



Revalidatie- programma

Voor mensen met een
hersenschudding

Heleen Velsink
Ageeth Huiberts

Revalidatieprogramma hoofdtrauma “Gedoseerde activatie, de stepped care benadering “



teamrevalidatie
ergotherapie - logopedie - fysiotherapie

Aanleiding:

Als neurologie gespecialiseerde praktijk hebben wij inmiddels veel ervaring opgebouwd met hersenschuddingen, ook wel post commotioneel of post contusioneel beeld genoemd. We hebben een informatiefolder voor cliënten opgesteld en ook een min of meer vaste manier van werken. Nieuwe inzichten maken dat wij een hernieuwd programma willen opstellen voor deze doelgroep. Een behandelprogramma op papier met weer een informatiefolder voor cliënten, maar nu ook met vaste klinimetrie, middelen en interventies. Het is wederom een multidisciplinair programma, want dat is een vereiste wil je deze doelgroep adequaat behandelen.

Wij hopen in de toekomst veel cliënten met hersenschuddingen te mogen helpen.

Heemstede 12 december 2023
Heleen Velsink

Aan dit programma werkten mee: Ageeth Huiberts, Kelly Loogman, David Koenes, Mariel Houweling en Anke Coerts

Inhoud

Hoofdstuk 1: onze visie van en over:

De doelgroep	3
De diagnose	3
De gevolgen	4
Het herstel	5
Mogelijke behandeling en onze behandeling	6

Hoofdstuk 2: het behandelprogramma

De intake fase	8
De balans fase	8
De opbouw fase	9
Eind van de behandeling	10
Vergoedingen	10
Programma per week	12
Thema's: arbeid, letselschade en levensfase	13
Zo nodig in te schakelen expertise	
Tot slot	14
Bronnen	15

Hoofdstuk 1: Onze visie:

Onderstaande informatie is een mix van theorie en onze ervaring. Wij geven aan hoe wij naar het beeld, de doelgroep en het herstel kijken. Bronnen zijn in de bijlage toegevoegd.

De doelgroep:

De mensen die bij ons komen, meestal via revalidatiearts of huisarts, hebben vaak langer geleden het trauma ondergaan. Het zijn de mensen die, vaak op de SEH, beeldvormend onderzoek hebben gehad waar niets uit kwam en met geruststellende voorlichting (rust, maar niet te lang) weer naar huis zijn gegaan.

De groep die bij ons komt, herstelt niet goed, om verschillende redenen. Zij ervaren al langer een disbalans in wat ze doen en aankunnen met de nodige klachten. De groep die bij ons komt worstelt al lange tijd.

De klachten zijn passend bij wat normaal is bij een licht traumatisch hersenletsel: duizelig/ licht in het hoofd, vermoeid zowel fysiek als mentaal, misselijk, hoofdpijn, prikkelverwerkingsproblemen en moeite met cognitieve functies als geheugen en concentratie. Cliënten zijn vaak gefrustreerd, het herstel duurt hen te lang en zij ervaren veel onbegrip.

De diagnose:

Er wordt nog steeds, helaas, luchtig gedaan over een hersenschudding. Omdat er geen schade op beeldvormend onderzoek wordt gezien, wordt het beeld en dus ook de cliënt niet altijd serieus genomen. Ook omdat een groot gedeelte van de doelgroep wel goed herstelt, wordt het tegenvallende herstelbeeld vaak bewust of onbewust de cliënt verweten.

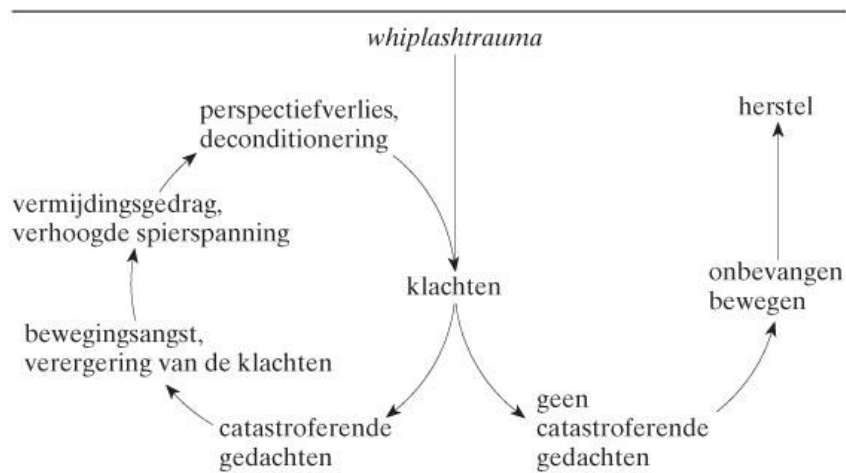
Het is moeilijk om te zeggen hoe het komt dat de een na een hersenschudding wel goed herstelt en de ander langdurige klachten blijft houden.

