

MOE, MOEIER, MOEIST

PMT interventies voor mensen met NAH om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid



Naam student:	Annewil te Winkel
Naam begeleider:	Ad van de Ven
Naam beoordelaar:	Lia van der Maas
School:	Windesheim te Zwolle
Opleiding:	Bewegingsagogie & Psychomotorische therapie

1. Voorwoord

Na vier prachtige en leerzame jaren Calo een scriptie schrijven om te kunnen afstuderen, het begin is lastig en daarna is het ook behoorlijk balanceren. Aangezien ik het leuk vind om te dichten, wil ik het voorwoord op deze manier inrichten.

Door mijn eindstage in de revalidatie kwam ik genoeg boeiende onderwerpen tegen om te onderzoeken, toch dook ik nog niet meteen in de boeken. Het onderwerp dat mij prikkelde om meteen aan de slag te gaan zat er nog niet tussen, zodoende ging ik me verder focussen. In een gesprek kwam mijn stagebegeleider Wouter Oonk met een vraag die al een tijdje lag, daarmee ging ik meteen aan de slag. Het was het ontwikkelen van een Psychomotorische Therapie (PMT) module voor een groep revalidanten met NAH en beperkte belastbaarheid, dat was voor mij een toepasbaarheid. Dit sprak me meteen zo aan dat ik literatuur ben gaan zoeken, ik vond echter niet heel veel boeken. Aangezien het vak PMT nog in opkomst is en blijkbaar met betrekking tot beperkte belastbaarheid nog weinig is geschreven, is de literatuur achtergebleven. Toch ben ik de uitdaging aangegaan want ik was er van overtuigd dat er uiteindelijk genoeg te vinden zou zijn, anders had ik altijd mijn eigen ervaring en die van mijn collega's nog als richtlijn.

Ik ben blij met het resultaat en ik hoop dat de module ook daadwerkelijk toepast gaat worden op de Vogellanden, het lijkt me mooi om te zien dat in de zaal vorm gegeven wordt aan iets dat komt uit mijn handen. Het zou fijn zijn als de opbouw en de inhoud van de module mensen helpt om met beperkte belastbaarheid om te gaan, dus ik hoop dat veel mensen dit proces durven aangaan.

Ik wil iedereen bedanken die mij geholpen heeft, en ik hoop dat u aan het lezen van deze scriptie veel plezier beleeft!

2. Samenvatting

In deze scriptie is onderzocht met welke Psychomotorische Therapie (PMT) interventies mensen met niet-aangeboren hersenletsel¹ kunnen leren omgaan met beperkte belastbaarheid. Dit is gedaan aan de hand van een literatuuronderzoek en een enquête. Aan de hand van deze interventies is een module ontwikkeld met als doel toepassing hiervan door de vakgroep BA/PMT van Revalidatiecentrum De Vogellanden te Zwolle. Door middel van de enquête is onderzocht hoe de verschillende vakgroepen binnen de Vogellanden nu aandacht besteden aan beperkte belastbaarheid.

De belangrijkste resultaten zijn de interventies bij NAH, namelijk voorlichting en instructies geven, gebruik van de gevoelsthermometer en oefenen. De belangrijkste interventies bij beperkte belastbaarheid zijn variëren, plannen, ontspannen, bewegen en hulp vragen.

In de conclusie staan de PMT interventies bij NAH en beperkte belastbaarheid. De belangrijkste zijn herkennen van lichaamssignalen, ontspannings- en mindfulnessoefeningen, grenzen aangeven, psycho-educatie, doseren energie en strategieën bedenken en toepassen om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid. De belangrijkste aanbeveling is het uitbreiden van de literatuur over PMT met betrekking tot NAH en beperkte belastbaarheid.

¹ Verder in deze scriptie zal niet-aangeboren hersenletsel aangeduid worden met NAH

Moe, moeier moeist. *PMT interventies voor mensen met NAH om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid.*

3. Inhoudsopgave

1. Voorwoord.....	2
2. Samenvatting	3
3. Inhoudsopgave.....	4
4. Inleiding.....	5
5. Theoretisch kader.....	6
6. Methode	8
6.1 Literatuurstudie	8
6.2 Enquête.....	8
7. Resultaten literatuuronderzoek en enquête	9
7.1 Niet aangeboren hersenletsel.....	9
7.1.1. Oorzaken van niet aangeboren hersenletsel	9
7.1.2. Gevolgen van niet aangeboren hersenletsel	10
7.2 Beperkte belastbaarheid binnen de revalidatie	12
7.2.1. Inleiding beperkte belastbaarheid in de revalidatie	12
7.2.2. Oorzaken van beperkte belastbaarheid	13
7.2.3. Gevolgen van beperkte belastbaarheid	14
7.3 Algemene interventies bij mensen met NAH.....	16
7.3.1. Cliënt type 1: De voorbijganger	16
7.3.2. Cliënt type 2: De zoeker	17
7.3.3. Cliënt type 3: De klant	17
7.4 Interventies bij beperkte belastbaarheid en NAH	18
7.5 Resultaten Enquêtes	20
8. Discussie	22
9. Conclusie	23
9.1 Aanbevelingen.....	24
10. Literatuurlijst.....	25
11. Bijlagen	26
Enquête	26
PMT module 'omgaan met beperkte belastbaarheid'	28

4. Inleiding

De Vogellanden in Zwolle is een revalidatiecentrum waar mensen zowel klinisch als poliklinisch behandeld worden. Bewegingsagogie (BA) en Psychomotorische therapie (PMT) is één van de vakgroepen binnen het behandelteam die voornamelijk individueel BA en PMT aanbiedt aan onder andere revalidanten met NAH. Deze vakgroep krijgt bij deze doelgroep vaak te maken met de beperkte belastbaarheid van sommige revalidanten. Dit houdt in dat deze revalidanten sneller moe worden van fysieke of mentale activiteiten en minder snel herstellen dan voor het hersenletsel. Hierdoor moet de behandeling op maat worden aangeboden. Het komt voor dat revalidanten die beperkt belastbaar zijn niet naar de behandeling komen of de behandeling korter is. Er wordt tijdens de individuele therapie wel aandacht besteed aan beperkte belastbaarheid door bijvoorbeeld binnen het thema grenzen te werken. Zo wordt geprobeerd revalidanten te leren efficiënter om te gaan met hun huidige energieniveau.

Wat echter gemist wordt, is een PMT module voor een groep revalidanten die allemaal te maken hebben met beperkte belastbaarheid door NAH en moeie hebben om hiermee om te gaan.

Naar aanleiding hiervan is een literatuuronderzoek gedaan naar NAH, beperkte belastbaarheid en interventies hierbij. Ook is door middel van een enquête onderzocht hoe de verschillende overige vakgroepen binnen de Vogellanden nu aandacht besteden aan het omgaan met beperkte belastbaarheid bij mensen met NAH. Vervolgens is een PMT module voor mensen met beperkte belastbaarheid en NAH ontwikkeld.

Het doel van het onderzoek is door middel van literatuur en ervaringen onderzoeken hoe een PMT module voor mensen met beperkte belastbaarheid en NAH eruit komt te zien. Dit wordt ondersteund door het onderzoek binnen de verschillende vakgroepen van de Vogellanden.

De hoofdvraag van dit onderzoek is: **Met welke PMT interventies kunnen mensen met niet aangeboren hersenletsel leren omgaan met hun beperkte belastbaarheid?**

Door middel van een aantal stappen wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. Er is namelijk onderzoek gedaan naar:

- Definitie, oorzaken en gevolgen NAH.
- Definitie, oorzaken en gevolgen beperkte belastbaarheid binnen de revalidatie.
- Interventies bij mensen met NAH.
- Interventies bij mensen met NAH en beperkte belastbaarheid.

Deze scriptie zal er als volgt uit zien.

Eerst zal het onderwerp ingeleid worden aan de hand van onder andere definitieën die het literatuuronderzoek ondersteunen in het theoretisch kader. Daarna wordt de methode besproken. Vervolgens worden de resultaten weergegeven, zowel van het literatuuronderzoek als van de enquête. Dan volgt de discussie en als laatste komt de conclusie met de aanbevelingen. In de bijlage is de module te vinden.

5. Theoretisch kader

De resultaten van het literatuuronderzoek worden in hoofdstuk 7 in enkele hoofdstukken beschreven. Binnen dit theoretisch kader wordt weergegeven wat voor het literatuuronderzoek al bekend was bij de auteur. Bovendien worden definities uitgewerkt zodat duidelijk is vanuit welke visie vorm gegeven is aan het literatuuronderzoek.

Er wordt in het literatuuronderzoek gezocht naar interventies voor mensen met NAH om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid. Uiteindelijk wordt een PMT module voor het werkveld revalidatie geschreven. Aangezien PMT voor veel mensen nog een relatief nieuw vak is, volgt hieronder een korte omschrijving.

Psychomotorische therapie betreft het behandelen van mensen met psychische problemen, door middel van interventies gericht op de lichaamservaring en/of het handelen in bewegingssituaties (Bosscher & De Lange, 2008).

Interventies die binnen dit literatuuronderzoek gezocht worden, zijn gericht op zowel de lichaamservaring als het handelen in bewegingssituaties.

Aan de hand van de PMT interventies die gevonden worden, zal uiteindelijk een module geschreven worden voor de vakgroep BA/PMT van revalidatiecentrum De Vogellanden. Hier zal de module waarschijnlijk in de praktijk getoetst worden.

Revalidatie binnen de Vogellanden wordt als volgt omschreven:

Revalidatiegeneeskunde in De Vogellanden richt zich op de revalidatie van mensen bij wie de gevolgen van een ziekte, trauma of aangeboren afwijking complex en vaak blijvend van aard zijn. Een revalidatiebehandeling richt zich niet alleen op de ziekte of aandoening zelf, maar probeert ook eventuele blijvende gevolgen ervan zoveel mogelijk te verminderen. Het doel van de revalidatiebehandeling is dat de revalidant in alle opzichten weer zo zelfstandig mogelijk kan functioneren in de maatschappij.²

De module zal gericht zijn op de revalidatie van mensen met NAH. Het doel van de PMT behandeling aan de hand van de module is het leren omgaan met beperkte belastbaarheid om zo beter te kunnen functioneren in de maatschappij.

De module wordt geschreven voor het cluster cognitieve revalidatie binnen de Vogellanden. NAH kan namelijk ook gevolgen hebben die minder duidelijk zijn dan problemen met bijvoorbeeld het lopen en praten. Dit zijn onzichtbare ofwel cognitieve gevolgen.

Cognitief betekent: processen in de hersenen die te maken hebben met informatieverwerking.

Voorbeelden van cognitieve problemen zijn bijvoorbeeld geheugenstoornissen en prikkelbaarheid.

Cognitieve gevolgen kunnen invloed hebben op denken, gedrag en emotie. Het doel van cognitieve revalidatie is samen met de revalidant zoeken naar een manier om anders om te gaan met de gevolgen van hersenletsel. (Vogellanden, 2008)

Prikkelbaarheid is bijvoorbeeld één van de cognitieve problemen die mensen met NAH en beperkte belastbaarheid ook ondervinden. De module wordt ontwikkeld om anders om te leren gaan met onder andere het gedrag voortkomend uit deze prikkelbaarheid.

