

Casestudy

“Onzichtbaar??”

Welke aspecten binnen het ICF model zijn het meest richtinggevend voor het opstellen van een effectief psychomotorisch behandelplan bij patiënten met een Niet Aangeboren Hersenletsel?

Gemaakt door:	Saskia van de Pol
Studenten nummer:	s1000348
Klas:	4BP
Inleverdatum:	2 juli 2009
Begeleider:	Cor Niks
Beoordelaar:	Sandra Verbeeten
Opleiding:	CALO, Windesheim te Zwolle

Voorwoord

Ik wil mijn stagebegeleidster: Daphne Karnebeek en mijn scriptie begeleider Cor Niks bedanken voor het meedenken met mijn scriptie.

Ik wil Daphne Karnebeek bedanken voor het mee kijken naar mijn observatie instrument. Door haar kon ik aanvullingen maken en kwam ik verder. Ook kreeg ik feedback waardoor ik op ideeën kwam voor PMT activiteiten, die toepasbaar zijn voor zowel de patiënten als de observatie.

Met hulp van Cor Niks ben ik tot de vraagstelling gekomen waardoor ik meer inzicht heb gekregen in de problemen die komen kijken bij mensen met een niet aangeboren hersenletsel. Ook heb ik meer inzicht gekregen in de behandelvragen welke ik toe kan passen bij deze doelgroep.

Daarnaast heeft hij mij geholpen om van mijn casestudy een goed geheel te maken.

Hartelijk dank hiervoor.

Inleiding met vraagstelling

Inleiding

Deze scriptie is opgebouwd uit zeven verschillende hoofdstukken.

In hoofdstuk één zult u lezen hoe ik tot de vraagstelling ben gekomen.

Daarna zult u in hoofdstuk twee en drie lezen wat de ICF classificatie inhouden en wat de gevolgen zijn wanneer men een niet aangeboren hersenletsel heeft.

In hoofdstuk vier zijn er twee casussen uitgewerkt doormiddel van een beschrijvende en classificerende diagnostiek zodat u een beeld krijgt van het type patiënt waarover we het hebben.

In hoofdstuk vijf gaat het over de wijze van begeleiden van patiënten met NAH en wat er plaatst kan vinden binnen de PMT-sessies. Dit allemaal kort en bondig met de specifieke kijk van PMT.

Hoofdstuk zes geeft weer welke resultaten er hebben geleid tot het maken van een behandelplan en geeft al richting aan welke van de meest belangrijke aspecten uit het ICF model voorop dienen te staan.

Tot slot kunt u in de conclusie lezen welke aspecten dominant zijn geweest en waarom.

Verder kunt u in de bijlage het gehele observatie formulier inzien met daarbij de scores van de domeinen. Op die manier krijgt u meer inzicht in de resultaten van de patiënten.

Daaropvolgend ziet u op pagina 25 en 26 een overzicht in grafieken van de aspecten:

functies, activiteit & participatie. Op pagina 27 t/m 29 kunt u twee PMT sessies inzien met de evaluatie in LECS en op de laatste pagina kunt u nog een aantal overige

behandeldoelen voor mensen met NAH ten opzichte van de domeinen uit de ICF inzien.

Vraagstelling

Ik ben op de volgende vraagstelling gekomen:

Welke aspecten binnen het ICF model zijn het meest richtinggevend voor het opstellen van een psychomotorisch behandelplan bij patiënten met een niet aangeboren hersenletsel?

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Verantwoording probleemstelling	5
Hoofdstuk 2	ICF	6 t/m 8
	2.1 Wat is de ICF en wat zijn de eigenschappen van de ICF?	
	2.2 Overzicht van de aspecten van de ICF	
	2.3 Doelen van de ICF	
Hoofdstuk 3	Niet aangeboren hersenletsel	9 / 10
	3.1 Neurologische symptomen	
	3.2 Sociale symptomen	
	3.3 Gevolgen	
Hoofdstuk 4	Casussen	11 / 12
	4.1 Casus 1, DSMIV classificatie, de hulpvraag	
	4.2 Casus 2, DSMIV classificatie, de hulpvraag	
Hoofdstuk 5	PMT observatie	13 t/m 15
	5.1 Begeleiding en benadering van mensen met NAH	
	5.2 PMT sessie	
	5.3 Evaluatie in LECS	
Hoofdstuk 6	Resultaten	16 t/m 20
	6.1 Raamwerk ICF casus A	
	6.2 PMT behandeldoelen casus A, ten opzichte van de vijf ICF aspecten.	
	6.3 Raamwerk ICF casus B	
	6.4 PMT behandeldoelen casus B, ten opzichte van de vijf ICF aspecten	
Hoofdstuk 7	Conclusie met beantwoording van de vraagstelling	21 t/m 23
Literatuurlijst		24
Bijlage		25 t/m 33

Hoofdstuk 1 Verantwoording probleemstelling

Verantwoording:

Mijn casestudy gaat over mensen met een Niet Aangeboren Hersenletsel. Hier heb ik voor gekozen omdat ik van deze doelgroep erg weinig wist en er binnen de opleiding weinig tot geen aandacht aan wordt besteed.

De symptomen die ik zag bij patiënten op mijn stage gaven mij geen duidelijk beeld om te weten hoe ik deze doelgroep moet gaan begeleiden en behandelen.

Ik wil graag meer weten van de doelgroep. Daarnaast wil ik een juiste observatie kunnen maken met aansluitende PMT doelen. Vandaar dat ik op de volgende vraagstelling ben gekomen.

Vraagstelling:

Welke aspecten binnen het ICF model ondersteunen het maken van een effectief psychomotorisch behandelplan bij patiënten met een Niet Aangeboren Hersenletsel het meest?

Hoofdstuk 2 ICF

In dit hoofdstuk zult u lezen wat de ICF classificatie inhoud. Daarnaast krijgt u een overzicht van de aspecten van de ICF te zien. In paragraaf 2.3 kunt u de doelstellingen van de ICF lezen.

2.1 Wat is de ICF en wat zijn de eigenschappen van de ICF?

World Health Organization, (2002) schrijft onder andere over wat het ICF precies is en wat de eigenschappen van de ICF zijn.

De ICF is een internationale classificatie van het menselijk functioneren. Deze classificatie bestaat uit een raamwerk en vormt een gestandaardiseerd begrippenapparaat voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden. Met behulp van de ICF kan het functioneren van de patiënten worden beschreven vanuit vijf verschillende aspecten. De eerste drie aspecten zijn:

1. het aspect van het menselijk organisme (functies/ anatomische eigenschappen)
2. het aspect van het menselijk handelen (activiteiten) en
3. het aspect van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (participatie).

De ICF beschrijft hoe mensen omgaan met hun gezondheidstoestand. Iemands gezondheid is met behulp van de ICF te karakteriseren in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie (zie hierboven). Gezondheid is aldus te beschrijven vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief. Aangezien iemands functioneren - en problemen daarmee - plaatsvinden in een bepaalde context, bevat de ICF ook omgevingsfactoren. Dit valt onder het aspect:

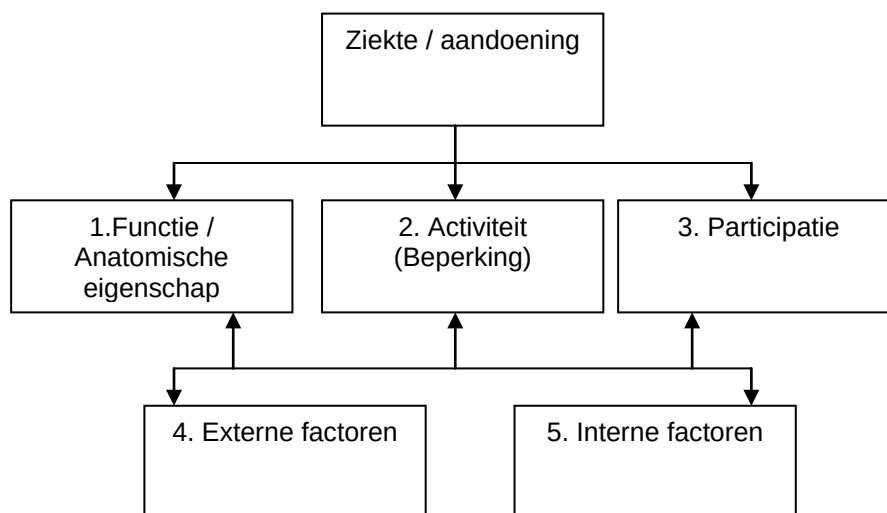
4. externe factoren en
5. interne (persoonlijke) factoren

Deze twee aspecten kunnen van invloed zijn op elk domein. De ICF ordent op systematische wijze verschillende domeinen betreffende deze aspecten van het menselijk functioneren die verband kunnen houden met een gezondheidsprobleem. Het zal hieruit duidelijk worden dat in de ICF personen niet de eenheid van classificatie zijn; dat wil zeggen dat de ICF geen mensen classificeert, maar termen biedt voor het beschrijven van de situatie van de individuen binnen een reeks van gezondheidsdomeinen en met de gezondheid verband houdende domeinen. Op deze manier kan een zinvol beeld worden verkregen van iemands functioneren.

Vanuit de vijf aspecten (functies, activiteit, participatie, interne en externe factoren) worden de patiënten op verschillende domeinen geobserveerd, welke verband houdt met het hersenletsel. Ik observeer de domeinen welke voor PMT van belang zijn. Op de volgende pagina ziet u het raamwerk van de verschillende aspecten (componenten) van de ICF met de toelichting.

2.2 Overzicht van de aspecten van de ICF

World Health organization (2002, p. 11) geeft een overzicht van de aspecten van de ICF. Zie figuur 1. Onder figuur 1 leest u de toelichting van de aspecten.



Figuur 1

World Health organization (2002, p. 6)

1. Functies: fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.
 - o Anatomische eigenschappen: positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam.
 - o Stoornissen: afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.
2. Activiteiten: onderdelen van iemands handelen.
 - o Beperkingen: moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.
3. Participatie: iemands deelname aan het maatschappelijk leven.
 - o Participatieproblemen: problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Chris kuiper, Yvonne Heerkens e.a. (2005).

4. Externe factoren: iemands fysieke en sociale omgeving.
 - o Bijvoorbeeld arbeidsomstandigheden, beschikbare hulpbronnen, biomedische gegevens.
5. Persoonlijke factoren: iemands individuele achtergrond. Bestaat uit kenmerken van het individu die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestanden.
 - o Die kunnen omvatten leeftijd, geslacht, persoonlijkheid en karakter etc.