Wij zijn in de loop van de jaren zoveel verschillende mensen met tegenvallend herstel tegengekomen; ouderen, jongeren, hoogopgeleid of laag, man of vrouw, zorgmijders, shoppers, perfectionisten of onnauwkeurig, nuchtere praktische denkers of paniekeerders, gedreven personen of lamgeslagen. Wij stellen vooral vast dat het iedereen kan overkomen en nemen deze mensen serieus.

Bij een hoofdtrauma ontstaan er krachten, die zorgen voor een acceleratie-deceleratie beweging van de hersenen met een lineaire en/of een rotatiecomponent. Dit zorgt voor een acute rek aan neuronen, axonen, gliacellen en de bloedvaten. Voornamelijk de langere structuren, zoals axonen zijn hiervoor gevoelig. De verscheuring van axonen leidt tot axonale schade met bijbehorende microhemorragieën. De ernst hangt samen met de impact. Bij licht traumatisch hersenletsel is alleen geïsoleerd axonale schade in de subcorticale gebieden aanwezig (laag energetisch trauma). De CT scan laat vaak direct na het ongeval geen aantoonbare schade zien. Uit onderzoek blijkt dat een MRI in kwart van de gevallen toch afwijkingen laat zien. Omdat hier geen medische consequenties aan gekoppeld zijn, wordt een MRI eigenlijk, is onze ervaring, niet uitgevoerd.

Wij gaan ervan uit dat het trauma, de klap, het begin is geweest van de ontwrichting. We weten dat de hersencellen niet kapot zijn en hangen de theorie aan dat de overdracht van prikkels (tijdelijk) trager verlopen, doordat er rek en trek is geweest aan de uitlopers van de cellen (axonen; DAI of TAI). Door deze traagheid lukt het niet meer alle prikkels te filteren en te verwerken, Het brein gaat overlopen. De hersenen houden dan weinig energie over om na te denken of dingen te doen en er ontstaat een ontregeld brein.

Een mogelijke verklaring waarom herstel tegenvalt wordt gegeven door het Fear Avoidance Model:



Het zogenaamde angst-en-ontwijkingsmodel ('fear-avoidance model') bij whiplash.

Na het oplopen van een hersenschudding neemt men vaak eerst rust. Als de activiteiten van het dagelijks leven weer worden hervat, lijkt het eerst goed te gaan, waarna met alsnog last krijgt van de symptomen. Een huisarts adviseert dan vaak om nog even wat langer rustiger aan te doen. Als men te lang activiteiten uit de weg gaat die symptomen kunnen verergeren, dan is er een kans dat men in een vicieuze cirkel terecht komt. De ontregeling in het brein die hierdoor ontstaat wordt in stand gehouden door stress, slecht slapen, weinig bewegen en onzekerheid over wat er aan de hand is.

De gevolgen:

Als primaire klachten zien wij: duizeligheid, hoofdpijn, misselijkheid, spierspanning, vestibulaire stoornissen, visuele stoornissen, vermoeidheid en problemen met visuele en auditieve prikkels. Door deze stoornissen kunnen de volgende secundaire klachten ontstaan: problemen met concentratie, geheugen, woordvinden, problemen met complexe taken en ook weer vermoeidheid. Hierdoor (tertiaire klachten) kunnen cliënten angstig worden, paniekaanvallen krijgen, cliënten raken gefrustreerd over het uitblijven van herstel en onbegrip vanuit omgeving, kunnen somber worden of voelen zich geïsoleerd.

Cognitieve gevolgen:

Veel cliënten met licht traumatisch hersenletsel ervaren klachten die als cognitief kunnen worden geclassificeerd, zoals vergeetachtigheid, concentratieverlies, trager reageren en een verminderd overzicht. Diverse studies laten zien dat de klacht niet altijd samengaat met de stoornis, zoals bijvoorbeeld geheugenklachten. Cognitieve klachten lijken, zeggen de onderzoekers, eerder een representatie zijn van "mentaal-niet-welbevinden". De relatie met stress, moeite hebben met constructief om te gaan met het probleem (piekeren, somber worden, focussen op negatieve emoties), dragen bij aan een ongunstig herstel.

