karnebeek namens de Winkler Kliniek Wolfheze. Zij gaven een voorbeeld van een samenwerking tussen een neuropsycholoog en een PMT-er. Volgens hen kan er hierdoor een zinvoller onderscheid gemaakt worden tussen automatische en bewuste processen bij mensen met een CVA. Verder belicht deze paragraaf diverse bachelor en master onderzoeken naar PMT voor mensen met NAH en of CVA. Wierstra schrijft in 2013 over PMT behandeling voor mensen met NAH. Zij beveelt psychomotorische therapeuten aan zich in de behandeling van mensen met NAH te richten op het vergroten van lichaamsbewustzijn. Paragraaf 4.5 legt deze onderzoeken en literatuur naast de PMT strategieën en benoemt waar de centrale behandel- en begeleidingsdoelen van een CVA-patiënt terug komen in de gevonden literatuur uit paragraaf 4.5.

Paragraaf 4.6 beschrijft drie type cliënten volgens Prinsen (2008). Figuur 4.6.1 geeft de mogelijke aansluiting van typen cliënten op de PMT-strategieën weer. Dit is van belang omdat deze mogelijke aansluiting meer informatie geeft over de mogelijke verbanden tussen de centrale behandel- en begeleidingsthema's voor mensen met een CVA, ten opzichte van behandel- en begeleidingsthema's die binnen de PMT gehanteerd kunnen worden. In paragraaf 4.6 komen de PMT- strategieën, PMT-invalshoeken en de typen cliënten samen waardoor er nieuwe inzichten ontstaan die aansluiting vinden bij de behandel- en begeleidingscultuur die binnen ICG gehanteerd wordt.

5) Discussie en aanbevelingen

Discussie

De informatie uit dit literatuuronderzoek is ontstaan vanuit een systematische zoektocht in de literatuur. Het voordeel van dit type onderzoek is dat er tijdens het zoeken weer nieuwe inzichten ontstaan die leiden naar nieuwe informatie. De uitdaging is dan vervolgens om te blijven focussen op relevante literatuur die direct verband heeft met de onderzoeksvragen van dit literatuur onderzoek. De valkuil om te lang stil te staan, of verder te gaan met nieuwe informatie die weinig tot geen verband heeft met de onderzoeksvraag, was dan ook aanwezig. De geselecteerde literatuur uit dit onderzoek kan beïnvloed worden door interesses, waardoor de focus op het doelgericht zoeken naar antwoorden op de hulpvraag op sommige momenten naar de achtergrond verdween. Ondanks deze valkuil zorgden de voorafgestelde deelvragen ervoor dat de zoektocht naar literatuur adequaat bleef verlopen. Uit de resultaten bleek dat er meer dan voldoende informatie beschikbaar is over de herstelfasen van een CVA patiënt. De informatie over centrale behandel- en begeleidingsthema's, binnen deze herstelfasen, worden door diverse disciplines onderbouwd en beargumenteerd aan de hand van zowel artikelen als onderzoeken. Uit artikelen en onderzoeken bleek dat PMT in bepaalde gevallen onderdeel uitmaakt van zo'n multidisciplinair team. De literatuur over PMT na een CVA is beperkt ten opzichte van de literatuur die andere disciplines betreft. De oorzaak hiervan kan verschillende redenen hebben:

- Het feit dat er meer neurologen, psychologen en/of verpleegkundigen dan dat er PMT-ers werkzaam zijn in Nederland,.
- De beperktheid in literatuur over PMT na een CVA zorgde ervoor dat deze literatuurstudie geen inhoudelijke vergelijkingen kon maken over het effect van de verschillende PMT behandelingen bij mensen met een CVA.
- De beroepsgroep PMT is nog onvoldoende in staat gebleken om aan te tonen dat de behandelingen die een PMT-er uitvoert ook evidence-based zijn. De bewijzen vanuit wetenschappelijke onderzoeken zijn noodzakelijk om de effecten van PMT als aanbeveling voor de zorg voor mensen met een CVA te laten gelden.