2.3 Doelen van de ICF

De 'International Classification of Functioning, Disability and Health'(ICF) is een referentieclassificatie van de WHO Familie van Internationale Classificaties. De ICF beschrijft hoe mensen omgaan met hun gezondheidstoestand. Deze gezondheidstoestand wordt vanuit de ICF door een aantal aspecten (functies, activiteit, participatie, interne en externe factoren) gekarakteriseerd. Daarnaast is de ICF van nut voor het begrijpen en meten van gezondheidsuitkomsten en kan de ICF worden gebruikt in klinische situaties, in allerlei zorginstellingen en in gezondheidsonderzoeken op individueel en bevolkingsniveau. Dit sluit nauw aan bij klinische situaties van patiënten met een niet aangeboren hersenletsel. Deze patiënten worden door de ICF classificatie beter begrepen. Het zoeken naar een effectief psychomotorisch behandelplan voor patiënten met een niet aangeboren hersenletsel krijgt meer richting door de ICF. De ICF vult aldus de ICD-10 aan en kijkt daarmee verder dan mortaliteit en ziekte. De WHO beoogt met het opstellen van het ICF een aantal doelen om een juiste classificatie waar te kunnen maken. Hieronder leest u deze doelen op een rijtje:

World Health organization (2002, p. 6)

Kenmerken ICF: Doelstellingen

- Voorzien in *grondslag* voor:
 - begrijpen en bestuderen van menselijk functioneren
 - uitkomsten van behandeling
 - factoren die een ontwikkeling of een toestand (mede) bepalen (determinanten) van gezondheid
- Scheppen van een *gemeenschappelijke taal* voor:
 - beschrijven van iemands functioneren met als doel:
 - verbeteren van communicatie
- Mogelijk maken van een *vergelijking van gegevens in de tijd* tussen:
 - verschillende landen
 - vakgebieden en sectoren in de gezondheidszorg
- Bieden van een *systematisch codestelsel* voor:
 - informatiesystemen in de gezondheidszorg

Kenmerken ICF: beschrijvend

- ICF bevat beschrijvers (los van oorzaak) van het menselijk functioneren
- Beschrijving mogelijk vanuit drie perspectieven:
 - de mens als organisme: *functies & anatomische eigenschappen*
 - het menselijk handelen: *activiteiten*
 - deelname aan de samenleving: *participatie*

.

Hoofdstuk 3

Niet aangeboren hersenletsel

Om een goed beeld te krijgen van patiënten met een niet aangeboren hersenletsel kunt u in het volgende hoofdstuk lezen over: de neurologische symptomen, de sociale symptomen en de gevolgen van een niet aangeboren hersenletsel.

J. vander WalGrier, S vander Voet e.a. (2003)

3.1 Neurologische symptomen

De PMT observatie zoals u later in deze scriptie kunt lezen is bedoelt voor patiënten met een niet aangeboren hersenletsel (NAH). Deze aandoeningen kunnen op verschillende plaatsen in het hoofd aangedaan zijn. Hersenletsel door welke oorzaak dan ook, anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan, leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot het aangewezen zijn op hulpverlening. We kennen de volgende NAH aandoeningen:

• multipele sclerose; • alzheimer; • epilepsie; • dementie; • schedeltrauma • syndroom van korsakov	• cerebrale infecties & intoxicaties • hersentumor • hersenbeschadiging na: - o een CVA; - o een ongeval; - o zuurstoftekort; - o andere oorzaken
---	--

De doelgroep waar ik mij op richt binnen deze scriptie zijn patiënten met een hersenbeschadiging na een CVA een ongeval, zuurstoftekort of andere oorzaken.

Concreet voor de beschreven patiënten:

Casus A:

Alcoholmisbruik in combinatie met slechte voeding en daarnaast (soms zelfgeïnduceerde) hypoglycemiën vanuit de diabetes mellitus.

Casus B:

Er wordt vermoed dat zijn hersenletsel een gevolg is van meerdere lichte herseninfarcten. Daarnaast vermoed men dat zelfverwaarlozing een gevolg is van het letsel.

Vanuit de literatuur is gebleken dat de gevolgen van een letsel afhankelijk is van waar in de hersenen de hersenen zijn aangedaan en de hoeveelheid hersenweefsel dat beschadigd is. Neuro psychische problemen komen naar voren als: cognitieve stoornissen, emotionele problemen, gedragsveranderingen, wisselwerking tussen cognities emoties en gedrag. *(K. Beeckmans & K. Michiels, 2005)*

Bij mevrouw en meneer uit casus A en B zien we op vooral functie problemen op het gebied van emoties en impulsen (energie en driften), aandacht en geheugen (concentratie en denktempo). Dit kunt u terug zien in de bijlage op pagina 25.

3.2 Sociale symptomen

Wie hersenbeschadiging of een ziekte van de hersenen oploopt, heeft vaak niet meer dezelfde mogelijkheden als daarvoor. Wat vroeger weinig moeite kostte, is na het letsel ingewikkeld of onmogelijk geworden. Deze beperkingen leiden tot verdriet, verwarring, angst en depressies. Veel patiënten ervaren dat ze erg veranderd zijn. Soms is zelfs een verandering van het karakter opgetreden of zijn er gedragsstoornissen ontstaan. Dat is moeilijk te accepteren, zowel voor de patiënten als voor hun familie en vrienden.

Door de gevolgen van hersenletsel en hersenziekte moeten patiënten en hun familieleden op zoek naar aanpassingen, naar nieuwe mogelijkheden en soms naar een geheel andere invulling van het leven. Vaak lukt dat niet en lopen de patiënten en hun familie vast. Professionele hulp kan dan noodzakelijk worden. De leidraad op de kliniek waar ik mijn observatie toepas is: doe zo weinig als mogelijk en zo veel als noodzakelijk. Het ICF model is gericht op de mogelijkheden die er nog zijn. Dit slaat nauw aan bij de benaderingswijze op de kliniek waar ik de observatie bij patiënten toe pas.

3.3 Gevolgen

Het gevolg van een hersenbeschadiging is verschillend per persoon. Wel kan men in zijn algemeenheid constateren dat de patiënten professionele hulp nodig hebben gezien de problemen die zich voor kunnen doen zoals:

- ernstige geheugenstoornissen;
- ernstige problemen met overzicht, planning en organisatie;
- gedragsverandering en aanpassingsproblemen na hersenletsel;
- angst en depressie na hersenbeschadiging of door hersenziekten;
- acceptatieproblemen bij hersenaandoeningen;
- onbegrepen neurologische of cognitieve klachten.

Patiënten hebben psychische problemen als gevolg van hersenletsel of hersenziekten. Vaak gaan deze psychische problemen als gevolg van een hersenletsel of hersenziekte, gepaard met lichamelijke beperkingen of verslavingsproblemen.

Gezien de problematiek en de ernst hiervan zijn de patiënten opgenomen en worden zij behandeld. Zowel casus A als casus B ondervinden problemen op alle bovenstaande gebieden. Meest op de voorgrond liggen de problemen :

Casus A:

- acceptatieproblemen bij hersenaandoeningen;
- gedragsverandering en aanpassingsproblemen na hersenletsel;

Casus B:

- ernstige problemen met overzicht, planning en organisatie;
- angst en depressie na hersenbeschadiging of door hersenziekten;

Hoofdstuk 4

Casussen

Om een volledig beeld te geven van de patiënten, kunt u de casus lezen vanuit de historie, de huidige context en de hulpvraag. Ik maak gebruik van drie diagnostiekvormen. In dit hoofdstuk kunt u de DSMIV classificatie inzien. Daarna zullen de casussen worden uitgewerkt in hoofdstuk 5 en 6. Dit door middel van LECS en de ICF classificatie.

4.1 Casus 1

A is een 47 jarige vrouw. Mevrouw is opgegroeid in een moeizaam gezin (moeder depressief en suïcidaal). Patiënte moest op jonge leeftijd uit huis. Daarna heeft ze ondanks haar sterke kanten: intelligent en creatief, zich op emotioneel en sociaal niveau altijd moeizaam kunnen redden. Mevrouw bleef jong in haar gedrag. Patiënt is in december 2007 gestopt met werken, omdat haar contract als docente en scenarioschrijver niet werd verlengt. Hierop is ze weggezakt in een depressie waarbij ze dagelijks veel dronk en veelvuldig op bed lag. Met cognitieve beperkingen ten gevolgen van alcoholmisbruik en slecht eten. Met steun van zus en later de buurt wist ze zich nog redelijk te redden. Wel bleek ze stiekem steeds meer te gaan drinken en ook steeds slechter om te gaan met insuline, waardoor ze al ruim 15 jaar vaak hypo's (tot coma toe) doormaakte. Deze hypo's leken ook een excuus voor haar levensonmacht (als ik de suiker niet had gehad...) en zij leek deze zelf te induceren. Gevolg hiervan was wel geleidelijke achteruitgang van cognitieve functies en toename van controleverlies op haar toch al kwetsbare bestaan. Na scheiding en verhuizing van zus in 2008 was de laatste sturing weg (alleen buurt ondersteunde nog) en zakte patiënte weg in verwaarlozing, ernstig alcoholmisbruik en hypo's. Met RM is mevrouw vervolgens opgenomen, waarop de depressieve gevoelens door goede medicatie-instelling afnamen. Tijdens de opname rezen er echter vragen over het functioneren van de cognitieve functies van patiënte. Er werd vermoed dat het alcoholmisbruik in combinatie met slechte voeding schade heeft veroorzaakt. Ook lijken haar beperkingen een gevolg van (soms zelfgeïnduceerde) hypoglycemiën vanuit de Diabetes Mellitus een gevolg. Patiënte is opgenomen op de Winkler Kliniek voor behandeling en het uitzetten van een passend toekomsttraject.

DSMIV classificatie

- As 1 294.9 Cognitieve stoornis NAO : hoofd diagnose
 - 303.90 Alcoholafhankelijke, in vroege gedeeltelijke remissie
 - 296.23 Depressieve stoornis, mogelijk recidiverend (296.33)
- As 2 301.9 Persoonlijkheidsstoornis NAO
- As 3 Diabètes Mellitus, type 1
 - Recidiverende hypo- en hyperglycaemiën
- As 4 60 Financiële problemen
 - 50 Woonproblemen
 - 40 Werkproblemen
 - 20 Problemen gebonden aan de sociale omgeving
 - 10 problemen binnen de primaire steungroep

De hulpvraag:

- Diagnostiek, behandeling en uitzetten van passend toekomsttraject.

Elektronisch patiënten dossier, (2009)

4.2 Casus 2

B betreft een 49 jarige, premorbide intelligente man. Dhr. is opgegroeid in een beschermend milieu met een wat introverte afwachterende coping stijl. Halverwege de middelbare school ontspoorde dhr. al. Na langdurige alcoholverslaving en ook drugsgebruik en verblijf bij het leger des Heils in 2006, werd dhr. opgenomen naar aanleiding van een TS. De voorgeschiedenis vermeld verder een traumatische geboorte (patiënt zag blauw bij de bevalling).