Ook wij zien de cognitieve gevolgen als secundair. Educatie over hoe dit werkt, educatie over de gunstige prognose en het toepassen van ontspanning zijn onze instrumenten om dit het hoofd te

bieden. Ook het opsporen en ombuigen van dysfunctionele gedachtes en overtuigingen in de balansfase krijgt aandacht.

Gevolgen op prikkelverwerkingsgebied:

Zoals eerder gemeld zien wij de problemen met de prikkelverwerking, echt een typische hersenschuddingsklacht, op basis van de vertraagde overdracht van prikkels door de rek en trek aan de uitlopers van de cellen, de axonen. Door deze traagheid lukt het niet meer alle prikkels te filteren en te verwerken, Het brein gaat overlopen. De hersenen houden dan weinig energie over om na te denken of dingen te doen die moeite heeft met het verwerken van intern en externe prikkels, waarbij de nervus vagus en het (para)sympathische zenuwstelsel een rol kan spelen.

De gevolgen van bovenstaand verhaal op het dagelijks leven van de cliënt zijn fors. Werk en vrijetijdsbesteding buitenshuis (ook sociale contacten en sporten) vallen vaak als eerste af. Maar ook in en rond het huis zijn cliënten vaak al beperkt, zoals in het huishouden of in de rol als ouder. Er ontstaat een verschil in wat mensen willen en wat ook daadwerkelijk lukt.

Herstel:

“it is not only the kind of injury that matters, but the kind of head that is injured, that determines the recovery of function” citaat van Symonds, een Britse neuroloog in 1937”

Cliënt gerelateerde factoren spelen de belangrijkste rol bij de prognose van licht traumatisch hersenletsel. Trauma gerelateerde factoren spelen geen rol in de mate van herstel, in elk geval niet bij hersenschuddingen.

Herstel is ongunstig bij:

- lager opleidingsniveau *
- al bestaande psychische voorgeschiedenis
- nekpijn
- Lagere GCS score (voor onze doelgroep n.v.t.)
- Langere PTA (vanaf 1 tot 24 uur)
- Ontwijkende coping
- Intoxicatie tijdens klap

*kanttekening: hoger opgeleiden lopen juist soms eerder vast i.v.m. hoge eisen, hoge lat, maakbare wereld. Deze mensen lijken meer moeite te hebben met de patiënten rol, zijn gericht op prestatie, mogen niet afhaken en overbelasten vaak.

Ongunstige factoren of niet, iedereen verdient een maximaal herstel perspectief, er zijn namelijk altijd uitzonderingen. Iedereen krijgt dus een positief verhaal over herstel: een licht traumatisch hersenletsel kan goed herstellen. De hersenen zijn plastisch en kunnen nieuwe verbindingen aangaan. Er is eigenlijk geen reden om niet goed te herstellen.

Tegelijkertijd vertellen we wel een eerlijk verhaal: herstellen van welk hersenletsel dan ook kost tijd en duurt altijd langer dan dat je wil. De klachten zijn licht, maar lastig en niet altijd even makkelijk te beïnvloeden. De klachten herstellen eerder bijna “stiekem” en merkt de client pas door de tijd heen.

Het is niet populair om te zeggen, maar herstellen van een hersenschudding is in onze ervaring niet zo maakbaar als andere collega’s soms beweren.

Ook is onze ervaring dat “weer helemaal de oude worden” geen realistische verwachting is. Sommige cliënten houden nog milde klachten, een kleine groep 10-15% ervaren blijvende klachten. Ook zien we vaak dat er zogenaamde kwetsbaarheden blijven. Oude klachten die toch weer oppoppen als iemand te veel hooi op de vork neemt.

Omstandigheden:

Omstandigheden spelen een rol in het herstel:

- Levensfase
- Persoonlijkheidsfactoren
- Latente stressoren

De levensfase bepaalt in hoeverre het ook echt lukt om rust te nemen en te kunnen ontspannen. Mantelzorg of hele jonge kinderen in huis, het zijn omstandigheden die herstel beïnvloeden. Persoonlijkheidsfactoren en ervaringen van de client bepaalt de coping. Onze ervaring is dat iedereen last heeft van het doorschieten in zijn of haar eigen coping: cliënten die sterk zijn in doorgaan, gaan teveel door. Cliënten die goed kunnen voelen, voelen teveel. Iedereen heeft hierbij sterke en zwakke kanten. Het is hierbij belangrijk dat de client weer in zijn of haar kracht komt te staan. Latente stressoren, die al op de loer lagen openbaren zich in het ontregelde brein eerder. Deze stressoren werken belemmerend op het herstel en verdienen aandacht. Onze ervaring is dat juist de cliënten waarbij sprake is van een al pre existente labiele balans in het dagelijks leven, moeilijker herstellen. Cliënten weten dit vaak wel van zichzelf en beseffen dit.