Aanbevelingen

Aangezien wetenschappelijk onderzoek naar de mogelijke betekenis van een PMT behandeling voor mensen met een CVA beperkt blijkt te zijn, is het van belang dat een volgend onderzoek zich afspeelt binnen de revalidatiefase en/of chronische fase van een CVA-patiënt. Dit is van belang omdat de CVA patiënten in deze twee fasen weer aan praktisch herstel kunnen werken. Zoals in de paragrafen 4.4 en 4.5 te lezen is ligt de kracht van PMT op het gebied van het praktische herstel. Een effectmeting, door een PMT-er, bij CVA-patiënten kan de inzichten over PMT binnen de herstelfasen van een CVA-patiënt verder vergroten.

De conclusie van dit onderzoek geeft in de basis inzicht in het verband tussen de centrale behandel- en begeleidingsthema's van mensen met een CVA en behandel- en begeleidingsthema's die binnen de psychomotorische therapie gehanteerd worden. De mogelijke verbanden tussen beide thema's verdienen verder onderzoek op wetenschappelijk niveau. Een effectmeting binnen een revalidatiecentrum zal mogelijke effecten van de bijdrage van PMT aan de behandeling van een CVA-patiënt zoals bijvoorbeeld het type 'de zoeker' aan kunnen tonen. Figuur 4.6.1 is een voorbeeld van een mogelijk verband die verder onderzoek nodig heeft. Wellicht liggen er aanknopingspunten voor een practice based evidence onderzoek op het niveau van een niet vergelijkend onderzoek (Sietsma, 2012 en Sietsma en Bosscher, 2012). De conclusie uit dit onderzoek kan mogelijk als achtergrond informatie dienen om passende interventies toe te passen en stapsgewijs bij de hulpvraag van de cliënt uit te komen.

Communicatie tussen de disciplines die binnen de diverse herstelfasen werkzaam zijn, blijkt een belangrijke bijdrage te leveren in de structuur en het herstelproces van de cliënt. Een vervolg onderzoek zou aandacht kunnen besteden aan een effectieve en duidelijke manier van communiceren tussen deze verschillende disciplines.

6) Conclusie

Zoals u in dit onderzoek heeft kunnen lezen is er een duidelijke structuur aanwezig binnen de herstelfasen van een cliënt met een CVA. Iedere fase heeft zijn eigen specifieke behandeldoelen die door verschillende disciplines uitgevoerd worden. Zo kun je concluderen dat de acute fase na een CVA gericht is op medisch herstel. Door de fysieke situatie van de patiënt is de verwachting dat het weinig effectief zal zijn om d.m.v. een PMT behandeling aan hersteldoelen te werken. Zowel de psyche als de motoriek van de patiënt zijn nog niet voldoende hersteld om aan herstel te kunnen werken. De behandel- en begeleidingsthema's binnen de revalidatiefase hebben verband met mogelijke behandel- en begeleidingsthema's die binnen de PMT aan de orde kunnen komen. Een voorbeeld hiervan is dat Stokman en Verhoeff (2011) hebben onderzocht dat het bekijken van de functioneringsgebieden van de patiënt een belangrijk thema is binnen deze revalidatiefase. Vervolgens sluit paragraaf 4.4 hier op aan door tijdens de omschrijving van de ervaringsgerichte-stimulerende strategie, te benoemen dat deze PMT strategie gericht is op het aanbieden van concreet-lichamelijke nieuwe of alternatieve ervaringen en het ontwikkelen van of herontdekken van (bewegings)mogelijkheden. Kortom; deze PMT strategie heeft verband met het praktisch herstel in deze revalidatiefase. De chronische fase waarbinnen ICG zijn zorg biedt aan mensen met een CVA richt zich op persoonlijk en maatschappelijk herstel. Visser-Meily en Heugten (2007) noemen cognitief en sociaal functioneren als behandelthema dat als doel heeft om nieuwe strategieën aan te leren en door middel van sporten sociale contacten aan te gaan en te leren onderhouden. De ontdekkingsgerichte PMT strategie heeft verband met deze thema's omdat deze strategie zich richt op het ontdekken van nieuwe inzichten in het hier en nu, zoals bij het ontdekken van een nieuwe plek in de maatschappij ook het geval kan zijn. Kortom; aan de hand van deze beschrijvingen zijn er verbanden zichtbaar tussen de centrale behandel- en begeleidingsthema's voor mensen met een CVA ten opzichte van centrale behandel- en begeleidingsthema's die binnen de PMT gehanteerd worden.