Vanaf 2005 zou het alcohol gebruik zijn gestaakt waarna een depressie in engere zin optrad. Patiënt verwaarloosde zichzelf en er ontstonden cognitieve problemen en een loopstoornis. Uit het neuropsychologisch onderzoek (npo) blijkt dat er bij de patiënt sprake is van een zeer traag werktempo, een twijfelachtig visueel geheugen en een licht aangedaan alledaags geheugen. Ernstig intelligentieveral, vooral betreffende de perceptuele organisatie en verwerkingssnelheid. Het is onduidelijk wat dhr. tot zijn 15de jaar aan scholing heeft gedaan. Ook is het nog onduidelijk wat dhr. in 2005 heeft gedaan aan werk. Dhr. heeft geen relaties gehad, heeft hier ook nooit behoefte aan gehad. Dhr. is vreemd in contact met weinig wederkerigheid.

Op het moment heeft dhr.: werkproblemen, problemen gebonden aan de sociale omgeving, woonproblemen en problemen binnen de primaire steungroep.

Zijn conditie is erg slecht, dhr. zweet erg veel. Baalt hier erg van en dit lijkt hem ook weleens tegen te houden voor bepaalde activiteiten. Het plannen en het probleemoplossend vermogen lijkt ook beperkt te zijn, heeft vaak niet echt een plan, weet niet goed hoe te beginnen, blijft erg hangen en gedetailleerd vertellen over wat dan allemaal zou kunnen. Dhr. doet een beetje wereldvreemd aan, soms verbaast over wat ook kan of hoe hij ook dingen zou kunnen aanpakken. Heeft vaak geen eigen plan, komt zelf tot weinig. Tevens wisselt dhr. erg in uitspraken, dit wordt m.i. naar een 30 min. erger, eventueel vermoeidheid? Dhr. heeft weinig energie en is wisselend gemotiveerd.

DSMIV classificatie

- As 1 291.1 Persisterende amnestische stoornis door een middel: Alcohol : hoofd diagnose
- 296.23 Depressie in engere zin, eenmalige episode, ernstig zonder psychotische kenmerken
- As 2 V71.09 Geen diagnose op as II
- As 3 733.10 Pathologische fractuur
- As 4 40 Werkproblemen
- 20 Problemen gebonden aan de sociale omgeving
- 50 Woonproblemen
- 10 Problemen binnen de primaire steungroep

Gaf score: 35

De hulpvraag:

Diagnostiek, helpen met nieuwe structuur op te zetten, vervolgplek.

Elektronisch patiënten dossier, (2009)

Hoofdstuk 5

PMT observatie

In dit hoofdstuk kunt u meekijken hoe de observatie is vorm gegeven. U leest in paragraaf 5.1 over de begeleiding en benadering van mensen met NAH. Daarna kunt u in paragraaf 5.2 een voorbeeld zien van een PMT sessie. In paragraaf 5.3 leest u de evaluatie in LECS.

5.1 **Begeleiding en benadering van mensen met NAH**

Binnen PMT en de observatie gaan we uit van de gezonde kant van de patiënt. De activiteiten zijn dan ook laagdrempelig en gericht op het ontdekken van de mogelijkheden die de patiënt heeft.

Deze wijze van benaderen is een doelbewuste keuze aangezien mensen met NAH al vaak geconfronteerd worden met hun onmogelijkheden. Bij alle aangeboden vormen zal er worden geobserveerd middels LECS en indien een oefenvorm te eenvoudig is voor de patiënt zal deze natuurlijk worden aangepast aan het op dat moment haalbare niveau.

Binnen de behandeling wordt uitgegaan van het gedachten goed van de patiënt centered stroming. Deze benadering is goed voor mensen die eigen verantwoordelijkheid kunnen dragen. Deze benadering is vooral ervaringsgericht. Uit de observatie blijkt het vaak niet meer mogelijk bij patiënten die klinisch zijn opgenomen om eigen verantwoordelijkheid te nemen.

Palm (2005 p.139):

het is na het hersenletsel buitengewoon moeilijk om zelfstandig sturing te geven aan het leven en er is daarnaast vaak een gebrekig inzicht in het eigen functioneren en de gevolgen van het hersenletsel. Een goede hulpverlening aan mensen met een hersenletsel zal aansluiten op het ICF-model en daarmee recht doen aan de mogelijkheden van het individu en aan de onmogelijkheden en op die manier samen met de getroffen een haalbaar en realistisch perspectief proberen te creëren. Omgaan met hersenletsel vraagt vooral kennis over de gevolgen van hersenletsel in het algemeen en van het individuele hersenletsel in het bijzonder. Het betekent weet hebben van de stoornis die behoren bij dit specifieke hersenletsel en weten tot welke beperkingen die kunnen leiden, zodat alle inzet gepleegd kan worden om deelname aan de maatschappij zo goed mogelijk te laten verlopen.

Het is van groot belang kennis te hebben van de gevolgen van het hersenletsel. Hierdoor kan de PMT'er in samenspraak met de patiënt (cliënt centered) tot een behandeldoel voor PMT komen.

Voor een grote gedeelte, bij patiënten die klinisch zijn opgenomen zal dit neerkomen op een benadering in de behavioristische stroming (Pavlov, Watson). Deze stroming wordt gebruikt voor het aanleren en inslijpen van gedrag (oefengericht). Doordat onder andere het geheugen is aangetast leren patiënten van de ervaring en het herhalen. Daarnaast is het van belang dat doelen bij PMT in de praktijk toegepast kunnen worden. Hiervoor zijn meerder sessies bij PMT noodzakelijk. Helaas is hier vaak onvoldoende tijd voor. Bewustwording en informeren van naaste omgeving is een belangrijke item voor patiënten.

(Alie Weerman, 2006)

5.2 PMT sessie

Om een beeld te vormen van de PMT activiteiten, welke zijn aangeboden aan patiënten voor observatie, leest u in deze paragraaf een voorbeeld van een PMT activiteit.

Bij elke oefening staan er aandachtspunten voor PMT observatie. Deze aandachtspunten komen uit het ICF model voort. Dit zijn namelijk de domeinen uit het ICF model welke voor PMT van belang zijn. Op deze manier kunnen de domeinen geobserveerd en onderverdeeld worden onder de vijf ICF aspecten. De aandachtspunten (domeinen) worden ingevuld op het observatie formulier. Uiteindelijk komen uit deze activiteiten met observatie een behandelvraag voort.

Deze aandachtspunten (domeinen) voor observatie staan schuin gedrukt. Het gehele observatie formulier met daarbij de uitkomst van casus A en casus B kunt u terug vinden in de bijlage op pagina 25 t/m 27.

De observatie bestaat uit zes PMT sessies van ongeveer 45 minuten. Hieronder leest u één PMT sessie:

Oefening 1: *Aandacht en geheugen / persoonlijkheid*

- probeer tien balletjes vanaf de mat in de hoepel te rollen.
- u mag de hoepel op een ander plaatst neer leggen, u kiest daarna 5 ballen, deze mag u opnieuw rollen.
- hoeveel denkt u in de hoepel te rollen?
- ging het boven / als / onder verwachting? Bent u tevreden?
- opdracht nogmaals doen. Patiënt vragen hoeveel hij/zij denkt in de hoepel te rollen.

Oefening 2: *Lichaamsgevoel (besef) / Bewustzijn van eigen lichamelijkheid*

- aanspannen en ontspannen van spieren: rek oefeningen / samenknijpen spieren
- op één been staan, kunnen we dat twee minuten? Na de twee minuten: voelt patiënt het verschil tussen links/rechts?

Oefening 3: *Temperament en persoonlijkheid etcetera*

1. 10x / 5x over stuiten van de bal, met hoepel in het midden.
 2. hard op de grond stuiten, zo hoog mogelijk (hoe hoog kom je?).
- therapeut geeft aan dat deelnemer zelf moet aangeven te stoppen wanneer het genoeg is (doet patiënt dit niet dan stopt therapeut de oefening).

Afsluiting:

- naderhand vragen wat patiënt er van vond (wat hebben we allemaal gedaan? Viel het mee/tegen, leuk, niet leuk).

Eventueel kunt u meerdere activiteiten inzien in de bijlage (pagina 30 en 31).

5.3 Evaluatie in LECS

Binnen de PMT wordt er gewerkt met een observatie instrument dat is geordend op de begrippen lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal (LECS). Door dit instrument te gebruiken kan de PMT systematisch en gericht observeren. Aangezien voor het maken van een behandelplan het nodig is om alle aspecten van de ICF vanuit de PMT te observeren wordt er gebruik gemaakt van de evaluatie in LECS. Op deze manier worden niet alleen de domeinen geobserveerd maar kan de PMT ook een algemeen beeld vormen. Daarnaast komen de interne en externe factoren ook aan bod, welke niet naar voren komen in het observatie formulier.

Hieronder leest u de evaluatie in LECS van casus A en casus B:

Casus A

Lichamelijk

Rekken van spieren: mevr. voelt haar spieren niet tot slecht. Mevr. is ook ontzettend lenig. Op één been staan: het is lastig om het evenwicht te bewaren. Mevr. voelt verschil in haar benen en kan dit goed aangeven.

Emotioneel

Patiënte komt prikkelbaar binnen, geeft aan geen zin te hebben en een rot humeur te hebben. Er blijft geen enkele bal in de hoepel liggen. Mevr. haalt direct de ballen weer op (zonder instructie) en komt weer staan zonder iets te zeggen. Th. geef aan de hoepel op een ander plaatst te leggen, mevr. legt de hoepel verder weg. Schatting is 1 bal in de hoepel te rollen, het zijn er nul. We doen het nogmaals en mevr. legt de hoepel nog verder weg. Nog lukt de oefening niet. Naderhand geeft mevr. aan de oefening erg flauw te vinden. Basket over stuiten vindt ze 'goed', ook het zo hoog mogelijk stuiten vindt ze goed om te doen. We gaan lang door, mevr. geeft geen stop aan. Ze geeft aan de activiteit goed te vinden. Naderhand is mevr. tevreden en vond het leuk.

Cognitief

Mevr. kiest eerst 10 ballen en gaat dan rollen.

Mevr. geeft geen stop aan tijdens het over stuiten van de bal.

Kan goed navertellen dat de eerste oefening haar frustreerde en dat de bal stuiten goed voelde om af te reageren.

Sociaal

In de hoepel over stuiten. Th. geeft een compliment dat ze het goed doet. Hier reageert mevr. goed op, lijkt dit prettig te vinden. Inschatten daarna. Mevr. schat er acht en heeft ze allemaal raak, expres mist ze de laatste twee!! Dit vind ze leuk (lachen).

Casus B

Lichamelijk

Rekken van spieren: dr. voelt zijn spieren redelijk. De vraag is of dhr. dit weet of ook echt voelt. Dhr. neemt de oefening om op één been te staan erg serieus en kan beschrijven wat het verschil is tussen de links en rechts. Na het rollen van balletjes in de hoepel wil dhr. graag pauze, dhr. heeft weinig energie en zweet snel. (door aandacht en concentratie?)