Om te herstellen geloven wij dat er allereerst een goede basis moet zijn om vervolgens op te kunnen bouwen. Structurele onder- of overbelasting houdt klachten in stand en geven geen ruimte om te herstellen. Eenmaal in de opbouwfase hanteren wij de gedoseerde activatie en opbouw. Lichte klachtenvermeerdering mag en kan hierbij.

Mogelijke Behandelingen:

Tot nu toe is er in Nederland geen eenduidig behandelbeleid.

Naar aanleiding van het “Fear Avoidance Model” wordt door verschillende deskundigen aangeraden om een zogenaamde “exposure” therapie aan te bieden voor mensen met langdurige klachten na een hersenschudding. De gedachte hierachter is dat de hersenen van mensen met langdurige klachten na een hersenschudding door sensitivatie hypergevoelig geworden zijn en dat deze geleidelijk weer moeten wennen aan belasting, verwerking van prikkels en normaal herstel.

Onze behandeling:

Wij bieden een multidisciplinair programma aan met:

Ergotherapie:

In het begin van het programma voor een adequate basisbalans in belasting/ belastbaarheid zonder structurele overbelasting, adequate grenshantering en inpassen van de juiste rust/ herstelmomenten. Daarnaast is er aandacht voor leren omgaan van overprikkeling door invullen van het zogenaamde Prikkelplan. Tijdens de opbouwfase start ergotherapie opbouw van prikkels door de Assit- methode en begeleiding van opbouw van activiteiten indien nodig.

Muziektherapie:

RGM (de Ronnie Gardener Methode) is een oefenmethode die de hersenen activeert. Met behulp van muziek, ritme en oefeningen die in symbolen zijn uitgeschreven, worden bewegen, cognitie en spraak

gestimuleerd. Bij het luisteren naar muziek zijn veel hersengebieden betrokken. Geen wonder dat steeds meer wetenschappelijke studies aantonen dat muziek een zeer krachtig medium is om de hersenen te activeren.

Fysiotherapie:

In de eerste balansfase wordt fysiotherapie ingezet om zogenaamde instand-houdende factoren op te sporen en zo nodig te behandelen, bijvoorbeeld neurogene spierspanning of BPPD. In de opbouwfase wordt fysiotherapie in groepsverband aangeboden. Bewegen is een ook een krachtige manier om de hersenen te activeren. Onderzoeken laten zien dat onder invloed van lichaamsbeweging, de hoeveelheid grijze en witte stof in de hersenen toeneemt, de frontale lob beter doorbloed raakt en dat er krachtiger neurale netwerken ontstaan. Onze fysiotherapeuten zijn ervaren met het beeld en combineren ook bewegen weer met het opbouwen van prikkel en stimuleren de mentale belastbaarheid.

Hoofdstuk 2: Het Behandelplan:

Ons behandelplan bestaat uit drie fasen:

- Intakefase
- Balansfase
- Opbouwfase

De intake bestaat uit, naast de gebruikelijke vragen, het uitvragen van prognostische factoren en het geven van voorlichting.

Na de intake is een voorwaardelijke fase, wij noemen dit de balansfase, nodig alvorens gradueel op te kunnen bouwen. In deze voorwaardelijke fase moet de balans weer op orde en op passend niveau. Er moet ruimte komen voor rust en ontspanning en behandelbare “in standhoudende factoren” moeten worden gedetecteerd: vestibulaire functies (BPPD), neurogene spierspanning, visus en stemming.

Aan het eind van deze fase worden de doelen multidisciplinair opgesteld, gekeken naar de stappen die nodig zijn om deze doelen te behalen, wie daar welke rol in speelt en wordt een inschatting gemaakt van de tijd die nodig is.

Eenmaal klaar voor de opbouwfase, worden aan de hand van graded activity en graded exposure, oftewel gedoseerde activatie, de algemene belastbaarheid weer opgeschroefd.