Cognitieve revalidatie is bedoeld voor mensen met NAH. Hieronder volgt de **definitie van NAH**:

Niet aangeboren hersenletsel wordt omschreven als een blijvende hersenbeschadiging die op latere leeftijd is ontstaan. Dit letsel is niet het gevolg van een erfelijke of een tijdens de zwangerschap of geboorte opgelopen aandoening. Hierdoor is er een breuk in de ontwikkeling ontstaan. Ook ontstaat er een ongelijk patroon van vaardigheden en stoornissen. (van Belle-Kusse, Eilander & Vrancken, 2001)

² <http://vogellanden.nl/>

Moe, moeier moeist. *PMT interventies voor mensen met NAH om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid.*

Binnen de cognitieve revalidatie kunnen revalidanten, afhankelijk van hun klachten en hulpvraag, deelnemen aan een aantal modules. Één daarvan is de module 'leren omgaan met beperkte belastbaarheid'. Binnen de verschillende vakgroepen bij de Vogellanden worden weer aparte modules met betrekking tot het leren omgaan met beperkte belastbaarheid ontworpen. Zo wordt aan de hand van dit literatuuronderzoek een module voor PMT ontwikkeld.

Beperkte belastbaarheid is een term die veel verschillende zaken omvat. Om onduidelijkheden bij het lezen van de resultaten van het literatuuronderzoek te voorkomen, volgt nu de definitie.

Definitie beperkte belastbaarheid

Beperkte belastbaarheid betekent dat er sprake is van versneld optredende vermoeidheid bij fysieke of mentale activiteiten. Ook is er langer herstel nodig. Bovendien kan er sprake zijn van klachten zoals geheugen- en concentratieproblemen, hoofdpijn, verhoogde prikkelbaarheid, intolerantieklaarten (licht, geluid, drukte), somberheid, spanning en angst. (Zedlitz, 2010)

Door middel van het literatuuronderzoek worden PMT interventies gezocht om beter om te leren gaan met deze klachten die activiteiten in het dagelijks leven kunnen belemmeren.

Verder is in de literatuur onderzocht welke interventies toegepast kunnen worden bij mensen met NAH en beperkte belastbaarheid. Aan de hand hiervan zijn uiteindelijk de PMT interventies gemaakt die in de conclusie beschreven staan. Een **interventie** is een doelbewuste ingreep om een bepaalde zaak te verbeteren. Het is op meerdere gebieden van toepassing en het hangt dan ook sterk af van de context waarin het wordt geplaatst.³

Hieronder volgen een aantal algemene aanwijzingen/interventies bij NAH. In hoofdstuk 7 *resultaten* worden specifieke interventies per type cliënt weergegeven.

Interventies bij NAH

Er zijn veel verschillende vormen van hersenletsel en daarbij ook veel verschillende uitvalsverschijnselen en beschadigingen. Het is daarom onmogelijk om in het algemeen te zeggen hoe mensen met NAH begeleid moeten worden. Het belangrijkste in de omgang met mensen met NAH is het laten blijken van waardering en respect voor de persoon als mens. Er zijn echter wel praktische regels voor het omgaan met mensen met NAH (van Belle-Kusse, Eilander & Vrancken 2001).

Hieronder volgen een aantal algemene aanwijzingen die ten grondslag liggen aan de interventies bij NAH:

- Het tempo van doen, denken en durven bij mensen met NAH is vertraagd. Houd hier rekening mee.
 - Neem de tijd.
 - Vraag eerst de aandacht door de naam te noemen en oogcontact te maken.
 - Concentreer je op de persoon. Doen niet tegelijkertijd iets anders.
 - Praat in korte zinnen en geef de tijd deze informatie te verwerken.
 - Vraag of zeg één ding tegelijk.
 - Herhaal een vraag of opdracht met dezelfde woorden in dezelfde omgeving.
 - Controleer of een vraag of opdracht begrepen en gehoord is.
 - Neem pauzes tussen vragen, opdrachten en activiteiten.
 - Ga er niet vanzelfsprekend vanuit dat gedrag bespreekbaar is en daardoor het gedrag veranderd kan worden.
 - Ga uit van wat de persoon wel kan.
 - Stimuleer positief gedrag. Geef complimenten.
 - Ben je ervan bewust dat het geven van kritiek aan iemand met NAH bedreigend kan zijn.
 - Gebruik geen kinderlijke taal of toon tegen een volwassene met NAH.
- Deze kennis is van belang om de interventies die toegepast kunnen worden bij mensen met NAH goed te begrijpen en toe te kunnen passen.

³ <http://www.encie.nl/definitie/Interventie>

Interventies die toegepast kunnen worden bij mensen met beperkte belastbaarheid, zijn ook in de literatuur onderzocht. Deze interventies gelden voor mensen met beperkte belastbaarheid en NAH. Er bestaat nog niet veel literatuur over **interventies bij beperkte belastbaarheid** maar er zijn wel wat interventies gevonden.

De PMT interventies die in de module toegepast worden en die de hoofdvraag beantwoorden, zijn afgeleid van de interventies bij NAH en de interventies bij beperkte belastbaarheid. Er was namelijk geen literatuur te vinden over specifieke PMT interventies bij mensen met NAH om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid.

6. Methode

Om de hoofdvraag te beantwoorden die uit de probleemstelling is geformuleerd, wordt gebruik gemaakt van een literatuuronderzoek en een enquête. Voor het literatuuronderzoek is gekozen om bestaande kennis in kaart te brengen om aan de hand daarvan een theoretisch onderbouwde module te kunnen ontwikkelen. De enquête wordt gebruikt ter ondersteuning om te onderzoeken in welke mate de verschillende vakgroepen op de Vogellanden op dit moment aandacht besteden aan beperkte belastbaarheid bij revalidanten met NAH. Als dit helder is, kan beter verantwoord worden hoe essentieel een PMT module kan zijn voor het behandelprogramma van revalidanten met NAH.

6.1 Literatuuronderzoek

Literatuuronderzoek is het doen van een systematische studie op basis van literatuur en andere documenten om een vraagstelling te beantwoorden. Op basis van de vraagstelling wordt het onderwerp afgebakend. Er wordt gezocht naar informatiebronnen. Binnen dit onderzoek zijn dat internet en de bibliotheek van Hogeschool Windesheim.

Zoektermen die gebruikt zijn:

- Niet aangeboren hersenletsel/NAH
- Beperkte belastbaarheid
- Revalidatie
- Psychomotorische therapie
- Interventies

Er kunnen ook andere hulpmiddelen gebruikt worden om aan literatuur te komen. Binnen dit onderzoek zijn dat:

- onderzoek naar het omgaan met beperkte belastbaarheid van het Donders Institute.
- neuropsychologisch protocol specifiek voor CVA-patiënten, gemaakt door drs. Aglaia Zedlitz.
- gedragsdeskundigen van InteraktContour

Aan de hand van de gevonden literatuur worden de deelvragen beantwoord waarna een antwoord gegeven kan worden op de hoofdvraag.

6.2 Enquête

Binnen de Vogellanden is een onderzoek gedaan naar de manier waarop de verschillende overige vakgroepen nu aandacht besteden aan beperkte belastbaarheid bij mensen met NAH. De schriftelijke enquête die hiervoor is gebruikt, is door de auteur ontworpen. De enquête bestaat uit zeven vragen en nog ruimte voor opmerkingen en/of aanvullingen (zie bijlage 1). Verder bestaat de enquête uit gesloten vragen met bij enkele vragen een extra vraag ter verduidelijking. Ook bevat de enquête een inleiding met daarin het doel van de enquête en de definitie van beperkte belastbaarheid. Met de enquête wordt gezocht naar informatie naar de manier van omgaan met revalidanten met beperkte belastbaarheid bij andere vakgroepen. Wat bereikt moet worden, is een overzicht van deze informatie om zo het belang van de PMT module aan te kunnen tonen. Hiervoor is informatie nodig zoals het aantal revalidanten met beperkte belastbaarheid dat per maand behandeld wordt, de klachten, de manier van behandelen, klinimetrie, thema's, modules en de manier waarop beperkte belastbaarheid de therapie beïnvloedt. Aan de hand hiervan zijn de vragen ontworpen. Van elke vakgroep heeft een afgevaardigde de enquête ingevuld.

De acht deelnemende vakgroepen:

- fysiotherapie (FT)
- ergotherapie (ET)
- activiteitentherapie (AT)
- logopedie (LP)
- maatschappelijk werk (MW)
- arbeidsrevalidatie (AR)
- psychologie (PS)
- revalidatiearts (RA)

Twee weken na het verspreiden van de enquêtes, waren ze weer retour. Vervolgens zijn ze verwerkt in een tabel.

Moe, moeier moeist. *PMT interventies voor mensen met NAH om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid.*

7. Resultaten Literatuuronderzoek en enquête

In dit hoofdstuk worden in enkele paragrafen de resultaten van het literatuuronderzoek beschreven. Sommige tekst is tabellen of schema's gezet om het geheel overzichtelijker te maken. Daarna volgen in tabellen de resultaten van de enquête.

7.1 Niet aangeboren hersenletsel

7.1.1 Oorzaken van niet aangeboren hersenletsel

Bij NAH wordt onderscheid gemaakt in traumatisch en niet-traumatisch hersenletsel (Nederlands Centrum Hersenletsel, 2001)

Traumatisch letsel betekent dat er letsel is ontstaan door een oorzaak van buitenaf. Dit is onder te verdelen in:

- hersenletsel als gevolg van een kracht die op het hoofd wordt uitgeoefend van buitenaf. Vaak blijft de schedel intact maar soms is er sprake van schedelletsel.
- Hersenletsel als gevolg van een voorwerp dat de schedel binnendringt van buitenaf.

Traumatisch hersenletsel kan onder andere ontstaan door:

- een val met het hoofd op de grond.
- het tot stilstand komen van het hoofd tegen een voorwerp.
- slagen op het hoofd.
- het binnendringen van een voorwerp.
- al gevolg van schedelbreuk binnendringen van botgedeeltes.

Niet-traumatisch hersenletsel betekent dat er letsel is ontstaan door een proces dat zich in het lichaam afspeelt. Het kan ontstaan door de volgende aandoeningen:

- bloedvatstoornissen (afsluiting of bloeding).

Er ontstaat zuurstofgebrek bij een bloedvatafsluiting (herseninfectie) in het gedeelte van de hersenen dat door dat bloedvat van zuurstof werd voorzien.

Door een aanlegstoornis, door het verzwakken van de vaatwand ten gevolge van veroudering en door trekkrachten bij een ongeval kan een hersenbloeding ontstaan.

- Infectie

Een hersenontsteking (encefalitis) kan veroorzaakt worden door verschillende virussen en bacteriën. Een bloedvergiftiging of hersenvliesontsteking (meningitis) treedt vaak eerst op.

- Tumoren

Gezwellen veroorzaken een beschadiging van het gezonde weefsel. Een gezwel is soms volledig of gedeeltelijk te verwijderen. Extra letsel kan veroorzaakt worden door behandeling van tumoren door bestraling, chemotherapie of operatie.