De deelvraag over de betekenis van PMT binnen de herstelfasen van een CVA-cliënt, komt in paragraaf 4.5 aan de orde. Uit deze informatie kan de conclusie worden getrokken dat de onderzoeken naar de PMT behandelingen voor mensen met een CVA beperkt gepubliceerd en/of onderzocht is. In de resultaten van deze behandelingen die wel in onderzoeken, artikelen en/of boeken omschreven staan is een verband te ontdekken met de centrale behandel- en begeleidingsthema's van CVA-patiënten binnen de herstelfasen. Een voorbeeld hiervan is dat je uit het onderzoek van Benthem (2009) kunt concluderen dat de cliënten die vanuit de revalidatiefase hebben deelgenomen aan dit onderzoek, door middel van een oefengerichte PMT-strategie, werken aan de hersteldoelen als het controleren van de schadelijke impulsen en het contact houden met het lichaam in het hier-en-nu. Deze hersteldoelen hebben verband met de centrale behandel- en begeleidingsthema's uit de revalidatiefase die in het RAP beschreven staan (paragraaf 4.3). Daar komt bij dat de PMT-invalshoeken kracht en lichaamsbeleving ook terug te vinden zijn binnen deze behandeling.

De PMT-behandelingen uit paragraaf 4.5 zijn gebaseerd op beschikbare informatie, waardoor de PMT-er de uitvoering van de behandeling als evidence-based practice zou kunnen omschrijven. Een voorbeeld hiervan is dat Wierstra (2013) in haar onderzoek "Contact met het lichaam" concludeert dat haar onderzoek het legitimeert om de resultaten te gebruiken voor een vervolg onderzoek.

Conclusie; De centrale behandel- en begeleidingsthema's die binnen de herstelfasen van een CVA-cliënt aan bod komen, hebben verband met behandel- en begeleidingsthema's die binnen de psychomotorische therapie gehanteerd worden. Dit verband wordt zichtbaar tijdens het vergelijken van de centrale behandel- en begeleidingsdoelen per herstelfase van de CVA-patiënt, de kenmerken van de PMT-strategieën en overeenkomsten van de invalshoeken en behandelthema's die zowel binnen de PMT als binnen de herstelfasen van de CVA-patiënt gehanteerd kunnen worden (zie bijlage 1).

7) Literatuurlijst:

Bakker, E. & Buuren, H. van. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Beeckmans, K. & Michiels, K. (2005). *Leven met een hoofdprobleem: neuropsychologische gevolgen van een niet-aangeboren hersenletsel*. Antwerpen: Garant.

Bentham, E. van (2009). *Niet aangeboren hersenletsel en agressie: Hoe kan er binnen de PMT gewerkt worden met deze revalidanten/cliënten?* Geraadpleegd op 25 januari 2013, www.HBO-kennisbank.nl.

Commissie CVA-revalidatie (2001). *Revalidatie na een beroerte, Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners*. Den Haag: Bijgebracht door: Hartstichting Nederland: Heugten, C.M.

Cranenburgh, B. van (2009). *Neurorevalidatie: uitgangspunten voor therapie en training na hersenbeschadiging*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Fellinger, P.R.G. (2010). *Zeven invalshoeken binnen de Psychomotorische therapie, Handout Activiteitenpracticum 3*, interne publicatie Calo-Windesheim, Zwolle.

Gebroers, J., Visser-Meily, J., Schepers, V., & Bos, van den, G. (2010). Venijn in de staart van Hersenletsel, *Medisch contact*, 65, 46, 2440-2443.

Hekking, P. & Fellinger, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Hersenstichting Nederland (2011). *Navigeren naar herstel. Bouwstenen voor cliënt gerichte en samenhangende zorg ten behoeve van mensen met hersenletsel*. Bijgebracht door: Conclusion, advies en management: Stokman, M & Verhoeff, H.

Jongkind, M. & Rijn, van H. (2012). *NAHder belicht. Onderzoek naar het vormgeven van specifieke ondersteuning aan mensen met niet-aangeboren hersenletsel*. Apeldoorn: Garant.