Emotioneel

Dhr. komt wat vermoeid binnen. Stelt veel vragen over wat we gaan doen en wat er van verwacht wordt. Rollen van balletjes in de hoepel kost dhr. erg veel energie. Doordat deze oefening zoveel energie kost wordt dhr. onrustig. De oefening waarbij dhr. de bal in de hoepel moet stuiten denkt dhr. niet goed te kunnen. Dit valt hem echter mee. Door een compliment van therapeut begint dhr. te stralen. Op het moment dat dhr. zijn andere schoenen weer aantrekt, begint dhr. erg te zweten. Hiervan raakt dhr. in paniek. Dhr. is hier echter wel in gerust te stellen.

Cognitief

De opdracht om 10 ballen te rollen vergeet dhr. op het moment dat hij begonnen is. Dhr. vraagt tussendoor bevestiging en rolt alle ballen tot de bak leeg is. Met het stuiten van de bal telt dhr. hard op. Dit kost hem erg veel moeite.

Sociaal

Dhr. lijkt gevoelig voor complimenten. Daarnaast is dhr. vriendelijk in contact. Dhr. heeft eigenlijk geen zin en is wat vermoeid. Toch zet dhr. zich in met de activiteiten. Dhr. stelt zich de gehele sessie wat afwachtend en vragend op t.o.v. de therapeut.

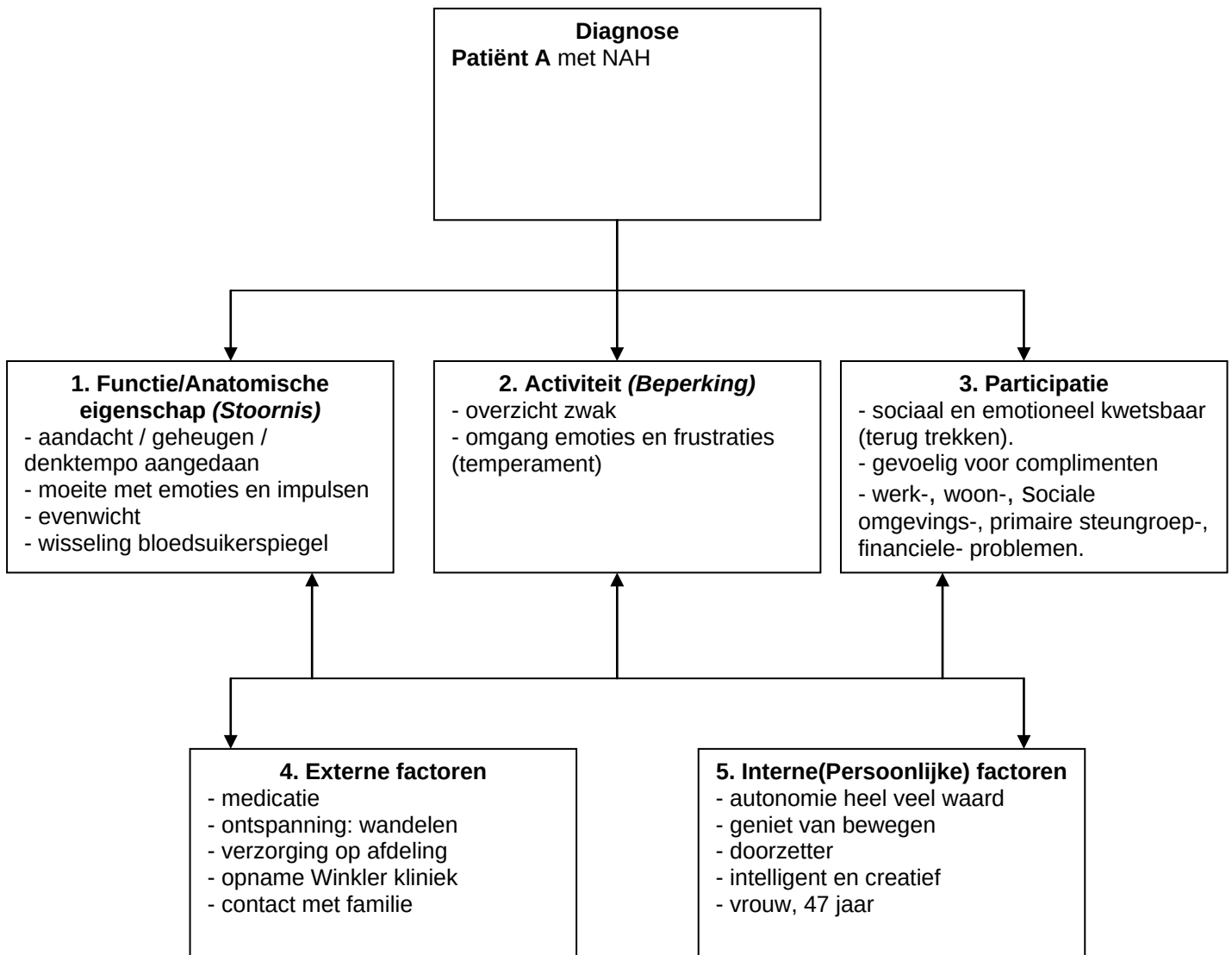
eventueel kunt u meerder evaluaties inzien in de bijlage pagina 30 t/m 32.

Hoofdstuk 6

Resultaten

In dit hoofdstuk ziet u het raamwerk van de vijf aspecten uit de ICF met daarin de meest belangrijke beschrijvingen van de twee casussen. Raamwerk casus A ziet u in paragraaf 6.1. Raamwerk casus B ziet u in paragraaf 6.3. Uit dit raamwerk komen behandelvragen voor PMT voort, deze leest u terug in paragraaf 6.2 en 6.4.

6.1 Raamwerk ICF casus A



Figuur 2

6.2 PMT behandeldoelen casus A, ten opzichte van de vijf ICF aspecten

Vanuit het ingevulde ICF model zijn een aantal keuzes te maken aan welke doelen men kan werken bij de verschillende disciplines. U kunt meekijken naar verschillende doelen per aspect. Deze doelen zijn geformuleerd aan de hand van het ICF raamwerk van casus A. Daarna kunt u lezen voor welk aspect uit het ICF model gekozen is en welk doel het beste aansluit bij deze casus met de toelichting hiervan.

1. Functie/Anatomische eigenschap (Stoornis)

- leer mij meer inzicht te verkrijgen in mijn emoties en impulsen
- leren mij mijn lichaamssignalen herkennen t.o.v. mijn emoties en impulsen
- help mij structuur inbouwen (ivm aandacht en geheugen)
- geef mij meer inzicht in mijn eigen mogelijkheden t.o.v: aandacht / geheugen (concentratie)

2. Activiteit (Beperking)

- leren mij omgaan met emoties en frustraties (temperament)
- help mij zelfcontrole te verbeteren (Stop, denk, doe methode)
- help mij ontladen en controleren van spanning en boosheid
- leren mij omgaan met frustraties samenhangend met verdriet en boosheid

3. Participatie

- leer mij samenwerken
- oefenen met mij sociale vaardigheden

4. Externe factoren

- help mij aan een wandelen groep en/of beweeggroep
- psycho educatie aan omgeving
- systeem therapie

5. Interne factoren

- help mij meer inzicht te verkrijgen in persoonlijke factoren (gericht op ontdekken)

Voor PMT heb ik gekozen voor het aspect: functies.

Functies

- leer mij (en mijn omgeving) meer inzicht te verkrijgen in mijn emoties en impulsen.
- Functie stoornissen bevatten: afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.

Bij patiënt uit casus A zien we dat patiënt verlies van functies ondervindt ten opzichte van het domein: emoties en impulsen. Hierbij speelt structuur en inzicht in eigen mogelijkheden niet zozeer een hoofdrol. De grootste belemmering is dat patiënt haar emoties en impulsen weinig tot niet onder controle heeft.

Zowel omgeving als patiënt ondervindt grote problemen op dit gebied. Voor patiënt is het een grote stap voorwaarts indien er een duidelijk beeld is t.o.v. de mogelijkheden van haar emoties en impulsen. Maar in hoeverre erkent patiënt zelf dit probleem? en is patiënt trainbaar en toegankelijk voor feedback?

Het is van belang bij patiënt gedrag te continueren en aan te leren. Hierbij is veel tijd en herhaling nodig. Is dit mogelijk dan vindt de behandeling plaats ten opzichte van het aspect: activiteit.

Patiënt A ervaart niet altijd belemmering ten opzichte van haar emoties en frustraties. Dit is erg afhankelijk van haar stemming. Er zijn momenten dat patiënt niks kwijt wil over haar problemen. Ook zijn er momenten waarop patiënt het vervelend vindt dat ze snel boos wordt.

Mijn (geringe) ervaring gaat uit naar dit doel. Gering omdat ik bijvoorbeeld op het gebied van psycho educatie aan omgeving en systeem therapie geen tot weinig ervaring en deskundigheid kan bieden. Naar aanleiding van mijn observaties merk ik dat de patiënt vaak erg impulsief reageert en bij binnenkomst snel geagiteerd raakt. Gaat de activiteit erg goed dan kan patiënt haar emoties ook snel omslaan naar een positieve beleving. Door deze omslag naar een andere emotie en door het creatieve vermogen met daarnaast het plezier in bewegen van patiënt zie ik voldoende mogelijkheden om op het gebied emoties en impulsen succes te behalen.

Geheugen problemen maakt het behalen van dit doel moeilijker. Ook het feit dat mevrouw zich erg autonoom op kan stellen maakt het behalen van dit doel lastig. Want in hoeverre blijft mevrouw toegankelijk?

Guy Lorent (2006, p.6) schrijft in een artikel over impulscontrole:

Indien moeilijkheden erkend worden door de persoon zelf en er motivatie voor bestaat kan dit deels uitdrukkelijk gebeuren. Men moet hierbij de afweging verzorgen tussen het uitdrukkelijk aanleren van regels of mensen erg veel trainingsmogelijkheden met feedback aanbieden, dat flexibeler is. Je doet altijd beroep op mogelijkheden die resten, bij empathie kan misschien de rationele empathische vaardigheid bewaard zijn zodat men door redenering komt tot gedragsrichtlijnen.