- Vergiftiging (intoxicatie)

Inademing van giftige rook bij een brand, het per ongeluk slikken van giftige stoffen en medicatie kunnen een vergiftiging veroorzaken. Bovendien kunnen roken, alcoholgebruik, drugsgebruik en stoornissen aan organen als lever en nieren ook leiden tot een vergiftiging van de hersenen.

- Zuurstofgebrek

Hartstilstand, ademstilstand, bijna-verdrinking, ophanging en rookvergiftiging kunnen leiden tot zuurstofgebrek.

- Degeneratieve processen

Ten gevolge van dementie of de ziekte van Alzheimer kan degeneratie (achteruitgang) van groepjes zenuwcellen optreden.

- Overige aandoeningen

Epilepsie, progressief neurologische aandoeningen als multiple sclerose (MS), de ziekte van Parkinson, de ziekte van Creutzfeldt-Jakob (de gekkekoeienziekte), waterhoofd, gevolgen van coma enzovoort (Vinke & Kollaard, 2008).

7.1.2. Gevolgen van niet aangeboren hersenletsel

De gevolgen van NAH voor het functioneren verschillen per persoon. Dit heeft te maken met de plek en de ernst van de beschadigingen in de hersenen. Bijna nooit treden er kleine, enkelvoudige beschadigingen op. Bijna altijd zijn er meer letsels. Resterend is dus een combinatie van overgebleven vaardigheden en verdwenen of gestoorde vaardigheden. De verschillen kunnen zo groot zijn dat iemand bepaalde taken op een hoog niveau kan uitvoeren en tegelijk bij andere taken niets voor elkaar krijgt. De verschillen kunnen ook klein zijn zodat iemand op alle gebieden teruggevallen is op een lager niveau. De restverschijnselen van NAH zijn bij veel mensen onzichtbaar. Aan hun lichaam en gedrag is weinig opvallends te zien maar er zijn wel problemen in het tempo van informatieverwerking, geheugen, aandacht en concentratie. (van Belle-Kusse, Eilander & Vrancken, 2001)

Vanaf pagina 12 volgen vier tabellen met verschillende gevolgen van NAH. Namelijk somatische, maatschappelijke, psychische en gevolgen voor de communicatie.

Somatische gevolgen zijn onderverdeeld in vegetatieve, orthopedische, neurologische, sensorische en motorische gevolgen. Wat opvalt is dat veel somatische gevolgen niet zichtbaar zijn zoals stoornissen in de hormoonhuishouding, vergrote hersenholttes en uitval van reukvermogen. Toch kunnen deze gevolgen een grote impact hebben op het leven van iemand met NAH. De belangrijkste en meeste voorkomende vegetatieve gevolgen zijn verhoogde vermoeibaarheid en stoornissen in het slaap/waakritme. Orthopedische gevolgen komen niet heel vaak voor. Één van de belangrijke neurologische gevolgen is epilepsie. Dit kan plotseling maar soms ook pas na jaren voor problemen zorgen. Er zijn veel sensorische gevolgen en deze zijn allemaal belangrijk. Één of meer beschadigde zintuigen heeft vaak blijvende gevolgen. Ook de motorische gevolgen zijn erg belangrijk. Deze gevolgen zijn allemaal zichtbaar. Zie tabel 7.1 voor meer informatie over somatische gevolgen van NAH.

Maatschappelijke gevolgen zijn onderverdeeld in sociale gevolgen en gevolgen voor het gezin. De kans op een sociaal isolement is een belangrijk gevolg waar veel aandacht aan besteed moet worden. Met hulp kan een sociaal isolement doorbroken worden. Ook beperkte mogelijkheden tot arbeidsdeelname is een belangrijk gevolg. Mensen met NAH verliezen vaak al veel op sociaal gebied en dan vallen de sociale contacten van het werk ook nog weg. Van de gevolgen voor het gezin is het gevaar dat de omgeving de betrokkene teveel gaat betuttelen een belangrijke. Dit kan ten koste gaan van het gevoel van eigenwaarde. Zie tabel 7.2 voor verdere informatie over maatschappelijke gevolgen van NAH.

Psychische gevolgen bestaan uit cognitie en persoonlijkheid, emotie en gedrag. Wat opvalt is dat de cognitieve problemen niet alleen het functioneren van iemand met NAH verstoort maar ook gevolgen kan hebben voor de omgeving. Problemen met concentratie en het tempo van informatieverwerking kunnen bijvoorbeeld ook leiden tot problemen in het maatschappelijk functioneren. Dit geldt natuurlijk ook voor de gevolgen voor persoonlijkheid, emotie en gedrag. Enkele belangrijke en veel voorkomende zijn stemmingswisselingen, apathie, prikkelbaarheid, ontremd gedrag en problemen met impulscontrole. Zie tabel 7.3 voor verdere informatie over psychische gevolgen van NAH.

Als laatst zijn er de gevolgen voor de communicatie. Vooral problemen met begrip van gesproken taal, dysatrie (articulatiestoornis) en afasie (verlies/verslechtering van de taalvaardigheid) zijn belangrijk. Deze gevolgen hebben een grote impact op het contact met andere mensen. Communicatie is een heel belangrijk onderdeel in het leven. Zie tabel 7.4 voor meer informatie over gevolgen van NAH voor de communicatie.

Tabel 7.1 Somatische gevolgen van NAH

Vegetatieve gevolgen	<ul style="list-style-type: none"> • verhoogde vermoeibaarheid • stoornissen in de hormoonhuishouding • stoornissen in de stofwisseling • stoornissen in het slaap/waakritme • stoornissen in de huidfunctie
Orthopedische gevolgen	<ul style="list-style-type: none"> • botbreuken • extra botvorming • vergroeiingen
Neurologische gevolgen	<ul style="list-style-type: none"> • epilepsie • vergrote hersenholtes • letsel in zenuwbanen buiten het centraal zenuwstelsel
Sensorische gevolgen	<ul style="list-style-type: none"> • uitval van reukvermogen • uitval van het gezichtsveld • uitval van gevoelsvermogen • uitval/verstoring van gehoor • storing in het evenwichtsgevoel • overgevoeligheid • waarnemingsstoornissen
Motorische gevolgen	<ul style="list-style-type: none"> • Spasticiteit • verstoring houding en bewegen • onwillekeurige bewegingen • gebrek aan 'sensorische terugkoppeling'

Tabel 7.2 Maatschappelijke gevolgen van NAH

Sociale gevolgen	<ul style="list-style-type: none"> • kans op sociaal isolement • weinig vrije-tijdsbesteding dat aansluit • aangepast vervoer beperkt beschikbaar • mogelijkheden arbeidsdeelname beperkt
Gevolgen voor het gezin	<ul style="list-style-type: none"> • ontstaan van gevoel van 'learned helplessness': men denkt controle over belangrijkste zaken in het leven volledig te hebben verloren en totaal afhankelijke te zijn van anderen. • steeds opnieuw optreden van een rouwreactie • gevaar dat omgeving betrokkene teveel gaat betuttelen

Tabel 7.3 Psychische gevolgen van NAH

<p>Cognitie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • oriëntatie in tijd, plaats, persoon • Aandacht en concentratie • Tempo van informatieverwerking • Geheugenstoornissen • Schoolse vaardigheden (rekenen, lezen, schrijven) • redeneervermogen • leervermogen • inzicht-/ overzicht beperking • planning- en organisatieproblemen • beperkte probleemoplossing • apraxie (onvermogen om complexe handelingen uit te voeren) • neglect (geen aandacht voor een lichaamshelft)
<p>Persoonlijkheid, emotie en gedrag</p>	<ul style="list-style-type: none"> • stemmingsverandering/-wisseling • apathie (gebrek aan emotie, motivatie, enthousiasme) • emotionele vervlakking • dwanglachen/dwanghuilen • initiatiefvermindering • prikkelbaarheid/irritatie • woede-uitbarstingen/agressie • ontremd gedrag • egocentriciteit • veranderd gevoel voor humor • moeite met relativeren • libidoverandering • zelfbeeld en zelfvertrouwen • impulscontrole • evaluatie van eigen gedrag • inzicht in en acceptatie van stoornissen en mogelijkheden tot ziekte-inzicht • oordeelsvermogen • persoonlijkheidsstoornissen • psychotische stoornissen • angststoornis • posttraumatische stressstoornis

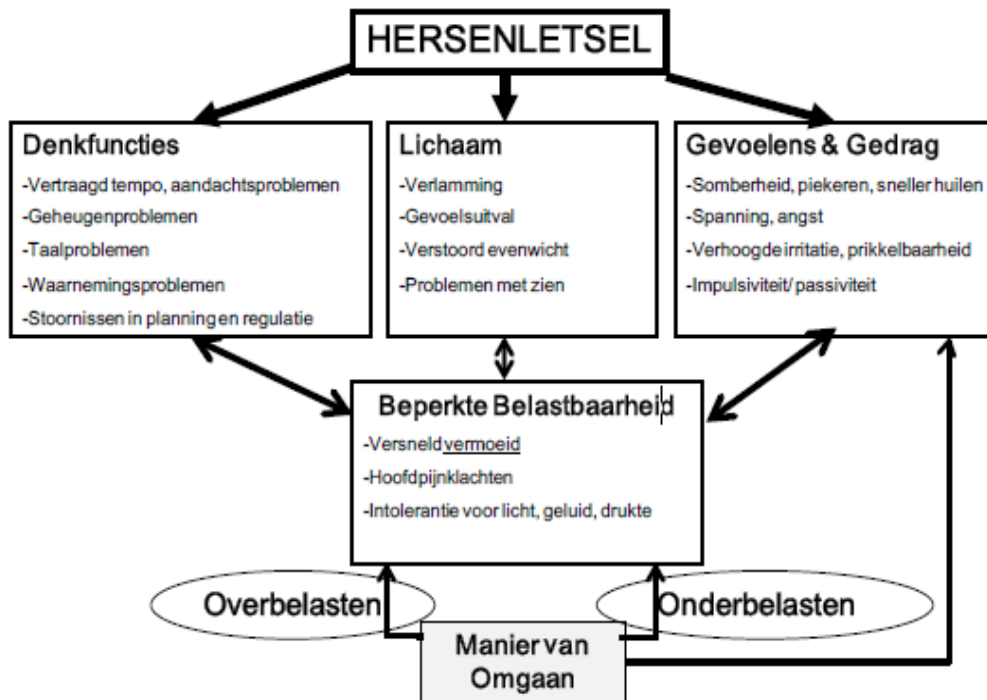
Tabel 7.4. Gevolgen van NAH voor de communicatie

<p>Communicatie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • begrip van gesproken taal • intonatie • geschreven taal • dysartrie (articulatiestoornis) • Afasie (verlies/verslechtering taalvaardigheid)
----------------------------	---

7.2 Beperkte belastbaarheid in de revalidatie

7.2.1. Inleiding beperkte belastbaarheid in de revalidatie

In de revalidatie komt beperkte belastbaarheid veel voor na hersenletsel. Onderstaande afbeelding is ter verduidelijking.



Figuur 1: Beperkte belastbaarheid na hersenletsel.