Lafosse, C. (2009). Psychologische patiëntenzorg na een hersenletsel: de locomotief voor en de locomotief achter. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 168-174.

Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (2009). *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. Geraadpleegd op 25 januari 2013, <http://www.nvpmt.nl/bestuur/documenten/file/7-beroepsprofiel-pmt.html>.

Palm, J. (2012). *Omgaan met hersenletsel. Hulp bij een veranderd leven*. Assen: van Gorcum.

Pool, G., Heuvel, F., Ranchor, A., & Sanderma, R. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen*. Assen: Van Gorcum.

Prinsen, A. (2008). *Heb ik een probleem dan?* InteraktContour.

Probst, M., Knapen, J., Poot, G. & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *De Open Complementaire Geneeskunde Journal*, 2010, 2, 105-113.

Sietsma, L.W. en Bosscher R. (2012). Op zoek naar onderzoek. Wat is de stand van zaken van onderzoek in de psychomotorische therapie? *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2012, 8 (3), 13-19.

- Sietsma, L.W. (2012). *Onderzoek, waar hebben we het over?* Interne publicatie bedoeld voor het onderwijs Bachelor Psychomotorische Therapie, Calo, Domein Bewegen en Educatie, Hogeschool Windesheim, Zwolle.
- Truelsen, T., Ekman, M., & Boysen, G. (2005). Cost of stroke in Europe. *European Journal of Neurology*, 2005, 12, 78-84.
- Visser-Meily, J.M.A., Heugten, van C.M., Schepers, V.P.M., & Bos, van den G.A.M. (2007). Ook de chronische fase na een beroerte kent behandelmogelijkheden. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 2007, 151, 2753-2757.
- Wierstra, M.T. (2013). Contact met het lichaam. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2013, 9, 25-33.

8) Bijlage

Bijlage 1: Hypothese mogelijke verbanden tussen type cliënten per herstelfase, succesfactoren en PMT strategieën.