Guy Lorent (2006, p.7)

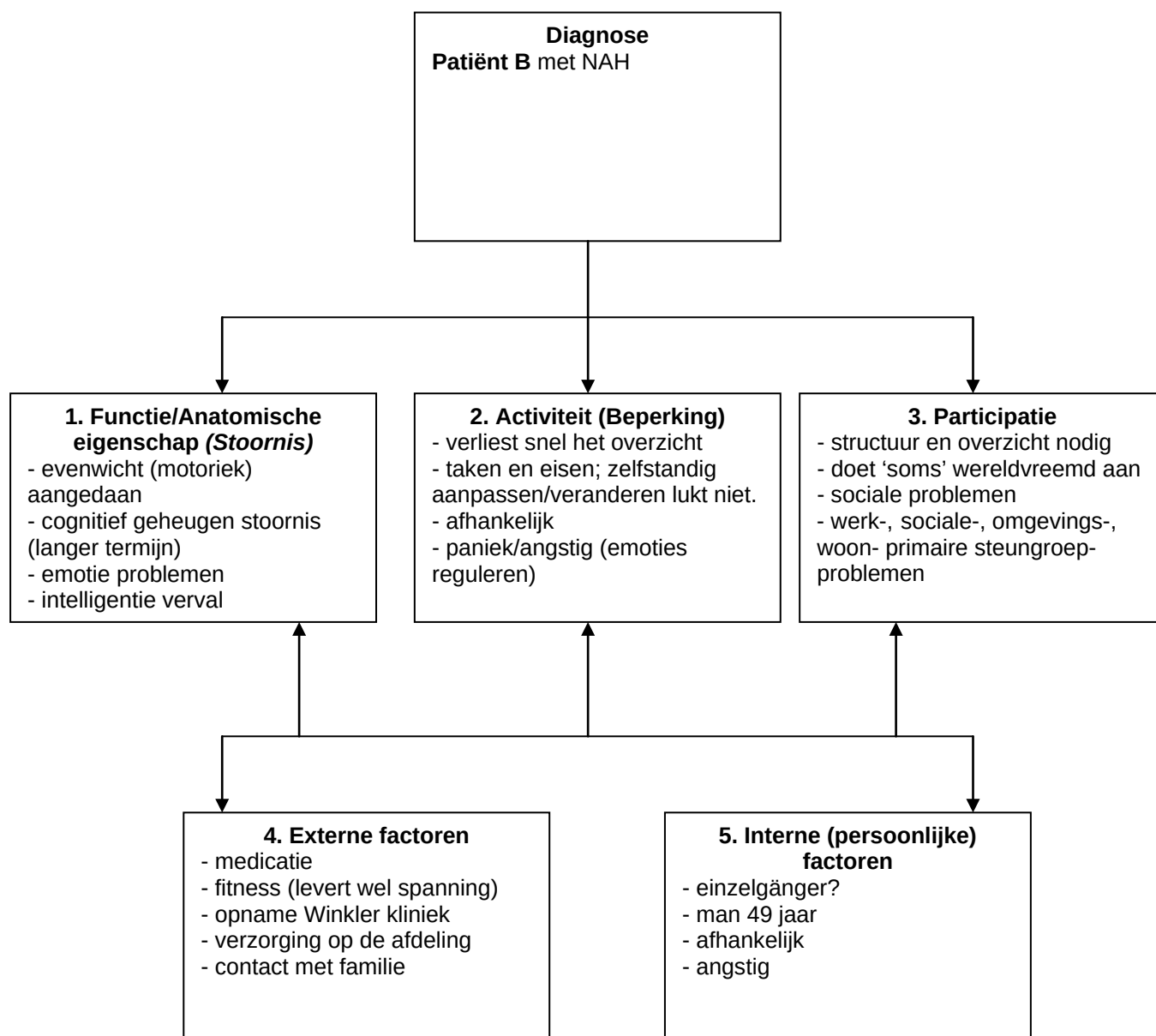
Alternatief Gedrag aanleren:

Impulscontrole is niet steeds uit te schakelen, maar een meer gepast gedrag conditioneren is soms wel mogelijk.

Het is nog de vraag of patiënt voldoende gemotiveerd is om door middel van feedback en ervaringen meer inzicht en omgang met haar problemen te verkrijgen. Omdat patiënt in het ICF model op het aspect functies moeite heeft met emoties en impulsen maar ook op het gebied van aandacht en geheugen sluit conditioneren van alternatief gedrag het beste aan. Stap één is daarbij inzicht verkrijgen in patiënt haar emoties en impulsen (aspect functies). Stap twee zou zijn: expliciet aanleren van gedrag in stappen (aspect activiteit).

Guy Lorent (2006, p.8) een nauwkeurige analyse van het gedrag onmisbaar. Waar doet het zich voor, wanneer, bij wie en in welke situatie.

6.3 Raamwerk ICF casus B



figuur 3

6.4 PMT behandeldoelen casus B, ten opzichte van de vijf ICF aspecten

Ook voor casus B zijn een aantal keuzes te maken aan welk doel er gewerkt gaat worden bij de verschillende disciplines vanuit het ingevulde ICF model. U kunt meekijken naar verschillende doelen per aspect. Deze doelen zijn geformuleerd aan de hand van het ICF raamwerk van casus B. Daarna kunt u lezen voor welk aspect uit het ICF model gekozen is en welk doel het beste aansluit bij deze casus met de toelichting hiervan.

1. Functie/Anatomische eigenschap (Stoornis)

- leer mij meer inzicht te verkrijgen in eigen mogelijkheden (en beperkingen)
- structuur inbrengen
- leer mij meer inzicht te verkrijgen in eigen emoties

2. Activiteit (Beperking)

- help mij meer overzicht en structuur in te bouwen
- help mij om plezier en vertrouwen in het bewegen en eigen lichaam te verkrijgen
- oefen vaardigheden (uitvoeren van taken en eisen) om zo zelfstandig mogelijk te zijn
- leren mij lichaamssignalen te herkennen
- leren mij omgaan met gevoelens van paniek en angst

3. Participatie

- help mij om structuur en overzicht in het dagelijks leven in te bouwen (oefenen)
- oefen met mij sociale omgangsvormen

4. Externe factoren

- help mij een ander product te zoeken voor ontspanning ipv fitness
- geef psycho educatie aan familie
- systeem therapie

5. Interne factoren

- help mij meer inzicht te verkrijgen in persoonlijke factoren (gericht op ontdekken)

Voor de PMT heb ik gekozen voor het aspect: 'Activiteit'.

Beperkingen ten opzichte van het aspect activiteit bevatten: moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten. Patiënt uit casus B ondervindt de grootste problemen in het uitvoeren van activiteiten. Patiënt verliest hierbij snel het overzicht. Zelfstandig taken en eisen veranderen en aanpassen lukt niet. Daarnaast heeft patiënt last van paniek en angst aanvallen. Dit is een gevolg van onder andere beperkingen in overzicht en structuur. Door middel van structuur en overzicht kan er meer rust worden ingebouwd voor betreffende patiënt. Eerst structuur en overzicht in de activiteit, vervolg zou kunnen zijn structuur in het dagelijks leven. Structuur in het dagelijks leven valt onder het aspect: 'participatie'.

Activiteit (Beperking)

- help mij meer overzicht en structuur in te bouwen.

Clïent B ervaart zelf de meeste belemmering ten opzichte van zijn angst en paniek. In het gesprek met therapeut wil patiënt graag minder paniekerig zijn en meer rust in zijn lichaam. Door meer overzicht en structuur in te bouwen, zal patiënt meer overzicht verkrijgen. Hierdoor zal paniek en angst meer op de achtergrond treden. Ook mijn voorkeur gaat uit naar dit doel.

J Palm (2005, p.149) schrijft over problemen met aandacht en concentratie welke enorme consequenties heeft voor het functioneren bij mensen met een niet aangeboren hersenletsel. Met name problemen in het verwerken van informatie en geheugenopslag. Er zijn verschillende manieren om hier mee om te gaan.

J Palm schrijft onder het kopje 'problemen in de uitvoerende functies': bied zoveel mogelijk vaste structuur in leven van alledag en vrije tijd.
Door inbouwen van meer overzicht en structuur kunnen patiënten met NAH beter functioneren en ondervindt de patiënt minder stress.

Hoofdstuk 7 Conclusie met de beantwoording van de vraagstelling

Eerst leest u nogmaals de vraagstelling van de casestudy. U zult daarna per aspect de conclusies met betrekking tot de twee casussen lezen. Waarna het duidelijk zal zijn welke aspecten het meest richtinggevend zijn geweest voor deze casussen. Ook zult u lezen wat de hersenstichting Nederland over problemen bij NAH schrijft.

Als laatste kunt u lezen wat mijn conclusie is van het antwoord op de vraagstelling.

Vraagstelling:

Welke aspecten binnen het ICF model zijn het meest richtinggevend voor het opstellen van een effectief psychomotorisch behandelplan bij patiënten met een Niet Aangeboren Hersenletsel?

Aspect: functies

Op het aspect functies zie ik bij de twee patiënten veel problemen op het gebied van aandacht en concentratie. Ook het geheugen is aangedaan. Plaatjes en gezichten worden herkend, tijdstippen en langer termijn niet. Op het gebied van temperament en persoonlijkheid maken deze twee patiënten erg veel veranderingen mee en scoren laag in de observatie. Over het algemeen (niet alleen in de zaal) zijn er veel veranderingen in temperament waardoor ook de omgang met emoties, stemmingen en impulsen laag scoort. Motorisch is vooral het evenwicht aangedaan. Voor casus A komt een PMT vraag voort uit dit aspect 'functies'. Casus B komt niet voor dit aspect in aanmerking. Problemen om het aspect 'activiteit' voeren de boventoon. Wil patiënt B bijvoorbeeld meer inzicht in zijn emoties krijgen (aspect functies) dan zal patiënt eerst meer rust moeten inbouwen (aspect activiteit). Paniek en angst voert de boventoon waardoor meer inzichten in emoties een averechts effect hebben. Het wordt juist moeilijker om informatie in het geheugen op te slaan.

K. Beeckmans & K. Michiels (2005, p. 47)

Opgemerkt moet worden dat cognitieve stoornissen, emotionele problemen en gedragsveranderingen elkaar interactief kunnen beïnvloeden. Indien men bijvoorbeeld depressief of angstig is, is het moeilijk om zich te concentreren of om informatie in het geheugen op te slaan en vervolgens opnieuw op te roepen, dan wanneer men rustig en ontspannen is.

Aspect: activiteit

Het domein: oplossen van problemen en zelfstandig problemen veranderen scoort erg laag bij de twee patiënten. Ieder mens is anders en heeft een andere persoonlijkheid het domein persoonlijkheid loopt ook uit een bij patiënten met NAH.

Patiënten voelen eigenlichamelijkheid goed, maar het aansturen daarentegen scoort laag. Emoties en impulsen: patiënten hebben moeite met reguleren van emoties en impulsen hierop scoren de twee patiënten laag. Doelen voor (deze twee) patiënten liggen vooral op aanleren van gedrag en structuur inbrengen. Eerst in de zaal en activiteiten, vervolg zou kunnen zijn in het dagelijks leven. Dit valt onder het aspect: 'participatie'.

Voor casus B komt uit dit aspect 'activiteit' een PMT vraag voort.

Casus A komt niet direct voor het aspect 'activiteit' in aanmerking. Patiënt heeft op het aspect 'functies' moeite met het domein: emoties en impulsen, maar ook op het domein: aandacht en geheugen. Conditioneren van alternatief gedrag sluit het beste aan. Stap één is inzicht verkrijgen in patiënt haar emoties en impulsen (aspect: functies). Stap twee zou zijn: expliciet aanleren van gedrag in stappen (aspect: activiteit).