(Bron: Omgaan met beperkte belastbaarheid. Behandelprotocol voor ambulante hersenletselpatiënten met (ernstige) vermoeidheid. Fasotti & Zedlitz 2010)

Deze afbeelding is als volgt uit te leggen. Hersenletsel kan invloed hebben op de denkfuncties. Bijvoorbeeld het denken in een vertraagd tempo. Hersenletsel kan ook invloed hebben op andere aandachtsfuncties. Zo kan iemand met hersenletsel problemen hebben met dubbeltaken of snel afgeleid zijn. De waarneming kan ook aangetast zijn waardoor iemand aan één kant van het lichaam minder goed kan zien. Bovendien kan het voorkomen dat iemand met hersenletsel moeite heeft met plannen.

Hersenletsel kan ook invloed hebben op het lichaam. Er kan sprake zijn van verlamming, gevoelsuitval, een verstoord evenwicht en problemen met zien.

Ook kun je door hersenletsel direct last hebben van somberheid, angst, impulsiviteit en passiviteit.

Bovengenoemde zaken hebben direct invloed op de beperkte belastbaarheid. Wanneer iemand al zijn aandacht nodig heeft om een gesprek te volgen, is hij sneller moe. Daardoor kun je ook last krijgen van hoofdpijn en kan het zijn dat geluid en drukte harder binnenkomen dan anders waardoor het vervelend kan worden. Andersom is het zo dat beperkte belastbaarheid invloed heeft op de denkfuncties, het lichaam, de gevoelens en het gedrag. Als iemand vermoeid is, heeft hij ook moeite om zich te concentreren. Ook kan het zijn dat de spanning in een bepaald lichaamsdeel toeneemt. Bovendien heeft vermoeidheid vaak invloed op gevoelens en gedrag.

In de module omgaan met beperkte belastbaarheid voor psychomotorische therapie wordt gewerkt aan het onderste deel van de afbeelding, de manier van omgaan. Er bestaan verschillende benaderingen die invloed hebben op het overbelasten en het onderbelasten van het lichaam en het evenwicht dat hierin gezocht moet worden. Met onderbelasten wordt bedoeld dat iemand na hersenletsel veel op bed gaat liggen en daardoor minder actief wordt. Met overbelasten wordt bedoeld dat iemand over zijn grenzen gaat doordat hij meer doet dan hij eigenlijk kan.

De manier van omgaan met beperkte belastbaarheid heeft ook weer directe invloed op het gedrag, de gevoelens en gedachten. Al deze zaken hebben uiteindelijk weer invloed op de beperkte belastbaarheid (Zedlitz, 2010).

Moe, moeier moeist. *PMT interventies voor mensen met NAH om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid.*

7.2.1 Oorzaken van beperkte belastbaarheid

De oorzaak van beperkte belastbaarheid in de revalidatie is uiteraard NAH of een andere (neurologische) aandoening. In deze scriptie ga ik alleen in op beperkte belastbaarheid bij mensen met NAH. Er zijn verschillende manieren waarop NAH beperkte belastbaarheid kan veroorzaken.

Ten eerste kan het hersenletsel een directe oorzaak zijn. Het is niet precies bekend hoe het komt dat mensen na een hersenletsel vaak sneller vermoeid worden. Van een aantal mechanismen in de hersenen weet men echter dat ze verband kunnen houden met vermoeidheid oftewel beperkte belastbaarheid. Er kunnen meerdere mechanismen aangedaan zijn bij dezelfde persoon. Ook kunnen de mechanismen elkaar beïnvloeden. (Zedlitz, 2010)

Er zijn drie soorten mechanismen die verband kunnen houden met vermoeidheid:

– *Letsel aan specifieke hersengebieden en netwerken.*

Er zijn een aantal specifieke hersengebieden die verband hebben met concentratie en de mate van bewustzijn. Er zijn gebieden in de kleine hersenen en de hersenstam die invloed hebben op de hoeveelheid energie die iemand heeft. Het kan zo zijn dat iemand minder bewust is en weinig aandacht meer voor iets kan opbrengen bij letsel aan deze gebieden. Een aantal kernen die diep in de hersenen liggen, zijn de basale ganglia. Deze kunnen invloed hebben op vermoeidheid. Ten eerste omdat ze betrokken zijn bij het controleren van bewegingen. Bij letsel aan de basale ganglia is controleren moeilijker geworden en kost het dus meer energie. De basale ganglia horen daarnaast ook bij netwerken die te maken hebben met mentale en emotionele functies en het verdelen van energie en aandacht. Schade hieraan kan er dus voor zorgen dat mentale activiteiten en emoties vermoeiender worden. Ook kan het doen van meerdere dingen tegelijk vermoeiender worden.

In de hersenen is er veel communicatie tussen verschillende onderdelen en werken veel gebieden samen. Dit worden netwerken genoemd. Er is zelfs meer dan één netwerk betrokken bij sommige complexe functies zoals aandacht. Schade aan deze netwerken kan ervoor zorgen dat gebieden niet of minder efficiënt met elkaar kunnen samenwerken. De tijd dat iemand zich kan concentreren of de hoeveelheid energie die iemand heeft, kan hierdoor verminderen. Het kan ook betekenen dat mensen meer moeite moeten doen om een bepaalde taak of beweging uit te voeren. Dit kost energie en kan weer leiden tot mentale vermoeidheid.

– *Verstoring van de hormoonhuishouding in de hersenen*

Er zijn veel hormonen werkzaam in de hersenen die de overdracht van informatie in bepaalde hersengebieden stimuleren of remmen. Er zijn, net als de hersennetwerken, ook hormoonsystemen die bestaan uit bepaalde hormoonklieren en hersengebieden samen. Één van deze systemen is de Hypothalamus-Hypofyse-Bijnier-as (HPA-as). Dit systeem is een belangrijk onderdeel van andere netwerken en heeft ook invloed op vermoeidheid. Langdurige stress heeft vaak negatieve gevolgen voor dit systeem waardoor de HPA-as verstoord wordt. Het kost veel energie omdat het lichaam steeds weer in staat van gereedheid wordt gebracht. Ook kunnen mensen eerder ziek worden doordat het immuunsysteem ontregeld raakt.

– *Inschakeling immuunsysteem*

Het immuunsysteem wordt aangezet tot de productie van cytokines als iemand ziek is. Door deze cytokines worden bepaalde signalen tussen cellen uitgevoerd. Deze stoffen zorgen bijvoorbeeld ook voor koorts. Cytokines zorgen er ook voor het ziektegedrag (vermoeid en zwak voelen, minder honger, moeite met concentreren enz.) ontstaat als iemand ziek is. Bij mensen met hersenletsel zijn ook verhoogde niveaus van deze cytokines gevonden waardoor ze dus vermoeid zijn.

Een andere oorzaak van beperkte belastbaarheid zijn de verschillende aandachtsproblemen die na hersenletsel kunnen ontstaan. De concentratie is minder dan voorheen. Het doen van dubbeltaken lukt ook minder goed. Veel taken kunnen nog wel gedaan worden maar het kost meer moeite en dus meer energie. Er zijn verschillende gebieden actief zijn aandachtstaken bij mensen met NAH. De hersenen zijn niet meer zo efficiënt als voor het hersenletsel. Ze moeten harder werken voor hetzelfde resultaat en dit zorgt voor vermoeidheid. Bovendien kan er sprake zijn van vertraagde informatieverwerking waardoor iemand met NAH bijvoorbeeld de ondertiteling van een televisieprogramma niet meer kan volgen. Mensen met NAH kunnen ook automatismen kwijtgeraakt zijn. Automatismen zijn reacties of handelingen die vanzelf gaan.

Moe, moeier moeist. *PMT interventies voor mensen met NAH om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid.*

Daarom moeten ze bij alle handelingen actief nadenken en dat kost meer energie waardoor ze eerder vermoeid zijn.

Bij een persoon met NAH vinden vaak veranderingen in emoties en gedrag plaats. Er heeft immers een ingrijpende levensgebeurtenis plaatsgevonden. Heftige emoties zoals spanning, angst en somberheid vergen veel energie. Iemand is echter ook vatbaarder voor emoties wanneer hij vermoeid is. Het is echter erg moeilijk om stemming en vermoeidheid uit elkaar te houden.

Verder kunnen de slaapproblemen die ontstaan na hersenletsel een oorzaak zijn van beperkte belastbaarheid. Door slaapproblemen slaapt iemand minder of onregelmatiger. Dit kan onder andere komen door slaapstoornissen, pijn, depressie of angstklachten. Een verstoorde slaap leidt uiteraard tot meer vermoeidheid. Er zijn twee soorten slaapstoornissen die veel voorkomen na hersenletsel:

– *Slaapapneu*

Dit is een ademhalingsstoornis waarbij iemand tijdens het slapen vaak adempauzes neemt. Als dit vaker dan vijf keer per uur gebeurt, is er sprake van een slaapapneusyndroom (SAS). Het zuurstofgehalte in het lichaam daalt dan en de hersenen geven een signaal af om wakker te worden. Slaapapneu kan bij mensen met NAH tot medische problemen leiden, zoals een verhoogd risico op (nog) een CVA.

– *Verstoord slaap-waakritme*

Hierbij is sprake van een verstoring van de biologische klok. In- of doorslapen op de normale tijden lukt niet en op andere momenten heeft men moeite met wakker blijven.

Als laatst kunnen medicijnen ook een oorzaak zijn van vermoeidheid. Veel mensen met NAH gebruiken medicijnen omdat de gevolgen anders nog erger zijn. Van veel medicijnen is vermoeidheid een bijwerking.

Er zijn dus veel verschillende oorzaken voor beperkte belastbaarheid. Deze oorzaken kunnen elkaar ook nog weer beïnvloeden. Dit maakt het zoeken naar de precieze oorzaak vaak lastig. Meer informatie hierover wordt weergegeven in tabel 7.5 en de bijbehorende tekst.

7.2.2. Gevolgen van beperkte belastbaarheid

Beperkte belastbaarheid kan gevolgen hebben op veel verschillende terreinen in het leven van iemand met NAH.

Ten eerste kan het gevolgen hebben voor het **sociale leven**:

– *Minder sociaal*

Mensen die beperkt belastbaar zijn ten gevolge van NAH hebben geen energie meer om zo sociaal te zijn als voorheen. Het voeren van gesprekken is vermoeiender geworden. Vooral met meerdere mensen tegelijk. Ook is het onthouden van gebeurtenissen en verhalen moeilijker. Mensen die beperkt belastbaar zijn merken ook dat ze minder energie hebben om naar anderen te luisteren en minder geïnteresseerd zijn in anderen omdat ze al genoeg aan hun hoofd hebben (Zedlitz, 2010) Bovendien hebben ze minder energie om leuke dingen te doen met anderen.

– *Prikkelbaarheid en/of somberheid*

Een verandering in het sociale leven kan ook teweeggebracht worden door de somberheid en/of prikkelbaarheid die vaak samen met beperkte belastbaarheid voorkomen. Een persoon met beperkte belastbaarheid is anders dan voorheen en sommige mensen weten niet hoe ze daarmee om moeten gaan.

– *Onbegrip van anderen*

Bij beperkte belastbaarheid kunnen andere mensen aan de buitenkant niet zien wat er aan de binnenkant speelt. Sommige mensen kunnen dan, deels uit onbegrip, kwetsende opmerkingen maken.