	De voorbijganger	De zoeker	De Klant
Kernomschrijving type cliënt:	Ervaart geen probleem. Heeft geen hulpvraag. Wil niet aan oplossingen werken.	Erkent het probleem maar heeft geen hulpvraag	Grote bereidheid om aan hulpvraag te werken. Gaat met suggesties aan de slag.
Acute fase <i>Medische hersteldoelen:</i>	<i>Oefengerichte strategie:</i> Ontwikkelen en of herstellen van de lichaamsfuncties.	<i>Oefengerichte strategie:</i> Vanwege ontwikkelen en of herstellen van de lichaamsfuncties.	<i>Oefengerichte strategie:</i> Vanwege ontwikkelen en of herstellen van de lichaamsfuncties.
<i>-Psycho-educatie</i> <i>-Cognitieve revalidatie</i> <i>-Psycho. begeleiding</i> <i>-Gedragsmodificatie</i>	<i>Succesfactoren volgens Navigeren naar Herstel:</i> Signalering risicocliënten, diagnostiek, voorlichting. <i>PMT invalshoek:</i> Lichaamsbeleving, M.S.S., M.I.S.; vanwege de fysieke situatie van de patiënt in de acute fase nog niet toepasbaar binnen PMT behandeling.	<i>Succesfactoren volgens Navigeren naar Herstel:</i> Signalering risicocliënten, diagnostiek, voorlichting. <i>PMT invalshoek:</i> Lichaamsbeleving, vertrouwen, kracht vanwege de fysieke situatie van de patiënt in de acute fase, nog niet toepasbaar binnen PMT behandeling.	<i>Succesfactoren volgens Navigeren naar Herstel:</i> Signalering risicocliënten, diagnostiek, voorlichting. <i>PMT invalshoek:</i> Relaxatie, M.I.S., ruimte; vanwege de fysieke situatie van de patiënt in de acute fase, nog niet toepasbaar binnen PMT behandeling.
Revalidatiefase: <i>Praktische hersteldoelen</i>	<i>Oefengerichte strategie:</i> Ontwikkelen en of herstellen van de lichaamsfuncties.	<i>Oefengerichte strategie:</i> Vanwege ontwikkelen en of herstellen van de lichaamsfuncties.	<i>Oefengerichte strategie:</i> Vanwege ontwikkelen en of herstellen van de lichaamsfuncties.
<i>-Bevorderen van communicatie, mobiliteit, persoonlijke verzorging, dagbesteding, relaties.</i>	<i>Succesfactoren volgens Navigeren naar Herstel:</i> diagnostiek, voorlichting, overdracht. <i>PMT invalshoek:</i> Lichaamsbeleving, M.S.S., M.I.S.; vanwege het ontbreken van de hulpvraag eerst bewust worden van het lichaam en sensibiliteit.	<i>Succesfactoren volgens Navigeren naar Herstel:</i> diagnostiek, voorlichting, overdracht. <i>PMT invalshoek:</i> Lichaamsbeleving, vertrouwen, kracht Op basis van de erkenning van het probleem gaan oefenen met beleven en vertrouwen van het lichaam.	<i>Succesfactoren volgens Navigeren naar Herstel:</i> diagnostiek, voorlichting, overdracht. <i>PMT invalshoek:</i> Relaxatie, M.I.S., ruimte; Aan de hand van de hulpvraag, oefenen met instrumenten en ruimte m.b.t. het herstel van lichaamsfuncties.
Chronische fase			
Re-integratie fase <i>Persoonlijk herstel:</i>	<i>Ervaringsgerichte-stimulerende strategie:</i> Ervaren van nieuwe of alternatieve mogelijkheden.	<i>Ervaringsgerichte-stimulerende strategie:</i> Ervaren van nieuwe of alternatieve mogelijkheden.	<i>Ervaringsgerichte-stimulerende strategie:</i> Ervaren van nieuwe of alternatieve mogelijkheden.
<i>-Sociaal functioneren</i> <i>-Cognitief functioneren</i> <i>-Emotioneel functioneren</i> <i>-Relationeel functioneren</i>	<i>Succesfactoren volgens Navigeren naar Herstel:</i> Voorlichting, casuscoördinatie, zelfbepaling <i>PMT invalshoek:</i> Lichaamsbeleving, kracht, M.S.S., M.I.S.; Aan de hand van nieuwe lichamelijke ervaringen, kracht opdoen om inzicht te krijgen in nieuwe sociale en instrumentele mogelijkheden binnen de thuisituatie.	<i>Succesfactoren volgens Navigeren naar Herstel:</i> Voorlichting, casuscoördinatie, zelfbepaling <i>PMT invalshoek:</i> Lichaamsbeleving, M.I.S., kracht; Door nieuwe lichamelijke en instrumentele ervaringen op te doen, kracht opbouwen om aan persoonlijk hersteldoel te werken.	<i>Succesfactoren volgens Navigeren naar Herstel:</i> Voorlichting, casuscoördinatie, zelfbepaling <i>PMT invalshoek:</i> Ruimte, kracht, M.I.S.; Ontdekken van nieuwe mogelijkheden, krachten ontdekken om thuis nieuwe ruimte in te nemen m.b.v. materiële hulpmiddelen
Stabilisatiefase	<i>Ontdekkingsgerichte strategie:</i> Ontdekken nieuwe inzichten in hier en nu.	<i>Ontdekkingsgerichte strategie:</i> Ontdekken nieuwe inzichten in hier en nu.	<i>Ontdekkingsgerichte strategie:</i> Ontdekken nieuwe inzichten in hier en nu.
<i>Maatschappelijk herstel</i>	<i>PMT invalshoek:</i> Lichaamsbeleving, kracht, M.S.S.; Aan de hand van nieuwe lichamelijke ervaringen, kracht opdoen om inzicht te krijgen in nieuwe sociale mogelijkheden in de maatschappij.	<i>PMT invalshoek:</i> Lichaamsbeleving, ruimte, kracht; Aan de hand van nieuwe inzichten, krachten ontdekken om nieuwe positie en ruimte binnen de maatschappij in te nemen.	<i>PMT invalshoek:</i> Ruimte, kracht, M.S.S.; Ontdekken van nieuwe plek in maatschappij, krachten ontdekken om nieuwe ruimte in te nemen m.b.v. de ander en materiële hulpmiddelen.