De fysiotherapeut zet het bewegen in als middel voor toegenomen fysieke belastbaarheid en onbevangen bewegen en is gericht op het integreren van visuele, vestibulaire en somatosensore systemen. De frequentie bij de fysiotherapie is regelmatig en frequent en bij voorkeur 3 keer in de week en minimaal 1 keer in de week.

De muziektherapeut zet muziek als middel in. In het programma RGM bij PCS worden de hersenen getraind om zich weer te kunnen inspannen, concentreren, prikkels te verwerken en hiervan te herstellen. De oefeningen hebben een multi-sensorisch karakter en bestaat uit oefeningen in de praktijk ook uit oefeningen voor thuis. De oefeningen worden opgebouwd van eenvoudig naar steeds moeilijker. De RGM start met 4 individuele oefensessies, gecombineerd met maximaal dagelijks en minimaal 3 keer in de week thuis oefeningen. Daarna wekelijks in groepsverband gedurende 6 weken.

De ergotherapeut zet dagelijkse activiteiten in om belastbaarheid op het gebied van prikkelverwerking en cognitieve functies op te bouwen. De frequentie bij de ergotherapeut is op behoefte en minder frequent. De cliënt krijgt van de ergotherapeut oefeningen voor thuis, maar moet dit zelf thuis doen.

De betrokken therapeuten hanteren dezelfde functionele doelen en hebben regelmatig overleg over de voortgang.

Intakefase:

Intake:

- aanleiding/ event, check PTA en eventuele intoxicatie, wel geen CT of MRI
- verwijsvraag, hulpvraag, wensen en verwachtingen
- relaties, werk en vrijetijd, betekenisvol handelen
- opleidingsniveau, relevante voorgeschiedenis

- kennis tot nu toe, coping tot nu toe en stemming
- klinimetrie: PRO Ergo afnemen
- klinimetrie: Rivermead Postconcussion Questionnaire (RPQ)

Voorlichting:

- uitleg beeld en klachten
- uitleg programma en aanpak
- geruststellen op mogen belasten en lichte klachtentoeename
- verstrekken van “hand-out” met o.a. de informatiefolder, doelenblad en visitekaartjes van de therapeuten

Balansfase

Ergotherapie:

- Daglijsten meegeven en bespreken
- Advies rust, ontspanning en activiteit
- Uitleg passend functioneel niveau en grenshantering in de activiteit
- Uitleg belang rust: prikkelarm en bij voorkeur liggend
- Uitleg belang ontspanning
- Doornemen “Prikkelplan”
- Na twee weken adviezen evalueren
- Effect vaststellen aan de hand van de Vas scores klachten
- Eventueel balansfase verlengen tot gewenste resultaat
- Doelen opstellen

Muziektherapie:

- Uitleg interventie RGM
- Muziekniveau uitzoeken en muziekkeuze maken
 - Muzikale voorkeur van client
 - Oefeningen voor thuis
- Klinimetrie:
 - a) Rivermead Postconcussion Questionnaire (RPQ)*: een scoringslijst waarop deelnemers aangeven van welke symptomen ze last hebben en in welke mate (11). Deze kan door de deelnemers thuis worden ingevuld.
 - b) Checklist Individuele Spankracht (CIS)*: Deze meet subjectieve vermoeidheid en aspecten die hier invloed op hebben (12). De CIS bestaat uit 20 uitspraken die nagaan hoe de deelnemer zich de laatste twee weken gevoeld heeft, waarbij wordt aangegeven in hoeverre de uitspraak voor hem/haar van toepassing is. Deze kan door de deelnemers thuis worden ingevuld.
 - c) Symbol Digits Modalities Test SDMT)*: Deze test meet de informatieverwerkingssnelheid (denksnelheid) van de deelnemer (13). Gedurende 90 seconden moet de deelnemer cijfers invullen die corresponderen met symbooltjes. Deze test wordt in de praktijk afgenomen; dit kan schriftelijk, digitaal of zelfs mondeling. Hij is eenvoudig in gebruik en kost weinig tijd. Belangrijk is dat de voor- en nameting op dezelfde manier worden afgenomen.
 - d) Kwaliteit van leven (KvL): Vraag tijdens de intake welk cijfer tussen 0 (waardeloos) en 10 (perfect!) de deelnemer op dit moment aan zijn/haar leven geeft.