– *Partner en naasten*

Gevolgen van beperkte belastbaarheid voor de partnerrelatie zijn angst, bezorgdheid, een veranderd rolpatroon en een veranderd activiteitenpatroon. Ook kan het voorkomen dat de persoon met beperkte belastbaarheid geen energie meer heeft om naar de partner te luisteren, vaker tegen de partner uitvalt en minder energie heeft om te vrijen.

Ten tweede kan beperkte belastbaarheid gevolgen hebben voor het **werk**:

– *Men kan minder lang werken*

Als iemand eerst bijvoorbeeld acht uur op een dag werkte, kan dat nu nog maar twee uur zijn. Ook kan het zijn dat iemand niet meer iedere dag kan werken omdat er op sommige dagen bijgetankt moet worden.

– *Pauzes*

Na NAH moeten mensen vaak meer en andere pauzes nemen. Iemand kan zich mogelijk ook minder lang concentreren.

– *Onrustige werkplek*

Met een onrustige werkplek waar bijvoorbeeld veel omgevingsgeluiden zijn, kan het zijn dat iemand met een beperkte belastbaarheid zich minder goed kan concentreren en het werken daardoor veel energie kost.

– *Werkzaamheden*

Bepaalde werkzaamheden kunnen niet meer goed en/of lang uitgevoerd worden. Men kan het werk dus niet meer volhouden.

– *Re-integratie en/of arbeidsongeschiktheid*

Als iemand met beperkte belastbaarheid door langdurige uitval niet meer (geheel) kan werken, is de werkgever de eerste twee jaar van (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid verantwoordelijk voor verzuimbegeleiding en re-integratie.

Ten derde kan beperkte belastbaarheid gevolgen hebben voor **scholing en opleiding**.

Voor iemand met beperkte belastbaarheid is het concentreren moeilijker geworden. Ook is het verwerken van informatie langzamer geworden. Bovendien kan het zijn dat men hele dagen school of studeren niet meer vol kan houden.

Bovendien kan beperkte belastbaarheid gevolgen hebben voor **hobby's en vrije tijd**.

Hobby's en andere vrijetijdsbesteding kunnen voor mensen met beperkte belastbaarheid juist inspannend in plaats van ontspannend worden. Ook kan het zijn dat bepaalde hobby's niet meer uitgevoerd kunnen worden.

Als laatste heeft beperkte belastbaarheid natuurlijk ook gevolgen voor het **lichaam**. De kans bestaat dat iemand zichzelf gaat overbelasten. Ze willen hetzelfde kunnen als voor het hersenletsel maar om een gegeven moment is de energie dan echt op. Iemand kan dan volledig instorten en vermoeidheid kan chronische vormen aan gaan nemen.

Ook is er de kans op onderbelasten. Iemand gaat hierbij steeds minder doen om de vermoeidheid te vermijden. Bij onderbelasten van het lichaam, vindt lichamelijke deconditionering plaats. Dit betekent dat de lichamelijke conditie achteruit gaat, waardoor het lichaam steeds minder aan kan. Ook wordt het lichaam eerder vermoeid (Zedlitz, 2010).

Bovendien zullen mensen die beperkt belastbaar zijn, ook minder bewegen. Ze hebben hier de energie niet voor en zijn daarom passiever dan gezonde mensen. Te weinig bewegen kan gezondheidsrisico's opleveren. Niet bewegen, kan veel nadelen voor het lichaam met zich meebrengen (Dom, 2003). Hier volgen enkele nadelen: gewichtstoename, krachtverlies, negatieve gevolgen voor het houding- en bewegingsapparaat, hart, vaten en longen en de algemene gezondheidstoestand.

7.3 Algemene interventies bij mensen met NAH

In het literatuuronderzoek naar algemene interventies bij mensen met NAH, zijn verschillende visies onderzocht. Mevr. Van Riet (1996) beschrijft vooral interventies op het herwinnen van de zelfstandigheid van de cliënt. Een belangrijke regel volgens haar is: bied of vraag enkel de hulp die strikt noodzakelijk is en aanvaard enkel de hulp die zelfstandigheid stimuleert (van Riet, 2001). Enkele interventies die zij beschrijft zijn herhalen wat een cliënt gezegd heeft en uitleg geven voordat een activiteit gedaan wordt. Mevr. Palm (1997) dat ieder mens uniek is en door hulpverleners goed gekeken moet worden wat mogelijkheden en onmogelijkheden van de cliënt zijn. Hoe verschillend mensen met hersenletsel ook van elkaar mogen zijn, er zijn wel degelijk overeenkomsten. Deze maken het mogelijk toch richtlijnen te geven voor omgang en begeleiding (Palm, 1997). Enkele interventies die zij noemt zijn feedback geven en handhaven van een vaste routine.

Arno Prinsen (psycholoog/gedragskundige) maakt in zijn boek *Heb ik een probleem dan?* onderscheid tussen drie typen cliënten. Ook beschrijft hij per type cliënt welke interventies men als hulpverlener kan doen. Onderstaande interventies zijn de unieke interventies voor dat type cliënt. Veel interventies kunnen echter voor meerdere types van toepassing zijn. Aangezien de interventies van Mevr. Van Riet en mevr. Palm voor het grootste deel overeenkomen met de interventies van dhr. Prinsen, werk ik zijn theorie verder uit.

7.3.1. Cliënt type 1: De voorbijganger

De cliënt ervaart zelf niet dat hij een probleem heeft en heeft dus geen hulpvraag. De mensen in de omgeving van de cliënt ervaren wel een probleem en hebben de hulpverlening ingeschakeld. (Prinsen, 2008)

Mogelijke interventies

- *interview dagelijkse routine*

Hierbij is het de bedoeling dat je vraagt hoe de dag van een cliënt eruit ziet. Laat de cliënt de gebeurtenissen en activiteiten benoemen en vraag hem hoe ze naar zijn mening zijn verlopen. Dit interview is niet bedreigend. De cliënt bepaalt zelf wat hij wel en niet vertelt en of hij de nadruk legt op zaken die wel of juist niet goed gaan. Het is aan de hulpverlener om geen oordeel te vellen, oprecht interesse te tonen en de eigenaardigheden van de cliënt te accepteren.

- *feedback op adequaat gedrag*

Benadruk, met complimenten, wat wel goed gaat. De valkuil van de hulpverlener is om op te gaan in de problematiek en de dingen die wel goed gaan te vergeten.

- *gevoelsreflecties*

Het benoemen van eigen gevoelens is heel moeilijk voor mensen met hersenletsel. Vraag welk gevoel de cliënt heeft bij een bepaalde situatie. Lukt dit niet, benoem dan in vragende vorm het gevoel dat je vermoedt.

- *samenvatten*

Wat de cliënt je heeft verteld, vat je samen en vertel je in eigen woorden. Hiermee laat je zien dat je een luisterende, geïnteresseerde houding hebt.

- *meegaan in de beweging*

Door te luisteren, samen te vatten en te erkennen van wat de cliënt ervaart, ga je mee in het verhaal van de cliënt. Vervolgens vraag je pas naar de voordelen van een alternatief. Bij een voorbijganger zul je vaak weerstand ervaren. Daarom zijn deze stappen nodig.

- *driedemensiemodel*

Weerstand wegnemen kan ook door stap voor stap in te zoomen op de eigen ervaringen van de cliënt. Er zijn drie niveaus: de maatschappelijke, de relationele en de individuele. Wanneer men bijvoorbeeld weerstand voelt op het relationele niveau, kan terug gegaan worden naar het maatschappelijke niveau.

Moe, moeier moeist. *PMT interventies voor mensen met NAH om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid.*

- *gedragssuggesties*

Laat de cliënt nadenken over alternatief gedrag of geef een suggestie wat hij misschien beter kan doen in een bepaalde situatie.

7.3.2. Cliënt type 2: De zoeker

De cliënt heeft een vage hulpvraag en weinig overzicht over zijn problemen. De cliënt heeft weinig vertrouwen dat zijn problemen opgelost kunnen worden. (Prinsen, 2008)

Mogelijke interventies

- *doelkaarten*

Wensen, verlangens en doelen worden per levensgebied op kleine kaartjes geschreven. Om aan te geven waarmee de cliënt aan de slag wil, kan hij de kaartjes op een stapel met 'ja' of 'nee' leggen. Vervolgens worden de 'ja'-kaartjes ingedeeld op belangrijkheid. Het denkproces van de cliënt wordt hiermee ondersteund met visueel zichtbare objecten.

- *zelfbeeld en ideaalbeeld*

Visueel maken wat goed gaat en waaraan de cliënt wil werken. De cliënt krijgt een vel papier met daarop een mensfiguur getekend en twee pennen met verschillende kleuren. De cliënt tekent met de ene pen waar hij trots op is en met de andere pen waar wensen zitten.

- *voorlichting*

De cliënt is in een hele andere wereld terecht gekomen dan hij gewend is. Daarom is het goed om heldere voorlichting te geven over hersenletsel in het algemeen en over de individuele situatie. Het is belangrijk om daarbij na te vragen of de termen die de cliënt gehoord heeft, betekenis hebben voor hemzelf.

- *probleem oplossen*

Ga met de cliënt in gesprek over wat nu het probleem of de vraag is en bedenk op welke manieren een oplossing of antwoord gevonden kan worden. Focus je hierbij niet op één oplossing. Zet de oplossingen op papier en weeg voor-en nadelen tegen elkaar af.

- *gevoelsthermometer*

De cliënt kan zijn gevoelens aangeven op een schaal van nul tot tien met een gevoelsthermometer. De cliënt doet dit op verschillende momenten van de dag. De cliënt ervaart zo dat gevoelens niet zomaar ergens vandaan komen maar dat er een opbouw in zit.

7.3.3. Cliënt type 3: De klant

De cliënt heeft een probleem en kan deze redelijk goed vertalen naar een hulpvraag. De cliënt is bereid om samen te werken om tot oplossingen te komen. (Prinsen, 2008)

Mogelijke interventies

- *voordoelen, samen doen, oefenen*

Als eerst doe je als hulpverlener het gewenste gedrag voor. Het is hierbij belangrijk dat de cliënt begrijpt waarom dit gedrag effectief is en op welke situaties het van toepassing is. Daarna ga je het samen doen. Vervolgens laat je de cliënt oefenen en verdwijnt je zelf steeds meer naar de achtergrond.

- *instructies*

Vertel voor situaties die nieuw zijn voor een cliënt en waarin hij niet weet wat hij moet doen welk gedrag geschikt is in een bepaalde situatie. Mocht er sprake zijn van weerstand, dan is een gedragsuggestie minder dwingend en soms net zo effectief.

- *gevoelsthermometer en eerste-hulp-kaart*

Aan de gevoelsthermometer wordt een element toegevoegd. Bepaal bij welk cijfer de cliënt de controle dreigt te verliezen. Zet daarna samen op een rijtje wat de cliënt nodig heeft om te ontsnappen uit de achtbaan van zijn gevoelens. Deze alternatieven worden op een kaart gezet, de eerste-hulp-kaart. Zodra de gevoelens van de cliënt het kritieke cijfer bereiken, kan hij deze kaart erbij pakken.