Guy Lorent (2006, p.8) een nauwkeurige analyse van het gedrag onmisbaar. Waar doet het zich voor, wanneer, bij wie en in welke situatie.

Aspect: participatie

Het domein: communicatie scoort redelijk goed. De twee patiënten gebruik en begrijpen zowel non-verbaal als verbale boodschappen. Zelfverzorging scoort redelijk. Patiënten worden bij opname, op zelfzorg gewezen door verzorgers op de afdeling (externe factor). Ieder mens is anders en heeft een andere persoonlijkheid. Hierdoor loopt de score op: sociale omgang (tussenmenselijke interacties) erg uit één. Doelen voor PMT bij deze twee patiënten liggen vooral op samenwerken, sociale vaardigheden en structuur inbouwen in het dagelijks leven.

Externe factoren

Patiënten krijgen vaak medicatie. Ook steun van omgeving of verzorgers is vaak aanwezig en/of noodzakelijk.

Doelstellingen ten opzichte van dit aspect komen minder snel in aanmerking voor PMT. Bij dit aspect komen vooral andere disciplines in aanmerking. Bijvoorbeeld aansturing en steun van verpleging of medicatie van de psychiater. Systeem therapie zou wel in aanmerking kunnen komen. Hier is mijn ervaring te gering voor. Ook zal vanuit de PMT kunnen gezocht worden voor aansluiting bij een sport of bewegingscentrum of club. Bij zowel casus A als B is dit niet meer mogelijk.

Persoonlijke factoren

Er zijn veel verschillen wat betreft dit aspect tussen de patiënten. Patiënt A wil erg graag naar huis en vindt autonomie ontzettend belangrijk. Patiënt B valt meer onder het afhankelijke en angstige type. Twee uiterste van elkaar.

Hierin zou meer bewust wording plaats kunnen vinden van persoonlijke eigenschappen en zelfinzicht. Geheugen problemen en daarnaast ook emotie en acceptatie problemen overheersen, waardoor deze doelstelling meer op de achtergrond treedt. Hierdoor komen andere aspecten van het ICF model meer op de voorgrond.

Hersenstichting Nederland (2008) schrijft het volgende: *Als iemand hersenletsel oploopt door een ongeval, een beroerte, een infectie, een tumor, zuurstoftekort of door toxische stoffen, kunnen er veranderingen optreden in iemands functioneren (...). Vermoeidheid en concentratieproblemen zijn de belangrijkste verschijnselen, maar ook een veranderd sociaal gedrag is mogelijk.*

Pas in het arbeidsproces ontstaan problemen en irritaties. De alarmbel wordt vaak pas geluid als de grenzen bij collega's en leidinggevenden al ver overschreden zijn. De eerste tijd heeft de omgeving begrip voor het veranderd zijn, maar na een tijdje wordt de persoon weer geacht 'zichzelf te zijn', terwijl de beschadiging en dus de verandering in functioneren blijft.

Terug in het arbeidsproces betekent niet alleen aandacht voor eventuele lichamelijke beperkingen, waarvoor aanpassingen op het werk nodig kunnen zijn, maar vooral ook voor beperkingen in uithoudingsvermogen, concentratie, geheugen, planning en organisatie en dergelijke die werkhervatting moeilijk of zelfs onmogelijk maken. Ook veranderingen in sociaal gedrag (prikkelbaarheid, niet kunnen relativeren) kunnen in een werksituatie belemmerend zijn.

Concluderend:

Bij de patiënt uit casus A komt het aspect: functies het meeste in aanmerking om opgenomen te worden als een van de belangrijkste aspecten binnen een PMT behandelplan. Bij patiënt B is dit op het aspect: activiteit.

Doelen voor een effectief PMT behandelplan in zijn algemeenheid kunnen zeer divers zijn. Dit kan ontzettend variëren ten opzichte van de ICF aspecten die dominant zijn per patiënt. Vandaar dat het van groot belang is meer inzicht te verwerven in eigenschappen en beperkingen van de patiënt. In dit geval zijn de doelen vooral gericht op het aspect: functies. Heeft men voldoende inzicht in eigenschappen en beperkingen van de patiënt dan kan er een keuze gemaakt worden of het noodzakelijk is dat patiënt ten opzichte van het aspect activiteit behandeld wordt.

Dit is niet altijd het geval. Ook kan het zo zijn dat direct grote problemen ondervonden worden en doelen direct geformuleerd worden ten opzichte van het aspect activiteit en participatie.

Het aspect: externe factoren en interne factoren staan meer op de achtergrond.

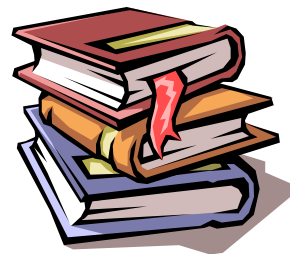
Aspect externe factoren:

Indien er voor patiënt voldoende mogelijkheden liggen kan PMT werken naar een vervolg club of bewegingscentrum om te bewegen. Bij deze twee casussen was dit niet haalbaar. Daarnaast zijn er andere disciplines die meer te bieden hebben op dit gebied. Bijvoorbeeld aansturing en steun van verpleging of medicatie van de psychiater.

Aspect persoonlijke factoren staan binnen deze casussen meer op de achtergrond aangezien de andere aspecten meer dominant aanwezig zijn en de patiënt het meest belemmeren.

Door gebruik te maken van het ICF model is het mogelijk om meer inzicht te krijgen in de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt waardoor het eenvoudiger wordt om beslissingen te nemen over wat op te nemen in het PMT-behandelplan. Dit maakt het tevens eenvoudiger om concrete doelen te formuleren en van daaruit weer werkpunten.

LITERATUURLIJST



➤ Boeken:

- Alie Weerman, (2006), *Zes psychologische stromingen en één cliënt*. Soest
- Chris Kuiper, Yvonne Heerkens, Marcel Balm, Andre Bieleman, Noks Nauta, (2005), *Arbeid en gezondheid; preventie, behandeling en reïntegratie*.
- J.A.M. Vandermeulen, M.M.A. Derix, C.J.J. Avezaat, Th. Mulder, J.W. van Strien, (voorjaar 2003), *Niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen*. Maarssen
- Kurt Beeckmans, & Karla Michiels, (2005), *Leven met een hoofdprobleem; neuropsychologische gevolgen van een niet-aangeboren hersenletsel*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Jenny palm, (2005), *Omgaan met hersenletsel, hulp bij een veranderd leven*.
- Mw dr Yvonne F. Heerkens, dr Willem M. Hirs, mw dr ir Marijke de klein-de Vrankrijker, mw dr C. Dorine van Ravenberg & drs Huib Ten Napel, nederlands WHO-FIC Collaborating, (eerste druk, 2002). *ICF internationale classificatie van het menselijk functioneren*. Bilthoven.

➤ Internetsites:

- (Emck, C. et al., 2007) *PsyMot. Instrument voor psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling*. Utrecht: 't Web.
- Dr. Marijke W. de Kleijn-de Vrankrijker, Drs. Huib Ten Napel, Dr. Yvonne F. Heerkens, Dr. C. Dorine van Ravensberg & Drs. G Stallinga, (2009) [Electronic version], nederlands WHO-FIC Collaborating, <http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm>
- Samenstelling Raad van Toezicht, Wetenschappelijke Adviesraad, Directie/bestuur. Bureau Hersenstichting en Promotoren (per 31 december 2008) <http://www.hersenstichting.nl/over-de-hersenstichting/onze-mensen.html>
- J. vander WalGrier, S vander Voet, S Loman, D van Garderen, H. Metekohv, J Bakker & S Amirataie., (2009) [Electronic version]. <http://www.degelderseroos.nl/site/Zorgaanbod/Specialistische%20zorg/Hersenletsel>

➤ Overige:

- Elektronisch patiënt dossier
- Guy Lorent, 2006, *Kan men iets doen aan het impulscontroleverlies bij personen met NAH?* Bierbeek

Bijlage

Observatie formulier geheel + uitkomst casus A en casus B

1 / 2 / 3 = goed / redelijk / slecht.

Voorste = casus A (mevrouw). Tweede score = casus B (meneer).

Onderstreept = eigen omschrijving/aanvullingen (niet uit ICF)

Functie

Bewustzijn / oriëntatie

Weet de oefening nog van vorige week	3-3
Herkent de oefening:	
- door materiaal (zien)	1-1
- door de beweging (handelen)	1-2
- door de uitleg (luisteren)	1-1
- door het geheel (plaatje) te zien	1-1
Weet cliënt de weg	3-3
Kan verwoorden wat hij/zij ervan vond na de oefening	1-2
Kan aangeven wat hij/zij van de hele pmt sessie vond	1-2/3
Cliënt weet op welke dag en tijdstip hij/zij therapie heeft	3-3
Cliënt weet dat dit in de gymzaal is	1-1
Herkent therapeut	1-1
Weet de naam van therapeut	3-3

Conclusie: Plaatjes, gezichten worden herkend, tijdstippen en langer termijn niet.

Aandacht/ geheugen (concentratie)/denktempo

Vasthouden van aandacht (afleidbaarheid)	2-2
Volgt 3 opdrachten (aandacht, concentratie)	3-3
Verdelen van aandacht (kost de oefening veel energie wat betreft focus)	3-2
Komt de opdracht direct door (niet wisselend)	2-2
Langdurig vasthouden van informatie	3-3
Denktempo	3-2

Conclusie: Aandacht houden en concentratie en dit vasthouden kost erg veel energie. Hierop scoren de patiënten laag.

Temperament en persoonlijkheid

Extraversie (open en sociaal t.o.v. verlegen, ontoegankelijk, geremd)	3-2
Psychische stabiliteit (gelijkmoedige persoonlijkheid)	3-3
Betrouwbaarheid	3-2

Conclusie: Op het gebied van temperament en persoonlijkheid maken deze twee patiënten erg veel veranderingen mee en scoren ze erg zwak. (ontzettend moeilijk om in te vullen).

Omgang met emoties / stemming

Reacties/stemmingen kloppen (congruent)	3-2
<u>Reacties blijven uit</u>	3-2
<u>Exploratie</u>	1-3

Conclusie: Over het algemeen (dus niet alleen in de zaal) zijn er veel veranderingen in temperament waardoor ook de omgang met emoties en stemmingen laag scoort

<i>Motoriek algemeen</i>	
Evenwicht (balans)	3-3
Bewegingstempo	2-3
Bewegingsonrust	1-1
Fijne/grove motoriek	2-2
Eventueel lichamelijke beperkingen	

Conclusie: Hier valt op dat vooral het evenwicht aangedaan is.

Lichaamsgevoel (besef)

Kan verwoorden hoe het lichaam voelt (congruent)	1-1
Pijngewaarwording	2-2
Voelt spieren	1-1

Conclusie: Deze twee patiënten kunnen nog goed voelen en dit verwoorden wat ze voelen.