Fysiotherapie:

- Onderzoek neurogene spierspanning

- Onderzoek BPPD
- Check nekpijn/ WAD
- Onderzoek balans/ vestibulaire functies
- Check visus
- Advies ontspanning/ ontspanningsoefeningen in combinatie met ademen en verlagen stressniveau.
- Na twee weken adviezen evalueren
- Effect vaststellen aan de hand van de Vas scores klachten
- Eventueel balansfase verlengen tot gewenste resultaat
- Doelen opstellen
- Klinimetrie: Balans Test, links/rechts kracht Test en sensibiliteit, triggerpoints,

Opbouwfase:

Ergotherapie:

- Uit de doelen de basis cognitieve vaardigheden vaststellen die hiervoor nodig zijn: concentratie, dubbeltaak, geluid, licht, drukte. Deze cognitieve vaardigheid koppelen aan een taak.
- NB: geheugen (waaronder woordvindstoornissen), “wazig hoofd”, trage reacties en moeite met overzicht of complexiteit: monitoren in de verwachting is dat dit verbetert op geleide van herstel. Mocht bijvoorbeeld forse geheugenproblemen herstel belemmeren; dan kort compensatie strategieën uit “niet rennen maar plannen” doornemen.
- basislijnmeting prikkel of cognitieve vaardigheid laten uitvoeren door cliënt
- Aan de hand van de basislijnmeting opstellen van een opbouwschema middels graded activity
- Regelmatig evalueren en nieuwe vaardigheden opbouwen totdat doelen zijn behaald.

Muziektherapie:

- Starten met de 4 individuele sessies.
- Begeleiden oefeningen thuis.
- Doorstart naar groep sessies.

Fysiotherapie:

- Uit de doelen de basisbewegingen en cognitieve vaardigheden vaststellen die nodig zijn om de doelen te halen.
- Deze sensorische integratie toepassen in de oefenzaal daar waar dit kan.
- Dit geldt eveneens voor bewegen: fit worden, alert worden en onbevangen bewegen door middel van sport en spel.
- Regelmatig evalueren en opbouwen totdat doelen zijn bereikt.

Eind van de behandeling:

Als de doelen zijn behaald.

Als client zelf verder kan om de doelen te behalen.

Als de client een doorstart maakt.

De PRO Ergo wordt opnieuw afgenomen.

De RPQ wordt opnieuw afgenomen.

Herhaling klinimetrie fysiotherapie.

Interventies:

Intake:

- Serieus nemen, luisteren
- Geruststellen op gunstige prognose maar met reële verwachtingen:
- Open zijn over ongunstigere prognostische factoren
- Open zijn in geval van letselschade procedure over beïnvloeding daarvan
- Educatie: uitleg diagnose en verklaring.
- Educatie coping: van angst, twijfel en onzekerheid, naar vertrouwen, rust, ontspanning, klein houden en doen. Oftewel van een passieve coping stijl naar een actieve coping stijl.

Balansfase:

- Interventies gericht op ontspanning en grenshantering.

Opbouwfase:

- Geruststellen in mogen belasten met lichte klachtentoeename.

Vergoedingen:

In het verwijsproces is het steeds meer gangbaar om eerst de expertise van de eerste lijn in te zetten voordat indicatie voor tweede lijn begeleiding wordt overwogen.

In de eerste lijn zijn de vergoedingen helaas karig en soms zo lastig dat ze succes in de weg staan.

Fysiotherapie:

Cliënten moeten aanvullend verzekerd zijn voor fysiotherapie. Zoals eerder aangegeven is een regelmatige meer frequente begeleiding nodig voor een goed resultaat.

Muziektherapie:

Deze sessies worden gedeclareerd als reguliere oefentherapie of logopedie.

Ergotherapie:

Ergotherapie zit in het basispakket, maar met de restrictie van maximaal 10 uur per kalenderjaar. Voor aanvullend verzekerden zijn soms extra uren mogelijk.

Cliënten waarbij arbeidshervatting een rol speelt, maar ook bij wie de balansfase lastig is, komen m.b.t. de uren in het gedrang.

Programma overzicht per week:

Balansfase: 4 weken.