7.4 Interventies bij beperkte belastbaarheid en NAH

Een interventie bij beperkte belastbaarheid en NAH is zorgen voor *voldoende rust en slaap*. Mensen met beperkte belastbaarheid en NAH zijn vaak meer slaap nodig dan voorheen. Bovendien is een goede nachtrust nodig om het maximale energieniveau te behalen. Manieren om slaap te verbeteren is een regelmatig dagnachtritme en een gezonde leefstijl.

Een andere interventie is *variëren*. Dit houdt in regelmatig korte pauzes inlassen en variëren met activiteiten. Ook het afwisselen van mentale en fysieke activiteiten kan helpen om de vermoeidheid niet te hoog op te laten lopen. Door het registreren van activiteiten en vermoeidheid, kan na worden gegaan welke activiteiten voor iemand vermoeiend en welke activiteiten ontspannend zijn. Deze registratie kan helpen om erachter te komen hoe lang iemand een inspannende activiteit vol kan houden zonder vermoeid te raken en vervolgens af te wisselen met een ontspannende activiteit (Zedlitz, 2010)

Plannen is ook een interventie bij beperkte belastbaarheid en NAH. Plannen is een hulpmiddel om grip te krijgen op het activiteitenpatroon van iemand. Op deze manier kan realistisch ingepland worden wat iemand aankan en ontstaat er een overzicht van wat er in een bepaalde week gebeuren gaat. Zo wordt men niet meer overrompeld door activiteiten die ineens nog gedaan moeten worden. Bij het maken van een planning is het belangrijk om prioriteiten te stellen, realistisch te plannen, vooruit te kijken en voldoende rustmomenten in te plannen. Ook is een evenwicht tussen plicht en plezier belangrijk (Hermans, 2001).

Daarnaast is *ontspannen* een interventie. Tussen de inspanning door ontspannen is nodig om beter met energie om te gaan. Door ontspanning kan de batterij als het ware weer opladen. Ontspanning is ook goed voor de gezondheid omdat het stressniveau dan zakt. Een oplopend spanningsniveau kan doorbroken worden door bewust aandacht te geven aan lichaamsspanning en lichaamsontspanning (Hermans, 2001). Bovendien is ontspanning ook leuk. Na NAH zijn er echter veel dingen veranderd. Dit kan ook voor ontspanning gelden. Iets wat vroeger heel ontspannend was, kan dat nu wellicht niet meer zijn. Het is daarom van belang om uit te zoeken welke activiteiten voor iemand ontspannend zijn en welke niet (meer). Enkele voorbeelden van mogelijk ontspannende activiteiten zijn wandelen, muziek luisteren, yoga en ontspanningsoefeningen.

Bovendien is *bewegen* een interventie bij beperkte belastbaarheid en NAH. Als de lichamelijke conditie op peil is, voelt men zich beter en energiever dan wanneer het lichaam niet in een goede conditie is (Zedlitz, 2010). Beperkingen en ziektebeelden na NAH kunnen lichaamsbeweging echter behoorlijk beperken. Het is belangrijk om dan te kijken naar wat wel mogelijk is, welke hulp iemand daarbij nodig heeft en waar iets mogelijk is. Een rustige opbouw van lichaamsbeweging is ook erg belangrijk.

Hulp vragen is ook een interventie, zowel hulp uit de omgeving als professionele hulp. Bij hulp vragen uit de omgeving is het belangrijk om na te gaan waarvoor men hulp nodig is, welke hulp nodig is en wie daarvoor gevraagd kan worden. Veel activiteiten zijn voor iemand met beperkte belastbaarheid en NAH vermoeiender geworden en door hulp te vragen, houdt men energie over voor leuke activiteiten. Voor sommige dingen is hulp uit de omgeving echter niet voldoende en zal professionele hulp gevraagd moeten worden (Zedlitz, 2010). Er zijn verschillende behandelingen om mensen met hun beperkte belastbaarheid te helpen:

– **Cognitieve gedragstherapie**

Dit kan helpen bij mensen die erg somber of angstig zijn. De vermoeidheid die door deze heftige emoties komen, kan hiermee worden behandeld. Deze behandeling wordt gegeven door een psycholoog en er wordt gekeken naar gedachten, gedrag en emotie.

– **Slaaptherapie**

Als iemand last heeft van slaapapneu of andere slaapklaachten kan slaaptherapie helpen. Dit bestaat uit een combinatie van het veranderen van slaapgewoontes, het veranderen van negatieve gedachten over het slapen en het aanleren van ontspanningstechnieken.

– Medisch sporten

Aangepast sporten kan aangeboden worden door fysiotherapeuten en sportverenigingen. Conditie en spierkracht kunnen opgebouwd worden terwijl men onder begeleiding veilig sport.

– Behandelingen ‘omgaan met beperkte belastbaarheid’

In een aantal revalidatiecentra worden behandelingen aangeboden die kunnen helpen om met beperkte belastbaarheid om te gaan zodat men hier minder last van heeft. (Zedlitz, 2010)

In de resultaten van het literatuuronderzoek zijn oorzaken, gevolgen en interventies bij beperkte belastbaarheid en NAH weergegeven. Om dit geheel overzichtelijker te maken, staan ze nog een keer kort vermeld in tabel 7.5. De oorzaken die rood gekleurd zijn in de eerste kolom, zijn de oorzaken die wel te beïnvloeden zijn. Veranderingen in emoties en gedrag zijn bijvoorbeeld te beïnvloeden door een behandeling waarin iemand leert hier anders mee om te gaan. De oorzaken kunnen elkaar ook beïnvloeden. Zo is iemand vatbaarder voor emoties als hij vermoeid is. Ook kan iemand slaapproblemen krijgen door bijvoorbeeld emoties zoals angst en spanning. Op deze manier beïnvloeden de oorzaken veranderingen in emoties en slaapproblemen elkaar. Het hersenletsel zelf is niet te beïnvloeden. Bij medicijnen is het de vraag of dit te beïnvloeden is. Veel mensen met NAH gebruiken medicijnen omdat de gevolgen anders nog erger zijn en van veel medicijnen is vermoeidheid een bijwerking. Stoppen met medicijnen is waarschijnlijk geen optie en andere medicijnen hebben waarschijnlijk ook vermoeidheid als bijwerking.

Tabel 7.5 Oorzaken, gevolgen en interventies bij beperkte belastbaarheid en NAH

Oorzaken	Gevolgen	Interventies
Hersenletsel - Letsel aan specifieke hersengebieden en netwerken. - Verstoring van de hormoonhuishouding - Inschakeling immuunsysteem	Sociale leven - Minder sociaal - Prikkelbaarheid en/of somberheid - Onbegrip van anderen - Partner en naasten	Zorgen voor voldoende rust en slaap
Aandachtsproblemen	Werk - Minder lang werken - Pauzes - Onrustige werkplek - Werkzaamheden - Re-integratie en/of arbeidsongeschiktheid	Plannen
Veranderingen in emoties en gedrag	Scholing/opleiding	Ontspannen
Slaapproblemen - Slaapapneu - Verstoord slaap-waakritme	Hobby's en vrije tijd	Bewegen
Medicijnen	Lichaam	Hulp vragen

7.5 Resultaten enquêtes

Onderstaande tabellen geven de resultaten weer van de enquêtes (zij bijlage 1) die ingevuld zijn door afgevaardigden van elke vakgroep binnen de Vogellanden. Aan de hand van deze resultaten is zichtbaar in welke mate de vakgroepen momenteel aandacht besteden aan beperkte belastbaarheid. Zo kan in kaart worden gebracht hoe onmisbaar een PMT module om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid kan zijn voor het behandelprogramma van revalidanten met NAH. De belangrijkste resultaten zijn inzichtelijk in de tabellen **1, 5,6 en 7**. In tabel 1 wordt weergegeven dat de meeste vakgroepen **20 tot 40 revalidanten** met NAH en beperkte belastbaarheid per maand behandelen. Tabel 2 laat zien dat de meest voorkomende **klachten** bij revalidanten met NAH en beperkte belastbaarheid **vermoeidheid, problemen met aandacht en concentratie en verhoogde prikkelbaarheid** zijn. Tabel 3 geeft aan dat de meeste vakgroepen revalidanten met NAH en beperkte belastbaarheid **individueel** behandelen. Tabel 4 geeft weer dat er bij de meeste vakgroepen **geen klinimetrie** bestaat met betrekking tot beperkte belastbaarheid. Tabel 5 laat zien dat bij de meeste vakgroepen **niet met thema's** gewerkt wordt bij revalidanten met NAH met een beperkte belastbaarheid. Met welke thema's de vakgroepen activiteitentherapie en psychologie werken, is in de tabel 5 te zien. In tabel 6 wordt weergegeven dat bij de meeste vakgroepen **geen module** bestaat voor revalidanten met NAH en beperkte belastbaarheid. Als laatste laat tabel 7 zien bij bijna alle vakgroepen de beperkte belastbaarheid bij revalidanten met NAH de **therapie beïnvloedt**. Met name door het **vaak afmelden en een verkorte therapieduur**. Zie onderstaande tabellen voor meer details over de resultaten van de enquête.

Tabel 1: Aantal revalidanten met NAH met beperkte belastbaarheid die de vakgroepen ongeveer per maand behandelen.

	FT	ET	AT	LP	MW	AR	PS	RA
0-20			X	X				
20-40	X	X			X	X	X	
>40								X

Tabel 2: Klachten die de vakgroepen voornamelijk tegenkomen bij revalidanten met NAH en beperkte belastbaarheid

	FT	ET	AT	LP	MW	AR	PS	RA
Vermoeidheid	X	X	X	X	X	X	X	X
Pijn	X							
Problemen met aandacht en concentratie	X	X	X	X	X	X	X	X
Stemmingsstoornissen					X		X	X
Verhoogde prikkelbaarheid		X	X		X	X	X	X
Anders						Geheugen problemen		

Tabel 3: Manier waarop de vakgroepen revalidanten met NAH en beperkte belastbaarheid behandelen

	FT	ET	AT	LP	MW	AR	PS	RA
In een groep		X	X	X				X
Individueel	X	X	X	X	X	X	X	
Anders					Partner- en gezinsgesprekken			

Tabel 4: Bestaan van klinimetrie binnen de vakgroepen met betrekking tot beperkte belastbaarheid

	FT	ET	AT	LP	MW	AR	PS	RA
Ja						X		X
Nee	X	X	X	X	X		X	
Zo ja, welke?						-Melba- systematiek -FCE		Borgschaal

Tabel 5: Thema's waarmee gewerkt wordt bij revalidanten met NAH en beperkte belastbaarheid

	FT	ET	AT	LP	MW	AR	PS	RA
Ja			X				X	
Nee	X	X		X	X	X		X
Zo ja, welke?			-Belasting/ Belastbaarheid -Prikkeluitbreiding -Ontspanning/ Afleiding -Inzicht vergroten -Omgaan met ...				-Belasting/ Belastbaarheid -Omgaan met vermoeidheid	

Tabel 6: Bestaan van een module voor revalidanten met NAH met beperkte belastbaarheid

	FT	ET	AT	LP	MW	AR	PS	RA
Ja		X Voor cluster cognitieve revalidatie	X					X
Nee	X			X	X	X	X	

Tabel 7: Manier waarop beperkte belastbaarheid bij revalidanten met NAH de therapie beïnvloedt