Emoties en impulsen (energie en driften)

Kan emoties reguleren (hanteren)	3-3
Kan impulsen reguleren (driftbeheersing)	3-2
Inschatten eigen mogelijkheden?	3-3

Activiteit / participatie

Taken en eisen

Kan taken uitvoeren	1-2
Kan veranderen in makkelijker/moeilijker (Wat verzinnen)	3-3
Zelfstandig ideeën formuleren	2-3
Kan ideeën neerzetten	2-3
Kan een bewegingsprobleem oplossen	3-3
Omgang met stress	2-3
Omgang met gevaar	3-2

Conclusie: Vooral oplossen van problemen en zelfstandig iets veranderen is lastig.

Communicatie

Begrijpt instructies (gesproken boodschappen)	1-1
Begrijpt non verbale boodschappen (lichaamstaal)	1-2
Gebruikt non verbale boodschappen	2-2
Neemt waar door kijken	1-1
Neemt waar door luisteren	1-1

Conclusie: Communicatie scoort goed. Patiënten gebruik en begrijpen zowel non-verbaal als verbale boodschappen.

Zelfverzorging

Ziet er verzorgt uit	2-2
Is netjes gekleed	2-2

Conclusie: Zelfverzorging scoort redelijk. Patiënten worden bij opname, op zelfzorg gewezen door verzorgers op de afdeling (externe factor).

<i>Sociale omgang (tussenmenselijke interacties)</i>	
Respect en warmte in relaties (kijkt/denkt mee)	2-2
Waardering in relaties (tevredenheid en dankbaarheid)	2-1
Stemt af op de ander/ betrokkenheid	3-2
Omgang met kritiek in relaties	3-2
Kan samenwerken	2-2
Stelt zich voor (aangaan van relaties)	3-2
Is vriendelijk naar de ander (reguleren van gedrag in gezelschap)	2-1
Houd rekening met de regels in gezelschap	3-1
Houd sociale afstand	1-2
Relatie tussen zorgverlener/cliënt	2-1

Conclusie: Hierin verschillen patiënt a en b erg. Score gemiddeld in de sociale omgang

Bewustzijn van eigen lichamelijkeheid

Voelt verschillen	2-2
Voelt en ziet verschillen (bijv. in ballen)	1-1
Stuurt eigen lichaam gecontroleerd aan	3-3

Conclusie: Patiënten voelen eigen lichamelijkeheid goed, aansturen scoort laag.

Persoonlijkheid (besluit en tot handelen komen?)

Neemt besluit	1-3
Treed onafhankelijk op / neemt initiatief	1-3
Houd psychische vol (draagkracht)	3-3
Heeft doorzettingsvermogen	1-3
Interesse verlies	2-2
Is zich bewust wanneer het genoeg is	3-3
Geeft, indien nodig, zelf pauze aan	3-3
Maken van overgangen	2-3
Is beïnvloedbaar	1-3
Hulp vragen (bij onbegrip)	3-1
Gevoelig voor complimenten	1-1
Gevoelig voor lukken / niet lukken	3-3

Conclusie: Score is erg verschillend per persoon.

Emoties en impulsen

Kan emoties reguleren (hanteren)	3-3
Kan impulsen reguleren:	3-2
Omgang met frustratie (driftbeheersing)	3-2
Impulsief handelen	2-2
Agressie	2-2

Conclusie: Patiënten hebben moeite met reguleren van emoties

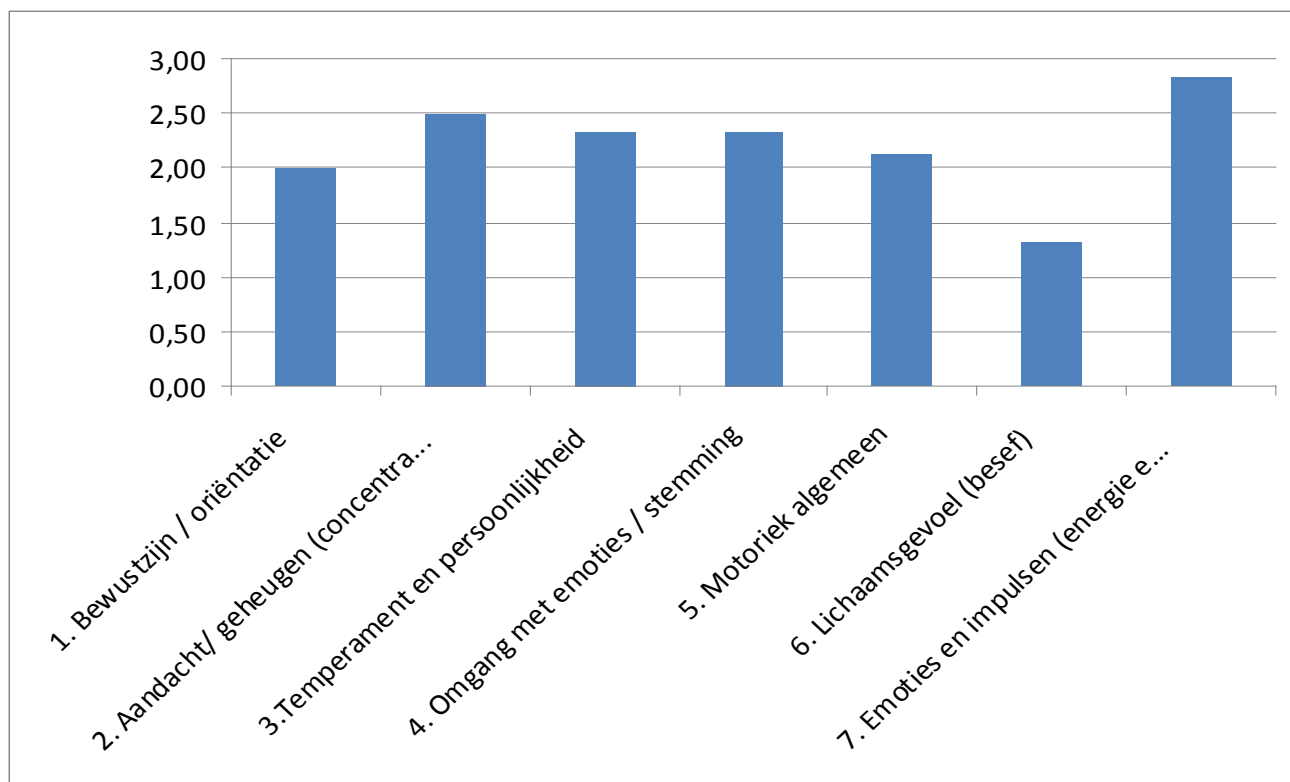
Modaliteiten

Is een persoon die eerst moet verkennen en rustig wil wennen (ontmoeten)	patiënt B
Is erg leergierig (leren)	
Zoekt grenzen en wordt graag uitgedaagd (sparren)	patiënt A
Doet graag alles op zijn gemak op een rustige tempo (vieren)	

Overzicht in grafieken

Hieronder ziet u de uitkomst van de verschillende domeinen die geobserveerd zijn. De score zijn drie puntsgewijs gegeven.

In figuur twee ziet u de score van het aspect: functie en anatomische eigenschap (*Stoornis*). Schuin ziet u de domeinen die geobserveerd zijn.



Figuur 2: aspect functies

Score 1 = goed, score 2 = redelijk score 3 = slecht.

Deze score betreft het gemiddelde van zowel patiënt A als patiënt B.

Opvallende ten opzichte van de domeinen:

De punten twee en zeven uit figuur twee scoren erg laag.

2. Aandacht / geheugen (concentratie) / denktempo:

- aandacht houden en concentratie vasthouden kost de patiënten erg veel energie. Hierop scoren de patiënten erg laag.

7. Emoties en impulsen (energie en driften):

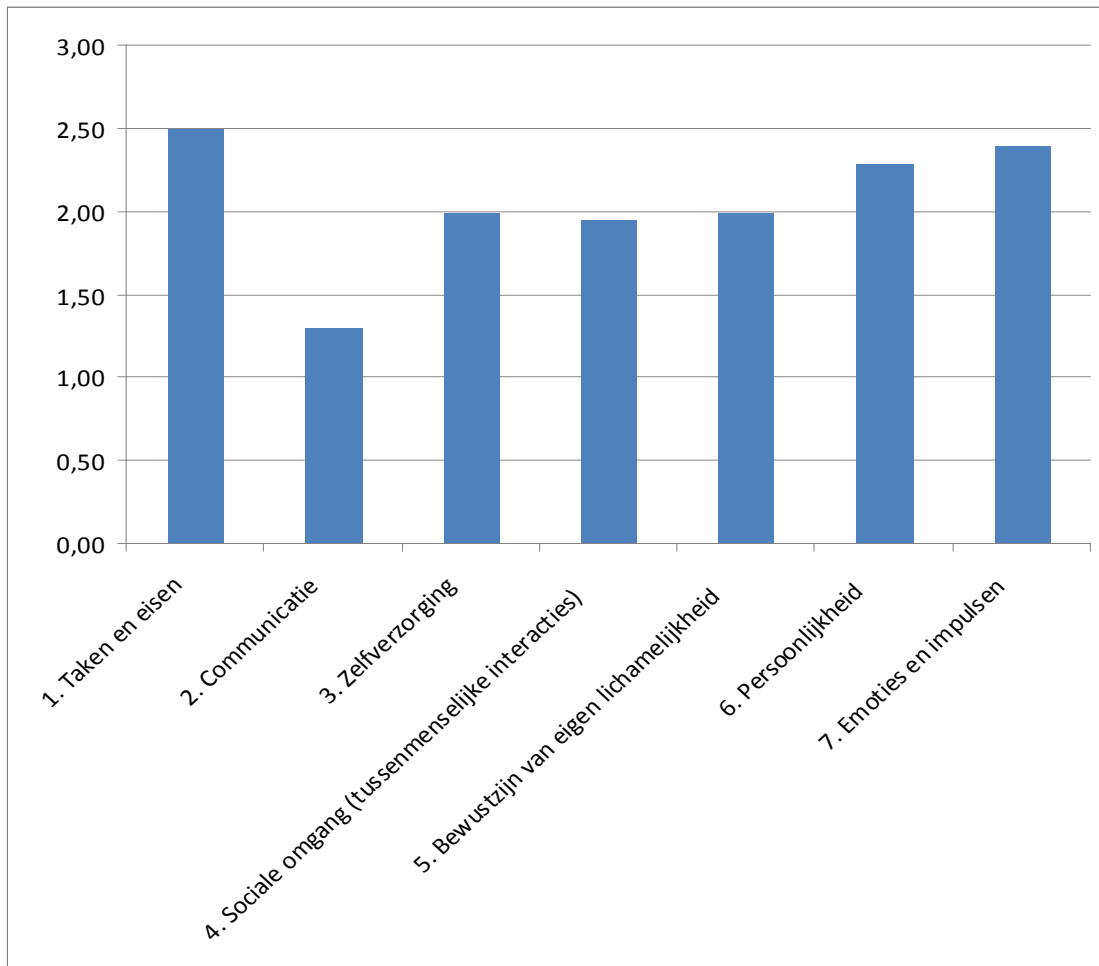
- scoort zeer laag, patiënten kunnen moeilijk met emoties en impulsen omgaan.