Week 1:

- Intake ergotherapie, uitleg en de eerste adviezen
- Intake fysiotherapie
- Intake RGM

Week 2:

- Fysieke onderzoek fysiotherapie
- Prikkelplan ergotherapie en 1 evaluatie adviezen

Week 3:

- Fysiek onderzoek fysiotherapie, eventueel starten behandeling fysiotherapie voor instandhoudende factoren
- Zelf aan de slag met de adviezen ergotherapie

Week 4:

- Evaluatie adviezen ergotherapie en prikkelplan
- Eventueel behandeling fysiotherapie instandhoudende factoren

Opbouwfase: 6-8 weken

Week 5:

- Starten Assit en opbouw dagelijkse handelingen ergotherapie
- Starten RGM individuele sessie 1 en 2
- Starten met groepsbehandeling fysiotherapie
- Eventueel nog individuele fysiotherapeutische interventies indien nodig

Week 6:

- Vervolg RGM individuele sessie 3 en 4
- Vervolg groepsbehandeling fysiotherapie

Week 7/8/9/11/12:

- Starten en vervolgen RGM groep sessie
- Vervolg groepsbehandeling fysiotherapie
- Vervolg Assit en opbouw dagelijkse handelingen ergotherapie, frequentie op behoefte.

Week 13:

- Evalueren doelen
- Pro ergo en RPQ herhalen
- Preventieplan terugval

Thema's:

Arbeid:

Officieel behoort 50% van de mensen met traumatisch hoofd/ hersenletsel tot de beroepsbevolking (18-67 jaar). Onze ervaring is dat in onze praktijk arbeidsvraagstukken meer en veel voorkomen. Indien arbeidshervatting een van de doelen is van de cliënt, kan de ergotherapeut begeleiding hierbij bieden. Tegelijkertijd is het vaak niet mogelijk en geen taak van de revalidatie om gedurende het behandeltraject te zorgen voor een volledige re-integratie. Daarbij maakt de scheiding tussen de financiering vanuit de Zorgverzekeringswet, en de financiering vanuit sociale wetgeving in het kader van arbeidsintegratie/ arbeidsongeschiktheid het onmogelijk het gehele traject vanuit de zorgverzekering te vergoeden.

In de praktijk, afhankelijk van de kwaliteit van begeleiding vanuit werkgever en arbodienst, is de begeleiding soms monitorend/ begeleidend, maar toch vaak ook intensief. Uitgaande van het "eigen regiemodel" ligt bij veel werkgevers de verantwoordelijkheid vooral bij de werknemer die uitvalt een plan op te stellen. Als ergotherapeut, wij kennen de sterke kanten en beperkingen van onze cliënt goed, helpen wij onze cliënt om in de kracht te staan. Samen met de cliënt kunnen wij kijken naar voorstel voor een werkhervattingsplan. Toch moeten wij duidelijk zijn over onze rol: vanuit de revalidatie is deze ondersteunend als onderdeel van het behandeltraject. Samenwerken met arbodiensten, werkcoaches en alle andere betrokken professionals is hierbij belangrijk, evenals het adviseren van het inschakelen van gespecialiseerde arbeidsrevalidatie elders, zoals Heliomare Arbeidsintegratie. Onze korte lijnen met de revalidatieartsen komen hierbij goed van pas.

Letselschade:

Ook procedures rond letselschade komen bij deze doelgroep veel voor. Een lopende letselschadeprocedure kan ook invloed hebben op het herstel van een cliënt. Het is geen doen om dit als exclusiecriteria te hanteren. Mensen hebben recht op de juridische stappen en een snel startende revalidatie. Onze ervaring is dat het belang te herstellen groter is, dan het belang de klachten in stand te houden i.v.m. de letselschadeprocedure. Toch moeten we dit laatste vaak ook onbewuste belang niet onderschatten. Benoemen naar de cliënt wat het effect kan zijn op de klachten is hierbij belangrijk.

Soms wordt een verzoek voor paramedische informatie opgevraagd met een medische machtiging. Hierbij geven wij onze paramedische informatie op papier en factureren naar de belanghebbende partij die het verzoek heeft ingediend.

In te schakelen expertise:

Zoals eerder aangegeven vraagt een licht traumatisch hersenletsel om een multidisciplinaire aanpak is onze overtuiging. Ergotherapie en fysiotherapie zijn hierbij de minimale inzet voor een succesvol resultaat. Soms is er echter nog meer nodig:

Neuro optometristisch onderzoek:

Visus speelt een rol bij het in stand houden van de klachten. Ongeveer 25% van de gezonde mensen heeft last van 'latent scheelzien'. Dat betekent dat de ogen iets meer moeite hebben om samen één beeld te vormen, maar dit normaal voldoende kunnen compenseren. Het is mogelijk dat deze compensatie na een licht hoofd/nek trauma tekort schiet, waardoor het beeld (erg) onrustig wordt

waargenomen. Een optometrist met kennis van hoofd/nek trauma kan dit onderzoeken en advies geven. Soms kunnen oefeningen voor de ogen zinvol zijn, bv. in de eerste maanden na trauma. Soms kan een aangepaste bril met prismaglazen de oplossing bieden, bv. na een jaar of als problemen in het zien hinderlijk blijven in de opbouw van o.a. computeren, lezen e.d.