7. Beïnvloedt de beperkte belastbaarheid bij revalidanten met NAH de therapie?								
	FT	ET	AT	LP	MW	AR	PS	RA
Ja	X	X	X	X	X		X	X
Nee						X		
Zo ja, welke manier:								
-vaak afmeldingen			+	+	+			+
-verkorte therapieduur	+		+	+	+			+
-aangepast therapierooster			+		+			+
-Anders, namelijk:	Meerdere rustmomenten in de therapie						Niet/ Onvoldoende maken van huiswerk opdrachten	

Verklaring van afkortingen van de vakgroepen die gebruikt zijn in de tabellen:

FT: fysiotherapie

MW: maatschappelijk werk

ET: ergotherapie

AR: arbeidsrevalidatie

AT: activiteitentherapie

PS: psychologie

LP: logopedie

RA: revalidatiearts

8. Discussie

Achteraf bekeken ben ik tevreden over de enquête die ik opgesteld en uitgevoerd heb. Ik ben door middel van de vragen aan de informatie gekomen die ik wilde weten. Wat anders had gekund is dat ik meer door had kunnen vragen op de vraag of de vakgroepen met een module werken ten aanzien van beperkte belastbaarheid. Zo had ik meer informatie kunnen krijgen over de manier waarop de vakgroepen vorm geven aan deze module. De ergotherapie heeft bijvoorbeeld al een module ontwikkeld voor het leren omgaan met beperkte belastbaarheid voor het cluster cognitieve revalidatie. Ik had dan ook mijn aanbeveling om samen te werken met andere vakgroepen, meer kunnen ondersteunen. Als ik meer informatie had gehad over de module van bijvoorbeeld de ergotherapie, had ik beter aan kunnen sluiten bij wat er al is. Ook had ik kunnen zien wat er nog niet gebeurd of welke insteek er nog niet is waar PMT iets mee zou kunnen. Dat is de kans groot dat dingen dubbel gedaan worden en dat is niet efficiënt.

In de literatuur kwam ik veel interventies tegen die ik zelf in de praktijk ook al toepas. Als ik bijvoorbeeld aan het gedrag van iemand met NAH en beperkte belastbaarheid zie dat hij ontspanning nodig heeft, bied ik een ontspanningsoefening aan. Als de PMT module straks toegepast wordt, worden deze interventies ook toegepast maar dan zijn ze theoretisch onderbouwd. Alle PMT'ers kunnen dan dezelfde interventies doen en ze kunnen dit ook naar de rest van het team verantwoorden. Er wordt naar mijn mening dan professioneler gehandeld. Aan de hand van de literatuur die ik onderzocht heb voor deze scriptie, heb ik dus ervaren dat ik veel al weet en doe. Een module maakt het echter tastbaar en een interventie wordt dan een krachtig instrument.

Door middel van de literatuurstudie heb ik echter niet alles kunnen vinden om mijn hoofdvraag goed te kunnen beantwoorden. Er was geen literatuur te vinden over PMT interventies bij mensen met NAH en beperkte belastbaarheid. Daarom heb ik interventies voor NAH en voor beperkte belastbaarheid gezocht en dit omgebogen naar PMT interventies. Dit had als gevolg dat de resultaten van de literatuurstudie niet meteen leiden tot het beantwoorden van de hoofdvraag. Aan de hand van het koppelen ervaringen en algemene PMT interventies/thema's aan interventies bij NAH en beperkte belastbaarheid, heb ik de hoofdvraag kunnen beantwoorden. De invloed hiervan op de conclusie is dat deze niet in directe zin volledig theoretisch onderbouwd is. Door echter de theorie die wel gevonden is te gebruiken, maakt het de conclusie toch wel tot een sterk geheel. Wat anders gekund had, is van te voren zoeken naar geschikte literatuur. Dit had ik nu wel gedaan maar blijkbaar niet genoeg. Dan was ik er voortijdig achter gekomen dat er geen literatuur te vinden is over PMT interventies bij NAH en beperkte belastbaarheid. Ik had dan misschien mijn hoofdvraag aan kunnen passen of een ander onderwerp kunnen kiezen. Achteraf ben ik toch blij dat ik het onderzoek op deze manier uitgevoerd heb omdat ik met een conclusie kom die nog niet bekend is. Naar mijn idee is dit belangrijk voor het ontwikkelen van het vak PMT.

9. Conclusie

Het uiteindelijke doel van deze scriptie was het schrijven van een PMT module voor mensen met NAH om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid. Deze module is in de bijlage te vinden en is tot stand gekomen aan de hand van de voorgaande literatuurstudie en eigen ervaringen. De hoofdvraag van deze literatuurstudie *Met welke PMT interventies kunnen mensen met niet aangeboren hersenletsel leren omgaan met hun beperkte belastbaarheid?* zal nu beantwoord worden.

Onderstaande PMT interventies en thema's zijn gekoppeld aan belangrijke interventies bij NAH en bij beperkte belastbaarheid:

- **Herkennen van lichaamssignalen aan de hand van de gevoelsthermometer.** De interventies voor mensen met NAH, zijn in de literatuur ingedeeld per type cliënt. Het merendeel van de cliënten die aan de module deel gaan nemen, zal het type cliënt 'De klant' zijn. Deze cliënt heeft een duidelijke hulpvraag en is bereid om hieraan te werken. Een interventie bij dit type cliënt is het toepassen van de gevoelsthermometer. Koppelend aan de thermometer die in de PMT vaak gebruikt wordt, kan een cliënt aangeven of hij in groen, oranje of rood zit wat betreft het energieniveau. Groen is prima. Oranje is de gevarenzone en bij rood is een cliënt over zijn grens gegaan.

- **Ervaren van ontspannings- en mindfulnessoefeningen.** Onder andere volgens de methode van Jacobson. Belangrijke interventies bij beperkte belastbaarheid zijn zorgen voor voldoende rust en ontspanning. Voldoende rust is nodig om het maximale energieniveau te kunnen behalen. Ontspanning is nodig om beter met energie om te gaan en om de batterij weer op te laden. Door ontspanning zakt ook het stressniveau. Een oplopend spanningsniveau kan doorbroken worden door bewust aandacht te geven aan lichaamsspanning en lichaamsontspanning. Dit kan weer gekoppeld worden aan het gebruik van de methode van Jacobson.

- **Inschatten eigen mogelijkheden.** Een interventie bij beperkte belastbaarheid is hulp vragen. Het inschatten van de eigen mogelijkheden is een hulpmiddel om energie beter te kunnen doseren. Als iets niet lukt, is het goed om hulp te vragen. Bijvoorbeeld als cliënten met beperkte belastbaarheid en NAH op de thermometer in oranje of rood zitten. Het volgen van de module is een manier van professionele hulp vragen.

- **Grenzen aangeven.** Een belangrijke interventie bij beperkte belastbaarheid is variëren. Dit houdt regelmatig korte pauzes inlassen en variëren met mentale en fysieke activiteiten in. Registratie van activiteiten en vermoeidheid is ook een hulpmiddel. Zo weet iemand welke activiteiten vermoeiend voor hem zijn en hij eerder zijn grens aan moet geven. Ook de gevoelsthermometer kan hierbij helpen. Door voor, tijdens en na een activiteit de gevoelsthermometer te gebruiken, wordt inzichtelijk wanneer men zijn grens aan moet geven.

- **Psycho educatie.** Belangrijke interventies bij NAH zijn voorlichten en instructies geven. De cliënt is in een totaal andere wereld terecht gekomen en alles is nieuw voor hem. Door het geven van psycho-educatie leren mensen met NAH omgaan met hun beperking.

- **Doseren energie en strategieën hiervoor bedenken.** Bewegen en ontspannen zijn beide interventies bij beperkte belastbaarheid. Het is de bedoeling om hierin de juiste balans te vinden. Ook plannen is een belangrijke interventie waardoor het mogelijk wordt de energie beter te doseren. Koppelend aan de interventie voor NAH met de gevoelsthermometer, is dit een goed hulpmiddel om te gebruiken. Vervolgens kunnen strategieën bedacht worden voor het doseren van energie, zoals bijvoorbeeld stoppen met een activiteit na een bepaald aantal minuten.

Aan de hand van deze interventies is de PMT module opgesteld. Door het volgen van de module worden revalidanten met NAH en beperkte belastbaarheid bewust van het lichaam als informatiebron en experimenteren en trainen ze met verschillende strategieën die kunnen helpen bij het omgaan met beperkte belastbaarheid.

Uit de resultaten van het onderzoek dat binnen de overige vakgroepen van de Vogellanden is uitgevoerd, is te concluderen dat de vakgroepen veel revalidanten met beperkte belastbaarheid en NAH behandelen. Er wordt bij het merendeel van de vakgroepen niet met thema's gewerkt ten aanzien van beperkte belastbaarheid en er bestaan bijna geen modules om te leren omgaan met beperkte belastbaarheid. Ook geven bijna alle vakgroepen aan dat de beperkte belastbaarheid van de revalidanten de therapie wel beïnvloedt. Aan de hand van deze gegevens zou geconcludeerd kunnen worden dat het geven van de PMT module essentieel zou kunnen zijn voor het gehele behandelprogramma van de revalidanten met beperkte belastbaarheid en NAH. Er wordt op dit moment voornamelijk door de ergotherapie en de arbeidsrevalidatie aandacht besteed aan beperkte belastbaarheid. Beperkte belastbaarheid heeft veel te maken met het lijf en dat is nou juist de insteek van de PMT. PMT werkt lichaamsgericht en kan door middel van bewegings- en lichaamsgerichte activiteiten revalidanten laten ervaren hoe ze op dit moment met hun beperkte belastbaarheid omgaan. Vervolgens kan nieuw gedrag aan worden geleerd om beter om te leren gaan met beperkte belastbaarheid.

9.1 Aanbevelingen

- Voor het ontwikkelen van het vak PMT zou het wenselijk zijn dat er meer literatuur komt over met name interventies die toegepast kunnen worden bij mensen met NAH en beperkte belastbaarheid.

Om de effectiviteit van PMT aan te tonen zou het mooi zijn als modules ook volledig theoretisch onderbouwd kunnen worden. Dan kan de effectiviteit van het vak PMT kracht bijgezet worden en zal het steeds meer op de kaart komen te staan. Er zal meer onderzoek gedaan moeten worden waardoor er meer kennis ontstaat over dit onderwerp. Vervolgens kan deze kennis in de vorm van bijvoorbeeld een module in de praktijk toegepast worden. De inhoud van de therapie kan dan verantwoord worden waardoor organisaties ook meer gebruik zullen gaan maken van PMT.

Wat ook zou kunnen is dat meer PMT'ers een universitaire studie gaan doen. Deze mensen kunnen vervolgens op academisch niveau artikelen of boeken schrijven. Op deze manier kan de literatuur over PMT uitgebreid worden.

- Het toepassen van de in deze scriptie ontwikkelde PMT module door de vakgroep BA/PMT op de Vogellanden.