Bijlage 2:

Visser-Meily en Heugten (2007), Veelvoorkomende psychosociale problemen van patiënten na een beroerte in de chronische fase en de mogelijke aanpak daarvan.

	psychosociale problemen	aanpak
 sociaal functioneren	onvoldoende dagbesteding	zoeken naar dagbesteding, sporten/meer bewegen voor ouderen, dagopvang, activiteitencentrum
emotionele veranderingen	depressie angst	medicatie/cognitieve gedragstherapie medicatie/cognitieve gedragstherapie
cognitief functioneren	dwanghuilen en/of -lachen geheugen en/of aandacht mentale traagheid vermoeidheid	medicatie aanleren gebruik te maken van hulpmiddelen/strategietraining strategietraining dag- en weekstructuur aanleren, conditieopbouw
mantelzorg	overbelasting, stress, somberheid bij partners/kinderen	counseling partner/kinderen
relationele veranderingen	problemen bij seksualiteit of intimiteit; veranderde rollen in de relatie	counseling patiënt/partner

Bijlage 3:

Omschrijving van zeven PMT invalshoeken (Fellinger, 2010),

Motorische instrumentele sensibiteit (M.I.S.);

Hiermee wordt de gevoeligheid van iemand voor het materiële en voor de voorwerpen om hem heen bedoeld.

Een voorbeeld hiervan is dat je bij een mindere M.I.S. tegen iemand aanbotst als je met je rugzak op door de trein heen loopt. Je bent dat minder goed in contact met de dingen om je heen. In het geval van iemand met NAH moet je alles opnieuw verkennen rondom M.I.S. omdat je lichaam anders functioneert dan voor het hersenletsel.

Motorische sociale sensibiteit (M.S.S.);

Bij dit thema gaat het om de gevoeligheid die iemand heeft voor de sociale context om hem of haar heen. Onderwerpen die hierbij aan de orde komen zijn; contact maken met anderen, samenwerken, afstand en nabijheid, nee kunnen zeggen, leiding nemen en geven, luisteren naar elkaar en het verdragen van elkaar.

Ruimte;

Het thema ruimte gaat over het (durven) innemen en het delen van ruimte. Een voorbeeld hiervan is dat er binnen de ontmoetingsruimte van een dagactiviteitencentrum op verschillende manieren ruimte wordt ingenomen door cliënten. Zo zijn er cliënten die zowel verbaal als fysiek ruimte innemen en daarbij geen rekening met anderen houden. In dat geval is het thema ruimte zowel voor de ruimtenemer als voor de cliënten die ruimte moeten geven, een thema die binnen de PMT als doel gesteld kan worden.

Kracht;

Binnen dit thema wordt er gewerkt met het doseren, durven inzetten en of leveren van kracht. Uiteindelijk kan het een doel zijn om controle te kunnen hebben over de kracht die je wilt inzetten bij jouw handelen. Als een cliënt een teveel, te weinig en of een ongecontroleerde kracht gebruikt kan het waardevol zijn om hier een doel voor te maken.

Lichaamsbeleving;

Bij dit beweegthema gaat het over hetgeen je aan je lijf kan beleven, voelen en waarnemen en waarbij je tijdens het bewegen en handelen een betekenis aan kan geven. Binnen de doelgroep CVA komt het veel voor dat mensen hun lichaam niet meer waarderen n.a.v. hun hersenletsel. Op basis van deze hulpvraag kan er een doel worden gesteld.

Vertrouwen;

Hiermee wordt het vertrouwen in jezelf en in de andere en het andere bedoeld. Vertrouwen is relateert aan de context en de personen die hierbij aanwezig zijn. Mensen met een CVA krijgen met nieuwe contexten en een veranderende omgeving te maken waardoor het vinden van (nieuw) vertrouwen in de omgeving als doel gesteld kan worden.

Relaxatie;

Met relaxatie wordt ook wel ontspanning bedoeld. Dit thema is dan ook gericht op het wel/niet ontspannen zijn. Een onderdeel van het werken binnen dit thema zijn de diverse ontspanningstechnieken. Deze kunnen bijdragen aan het verkennen van de momenten waarop en op welke manier jij spanning en of ontspanning ervaart.