Een neuro optometrist met ervaring in hoofd/nek trauma biedt begeleiding bij:

- o Problemen met zien na het trauma; bv. wazig zien, bewegend beeld
- o Moeite en/of pijn bij bewegen van de ogen
- o Duizeligheid bij bewegen van de ogen

Wij werken veel samen met Liebenberg in Overveen.

Onderzoek en begeleiding door de neuro- optometrist moet door de cliënt zelf worden bekostigd.

(Neuro) psycholoog:

Biedt begeleiding bij:

- o Aanhoudende psychische klachten, ten gevolge van of versterkt door het ongeval
- o Post traumatische stress stoornis (PTSS) 2 die niet vanzelf overgaat
- o Neuropsychologisch onderzoek: op indicatie: niet voor vaststellen objectiveerbare afwijkingen, maar voor angst en depressie, coping stijl, gedrag- en persoonlijkheidskenmerken.

Het is lastig een neuropsycholoog te vinden en de wachtlijsten zijn lang.

Manueel therapeut:

- o Verminderde beweeglijkheid van de nek (- en rug). Evt. uitstralende klachten naar het hoofd.

Psychosomatische fysiotherapie:

Biedt begeleiding bij:

- o Moeite met waarneming van lichaamssignalen
- o Verminderd vertrouwen in je eigen lijf
- o Problemen met herkennen en daarmee kunnen voorkomen van overbelasting
- o Moeite met ontspannen van spieren die door de spanning pijnklachten geven

Huisarts/ neuroloog:

Uw (huis-)arts kan medicijnen voorschrijven (Amitriptyline (TCA) 10-25 mg voor het slapengaan) bij slapeloosheid en/of (hoofd)pijn en/of spanningsklachten en prikkelbaarheid.

Tweede lijn:

Hoe volledig mogelijk wij ook met dit behandelprogramma pogen te zijn, soms schiet de begeleiding in de eerste lijn tekort, onze ervaring is dat dit meestal komt door:

- Beperkt aantal behandelingen/ vergoedingen in de eerste lijn. Kortom de cliënt heeft intensievere revalidatie nodig.
- Autonomie van de cliënt schiet te kort: de cliënt moet meer aan de hand worden genomen om te durven belasten, om thuis zelf aan de slag te gaan. Niet iedereen kan dit.
- Kortere lijnen binnen het team zijn nodig: alhoewel wij ons onderscheiden in de eerste lijn door onze korte lijnen, blijft er een verschil bestaan in hoe wij optimaal samenwerken en hoe er in de tweede lijn wordt samengewerkt. Zij hebben nog kortere lijnen. Deze intensievere multidisciplinaire revalidatie is bij sommige cliënten nodig.
- Volledig team: in onze aanpak staan fysiotherapie en ergotherapie centraal. Ondersteunende interventies zijn op afstand. Soms heeft een cliënt meer disciplines nodig dan dat wij aanbieden. Vaak gaat het dan om de psycho sociale ondersteuning.

Zoals eerder vermeld zijn wij blij met onze korte lijnen met de revalidatie artsen van het Spaarne Gasthuis. Wij hebben geen belang cliënten bij ons te houden die niet bij ons de juiste revalidatiezorg krijgen, waardoor mislukte trajecten volgen.

Tot slot:

Wij hopen met dit behandelprogramma cliënten met een hersenschudding zo te begeleiden dat zij de optimale natuurlijke herstellijn kunnen volgen.

Het document is dynamisch en zal regelmatig worden geactualiseerd.

Heleen Velsink
Haarlem 12 december 2023

Bronnen:

1. Handboek traumatisch hersenletsel – van der Naalt en Jacobs – ISBN 9789036826587
2. Hersenplan - E. Spakman – www.hersenplan.nl
3. Overprikkeld brein - Charlotte Labee - ISBN 9789043924887
4. Je vermoeidheid te lijf Annemarieke Fleming – ISBN 9789464041460
5. Richtlijn cognitieve revalidatie – oa C. van Heugten - www.kennisnetwerkcvn.nl
6. Sensorische integratie en assist – www.assit.nl
7. Handleiding RGM bij Post Commotioneel Syndroom – MCE Jaspers MSc, versie 1.3 dd 12 januari 2024