Het derde figuur betreft de score van het aspect: activiteit en participatie. Schuin ziet u de domeinen die geobserveerd zijn. Score 1 = goed, score 2 = redelijk score 3 = slecht. Deze score betreft het gemiddelde van zowel patiënt A als patiënt B.

Overzicht in grafieken

Hieronder ziet u de uitkomst van de verschillende domeinen die geobserveerd zijn. De score zijn drie puntsgewijs gegeven.

In figuur drie ziet u de score van het aspect: activiteit en participatie. Schuin ziet u de domeinen die geobserveerd zijn.



Figuur 3: aspect activiteit / participatie

Opvallende ten opzichte van de domeinen

De punten een en zeven uit figuur drie scoren erg laag.

1. Taken en eisen:

- vooral oplossen van problemen en zelfstandig problemen veranderen is lastig voor patiënten. Patiënten scoren hier erg laag.

7. Emoties en impulsen:

- Patiënten hebben moeite met reguleren van emoties, score is laag.

In figuur vier kunt u het verschil zien tussen de twee domeinen:

functie en activiteit / participatie. Score 1 = goed, score 2 = redelijk score 3 = slecht. Deze score betreft het gemiddelde van zowel patiënt A als patiënt B.

Hier kunt u twee PMT sessies inzien met de evaluatie in LECS

PMT sessie *Bewustzijn / oriëntatie*

Oefening 1: weet patiënt nog wat we vorige keer hebben gedaan?

- 10 x / 5x over stuiteren van de bal, met hoepel in het midden.
- hard op de grond stuiteren, zo hoog mogelijk (hoe hoog kom je?)
- mikken op de basket, deelnemer mag kiezen welke bal

Therapeut geeft instructie hoe je moet mikken

Taken en eisen

Oefening 2: patiënt krijgt een bal en een hoepel en mag hier een spel mee verzinnen.

- therapeut pakt een pion en geeft deze aan de patiënt. Therapeut verteld dat vanuit de hoepel de pion om gerold moet worden.

Th: kan het nog makkelijker?

Evt. Letten op persoonlijke activiteit:

- reageren op feedback

Oefening 3: *Emoties en impulsen (energie en driften)*

1. patiënt moet ballonnen 1 minuut in de lucht houden, er komt er telkens één bij. → niet gedaan
2. patiënt moet zoveel mogelijk hoepels draaiend krijgen. Krijgt hier ook 1 minuut voor
Is dit stress vol? Hoe gaat patiënt hier mee om?
 - evt. met z'n tweeën (elkaar helpen)
 - naderhand vragen wat patiënt er van vond (denken en voelen)

Evaluatie in LECS

Casus A

Lichamelijk

-

Emotioneel

Mevr. kwam wat slecht gehumeurd binnen maar vond het leuk om weer activiteiten in de zaal te doen. Inschatten van haar eigen kunnen (hoe vaak scoren) doet mevr. in de zaal reëel.

Als mevr. een keuze maakt, vanuit die hoepel schieten dan houdt ze deze keuze vast en wisselt ze niet meer. Tenzij haar mede patiënt elke keer een andere neemt, dan gaat ze na een tijdje ook mee.

Mevr. gaat goed gehumeurd terug naar de afdeling.

Cognitief

Wist de activiteit van de week ervoor nog en vond het ook leuk om deze weer te doen. Dat gaf mevr. naderhand ook aan, tijdens de nabespreking.

Tellen hoe vaak er wordt overgegooid en ook nog eens in de hoepel moeten gooien is te veel.

De terugweg weet mevr. niet, ze geeft met een glimlach aan achter de mede patiënt te lopen.

Zelf met de pion en bal iets verzinnen doet mevr. wel, maar mevr. komt op dezelfde beweging uit als de eerste oefening.

Sociaal

Mevr. leek herkenning te vinden bij medepatiënt tijdens deze bespreking (in bijvoorbeeld balans houden wat nu niet goed meer wil vergeleken met vroeger) en leek dit prettig te vinden.

Mevr. doet daarna maar haar mede patiënt na, die een compliment krijgt.

Met de laatste activiteit geeft mevr. niet op. Door hulp van de ander heeft ze door wat er mis gaat en lukt het haar wel. Hier heeft mevr. plezier in.

Casus B

Lichamelijk

Tijdens het omkleden was dhr. onrustig omdat hij erg begon te zweten. Dhr. uitgelegd dat, dat helemaal niet erg is en dat vaak zo is na het sporten. Dhr. zou als hij terug was even rust nemen en aan geven bij fitness dat hij vanmorgen ook pmt gehad heeft.

Emotioneel

Dhr. baalde dat tijdens het mikken op de basket de bal er niet in ging. Toen dhr. zichzelf mocht inschatten hoeveel hij er in zou mikken, schatte hij zichzelf lager in dan wat er uit kwam.

Dhr. gaf zelf aan wanneer hij pauze nodig had. De oefeningen kostte hem veel energie. Naderhand gaf dhr. aan dat aan de ene kant PMT hem tegenvielen en aan de andere kant het ook wel weer meeviel. Enerzijds omdat het niet meer zo gaat als vroeger, anderzijds omdat de oefeningen hier allemaal wel gelukt zijn, terwijl hij dacht weinig meer te kunnen. Dat dhr. leek gerust gesteld weer terug te gaan.

Cognitief

Opdracht die therapeut vertelde begreep dhr. niet direct, een voorbeeld laten zien gaf dhr. veel duidelijkheid.

Dhr. vond het lastig om met twee materialen een spel te verzinnen

Veranderen in moeilijker of makkelijker lukte niet.

Dhr. wist zelf de weg terug.

Sociaal

Compliment van de therapeut deed hem goed. Hierdoor ging dhr. zelf aan de slag met zijn activiteit. Als iets niet lukt, houd dhr. vol maar de spanning wordt hoger. Dhr. kijkt goed mee bij de ander en geeft de ander advies met wat er mis gaat.

PMT sessie

Oefening 1: *Sociale omgang (tussenmenselijke interacties) + Communicatie*

-1 persoon slaat met een stok (of met de handen) op een bal, zodanig dat de bal blijft stuiten. (Je hoeft niet elke stuit te slaan).

- 2 personen hebben samen 1 stok. Het stuiten wordt van elkaar overgenomen. Dit kan stilzwijgend of met overleg.

- 2 personen hebben elk een stok. Er wordt aan elkaar overgespeeld na een paar stuiten.

Oefening 2: *Sociale omgang (tussenmenselijke interacties)*

- 2 personen staan naast elkaar en hebben met beide handen een stok vast. 1 persoon heeft de leiding en leidt de ander (volger) door de zaal door het geven van signalen via de stok: vooruit, achteruit en ronddraaien. Daarna rolwisseling.

- dito, de volger neemt ook af en toe het initiatief. (volgt nu de initiatiefnemer of wil hij het initiatief houden?)

- dito, de volger werkt soms tegen.

- beiden nemen initiatief en volgen, zonder afspraken vooraf. Dit kan verbaal en nonverbaal.

- als vorige, met duidelijk overleg

- dito (= als 1e streepje), de volger heeft de ogen dicht.

Oefening 3: *Temperament en persoonlijkheid (Modaliteiten)*

- Badminton 2 tegen 2

Oefening 4: *Temperament en persoonlijkheid*

- pionnen en blokjes om mikken: blokjes van patiënt A pionnen van patiënt B, bal halen en gooien van uit de verschillende hoepels. Mag niet twee keer in dezelfde hoepel.

Evaluatie in LECS Casus A

Lichamelijk

Mevr. lag te rusten toen ik haar kwam ophalen. Kon vertellen wat ze vroeger wel eens met een grote bal had gedaan en vond het prettig om haar lichaam uit te rekken op de bal. Mevr. gaf aan dat haar lichaam goed voelde. Ook vond mevr. het prettig om direct aan de gang te gaan.

Emotioneel

Reacties die mevr. gaf, klopte redelijk. Haar reacties waren echter ingehouden. Vond mevr. de oefening niet prettig dan ging ze toch door (doorzettingsvermogen hoog). Mevr. uitten haar frustraties weinig, maar gaf wel van te voren aan dat ze dit onderdeel niet leuk vond. Als mevr. iets niet leuk vindt noemt ze dat: flauw.

Cognitief

Leek zelf de weg te weten, via haar eigen route, naar PMT (trainbaar). Het laatste stukje, had ze de neiging de PMT zaal voorbij te lopen. Herkenningspunten als de kerk etc. kan ze wel goed onthouden! Begreep instructies van therapeut.

Bij het laatste spel waren er verschillende factoren waar mevr. op moest letten (de pionnen, de afstand, het aansturen van haar lichaam, de bal). Het contact nam hierbij erg af. Mevr. kon naderhand goed aangeven wat we hadden gedaan en wat ze het leukst vond om te doen. Wellicht was de contact vermindering of: vermoeidheid, of insuline?

Sociaal

Mevr. houdt rekening met de regels. Bij het laatste spel waren er verschillende factoren waar mevr. op moest letten (de pionnen, de afstand, het aansturen van haar lichaam, de bal). Daarnaast was dit de laatste oefening en had ze al aardig wat gedaan. Het contact nam hierbij erg af. Th kon mevr. steeds moeilijker bereiken. Op de bank zittend, was er weer wat meer contact.

Casus B

Is niet geweest.

Overige behandeldoelen voor mensen met NAH ten opzichte van de domeinen uit de ICF

Emoties en impulsen :

1. Help mij meer inzicht te verkrijgen in mijn emoties en impulsen
2. Help mij mijn lichaamsgevoel en zelfbeheersing te verbeteren
3. Help mij mijn zelfcontrole verbeteren; Stop, denk, doe methode
4. Help mij ontladen en controleren van spanning en boosheid

Taken en eisen / aandacht en geheugen:

5. Help mij meer structuur en overzicht in te bouwen
6. Leer mij om te concentreren en te ontspannen

Persoonlijkheid en temperament:

7. Help mij meer inzicht te verkrijgen in mijn eigen persoonlijkheid (ontdekken)
8. Help mij om mijn grenzen aan te geven
9. Leer mij hulp te vragen
10. Help mij mijn zelfvertrouwen te stimuleren

Lichamelijkheid:

11. Help mij een adequaat lichaamsbesef te ontwikkelen
12. Help mij mijn eigen lichaam te aanvaarden
13. Help mij mijn eigen mogelijkheden te ontdekken
14. Help mij plezier in het bewegen te ontwikkelen

Dit zijn een aantal voorbeelden welke voor patiënten met NAH nagestreefd zouden kunnen worden bij PMT. Er zijn ontzettend veel doelen die te gebruiken zijn voor mensen met NAH. Van belang is dat patiënten meer inzicht verkrijgen in hun beperkingen.