Deze module is voor zover mogelijk theoretisch onderbouwd en kan in de praktijk getoetst worden. Vervolgens kan de module waar nodig aangepast worden. De inhoud van de module kan ook in het kennisteam cognitieve neurologie besproken worden. Eventuele feedback kan vervolgens toegepast worden. Ook zou het wenselijk zijn als er alvast een lijst met optionele revalidanten gemaakt wordt die gevraagd kunnen worden deel te nemen aan deze module. Bovendien kan er ook samen gewerkt worden met vakgroepen die al wat doen aan beperkte belastbaarheid, zoals de ergotherapie. Zo worden de krachten van de verschillende vakgroepen gebundeld en kan er op verschillende gebieden ingestoken worden wat betreft het leren omgaan met beperkte belastbaarheid.

10. Literatuurlijst

Bosscher, R.J., & de Lange, J. (2008). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Amsterdam: Boom.

Dom, G. (2003). *Bewegen en Fit blijven*. Den Haag: consumentenbond.

Eilander, A., van Belle-Kusse, P., & Vrancken, P. (2001). *Ze zeggen dat ik zo veranderd ben*. Hilversum: Stichting Teleac NOT.

Fasotti, L. (2010). *Omgaan met beperkte belastbaarheid*. Verkregen op 6 december, 2010, via Radboud Universiteit Nijmegen. Website: www.hypofyse.nl/images/stories/beperkte_belastbaarheid.pfd

Fasotti, L., & Zedlitz, A. (2010). *Omgaan met beperkte belastbaarheid*. Amsterdam: Boom.

Hermans, H. (2001). *Ik ben zo moe. Aanpakken van vermoeidheidsklachten*. Amsterdam: Boom.

Nederlands Centrum Hersenletsel (2001). *Niet-aangeboren hersenletsel. Informatie voor begeleiders en verzorgers*. Utrecht: Lemma.

Niet Aangeboren Hersenletsel (N.A.H.). Verkregen op 19 februari, 2011, van www.mens-en-gezondheid.infonu.nl/ziekten/17814-niet-aangeboren-hersenletsel-nah.html

Palm, J. (1997). *Veranderd leven. Begeleiding na hersenletsel*. Assen: van Gorcum.

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

Riet, V. van (1996). *Een beroerte...* Apeldoorn: Garant.

Vinke, H., & Kollaard, S. (2008). *Zorgboek Niet-aangeboren hersenletsel*. Meppel: Stichting September.

Zedlitz, A. (2010). *Zorgwijzer vermoeidheid*. Den Haag: Hersenstichting Nederland.

Zedlitz, A. (2010). *Moe, moe, moe... Omgaan met beperkte belastbaarheid*. Verkregen op 6 december 2010, via Radboud Universiteit Nijmegen, Donders Institute. Website: www.docs.google.com/viewer

11. Bijlagen

Bijlage 1

Enquête vakgroepen

Beste invuller van deze enquête,

Ik ben Annewil te Winkel, stagiaire Bewegingsagogie.

Voor mijn scriptie ga ik een PMT module schrijven voor een groep revalidanten met NAH die moeite hebben met het omgaan met hun beperkte belastbaarheid. Hiervoor wil ik onderzoeken hoe de verschillende vakgroepen binnen de Vogellanden nu aandacht besteden aan beperkte belastbaarheid bij revalidanten met NAH.

Onder beperkte belastbaarheid versta ik dat er sprake is van versneld optredende vermoeidheid bij fysieke of mentale activiteiten. Ook is er langer herstel nodig. Bovendien kan er sprake zijn van klachten zoals geheugen- en concentratieproblemen, hoofdpijn, verhoogde prikkelbaarheid, intolerantieklachten (licht, geluid, drukte), somberheid, spanning en angst.

Enquête beperkte belastbaarheid vakgroepen

Hoeveel revalidanten met NAH met een beperkte belastbaarheid behandelt uw vakgroep ongeveer per maand?

- 0-20
- 20-40
- > 40

Welke klachten komt u voornamelijk tegen bij revalidanten met NAH met een beperkte belastbaarheid?

- Vermoeidheid
- Pijn
- Problemen met aandacht en concentratie
- Stemningsstoornissen
- Verhoogde prikkelbaarheid
- Anders, namelijk:

Hoe behandelt uw vakgroep revalidanten met NAH met beperkte belastbaarheid?

- In een groep
- Individueel
- Anders, namelijk:

Bestaat er binnen uw vakgroep klinimetrie met betrekking tot beperkte belastbaarheid bij revalidanten met NAH?

- Ja
- Nee

Zo ja, welke klinimetrie?

Wordt er binnen uw vakgroep met thema's gewerkt bij revalidanten met NAH met beperkte belastbaarheid?

- Ja
- Nee

Zo ja, welke thema's?

Bestaat er binnen uw vakgroep een module voor revalidanten met NAH met een beperkte belastbaarheid?

- Ja
- Nee

Beïnvloedt de beperkte belastbaarheid bij revalidanten met NAH het effect van de therapie?

- Ja
- Nee

Zo ja, op welke manier:

- vaak afmeldingen
- verkorte therapieduur
- aangepast therapierooster
- Anders, namelijk:

Bedankt voor het invullen!

Bijlage 2

PMT Module 'omgaan met beperkte belastbaarheid'

Behandelsetting

De behandeling zal één keer per week in een groep van maximaal acht cliënten plaatsvinden. Als de groep uit vijf of meer cliënten bestaat, wordt de behandeling door twee psychomotorisch therapeuten gegeven. De behandeling zal bestaan uit acht bijeenkomsten van 60 tot 75 minuten (afhankelijk van groepsgrootte). De behandeling vindt plaats bij revalidatiecentrum de Vogellanden te Zwolle, in de kleine sporthal. De attitude van de therapeuten zal actief en transparant zijn. Actief omdat de therapeut bijdraagt aan het motiveren van de deelnemers zodat deze tot inzichten komen en aan hun eigen doelen kunnen werken. Transparant omdat het doel en de werkwijze van de therapeuten vooraf duidelijk moet zijn.

Behandelingen

Bijeenkomst 1

Doelen: kennismaking, informeren wat betreft beperkte belastbaarheid en lichaamssignalen herkennen.

Bijeenkomst 2

Doelen: introductie thermometer, herkennen van lichaamssignalen en ervaren van een ontspanningsoefening.

Bijeenkomst 3

Doelen: herkennen van lichaamssignalen, inschatten eigen mogelijkheden en een ontspanningsoefening ervaren.

Bijeenkomst 4

Doelen: Grenzen aangeven en ervaren mindfulness oefening.

Bijeenkomst 5

Doelen: Grenzen aangeven, psycho educatie en ervaren mindfulness oefening.

Bijeenkomst 6

Doelen: Doseren energie en strategieën hiervoor bedenken.

Bijeenkomst 7

Doelen: Doseren energie en strategieën toepassen trainen.

Bijeenkomst 8

Doelen: Energie reguleren met zelf gemaakt plan en afsluiting/evaluatie module.

Bijeenkomst 1

Doelen: kennismaking, informeren wat betreft beperkte belastbaarheid en lichaamssignalen herkennen.

1. *Welkom. Voorstellen therapeuten (naam, functie, ervaring enz.).*

2. *Uitleg psychomotorische therapie, doel module en werkwijze.*

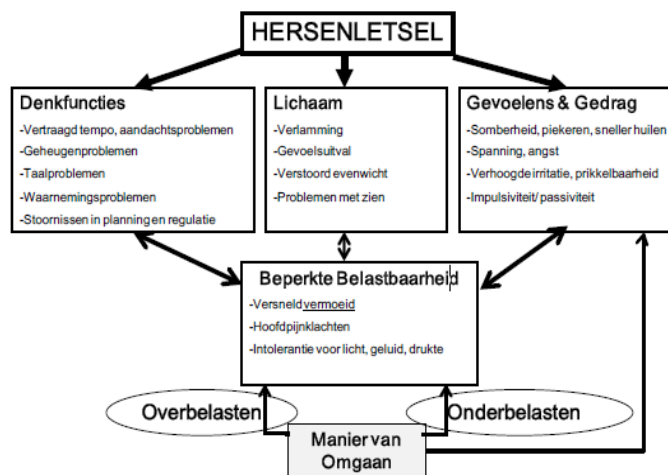
Bij psychomotorische therapie worden sport, spel en bewegen toegepast om inzicht te krijgen op de problemen en mogelijkheden van cliënten. De ervaringen die iemand in de zaal opdoet, kan hij gebruiken in zijn dagelijks leven. Het doel van de module is het leren omgaan met de beperkte belastbaarheid. De werkwijze is dat er voornamelijk informatie wordt gegeven, activiteiten worden gedaan en strategieën worden aangereikt om anders met de beperkte belastbaarheid om te gaan. Ook wordt er huiswerk opgegeven dat de volgende behandeling weer besproken wordt.

3. *Voorstellen cliënten.*

Alle cliënten krijgen vijf minuten om in de materialenruimte te zoeken naar een voorwerp aan de hand waarvan ze zich voor kunnen stellen. Daarna mag iedereen zich om de beurt voorstellen en mag de rest eventueel vragen stellen.

4. *5 min. pauze.*

5. *Uitleg beperkte belastbaarheid aan de hand van onderstaand schema (voor uitleg zie scriptie).*



6. *Activiteit. Doel: bewust worden van lichaamssignalen. Het lichaam als informatiebron gebruiken. Uitleg thermometer om niveau van vermoeidheid aan te geven. Uitleg lichaamssignalen en voorbeelden geven.* Iedereen krijgt een thermometer (groen, oranje, rood) en geeft daarop voor de activiteit aan wat zijn/haar niveau van vermoeidheid op dat moment is en welke lichaamssignalen daarbij horen. Vervolgens pakt iedereen een matje en gaat hierop staan. De therapeut geeft aan welke oefeningen gedaan moeten worden (bijv. knieën optrekken, springen, bukken). Ook zittend en liggend oefeningen aanbieden. Tussendoor en na afloop thermometer en bijbehorende lichaamssignalen in laten vullen.

7. *Evalueren activiteit.*

8. *5 min. pauze.*

9. *Huiswerk meegeven.*

Cliënten doelen laten formuleren van wat ze willen bereiken met deze module.

Bijeenkomst 2

Doelen: introductie thermometer, herkennen van lichaamssignalen en ervaren van een ontspanningsoefening.

1. Welkom. *Korte terugblik op vorige bijeenkomst en eventuele vragen beantwoorden.*

2. Bespreken doelen. *Bij meer dan vijf cliënten groep in tweeën splitsen. Bij elke groep een therapeut. Elke cliënt vertelt zijn doelen aan de groep. De groep en de therapeut mogen vervolgens vragen stellen en aanvullingen/suggesties geven.*

3. Groepsgesprek over lichaamsbeleving en beperkte belastbaarheid.

Hoe ervaren de cliënten hun beperkte belastbaarheid. Wat zijn hun ervaringen met hun beperkt belastbare lijf en wat doet dat met hun. Welke invloed heeft het op hun leven enz. Ingaan op denken, voelen en handelen van de cliënten.

4. 5 min. pauze.

5. Herhalen thermometer vermoeidheid en lichaamssignalen. *Activiteit in twee groepen (bij meer dan 5 cliënten). Doel: herkennen van lichaamssignalen.*

De groep wordt in tweeën gedeeld. Bij elke groep is een therapeut aanwezig. In de groep wordt een bewegingsactiviteit gedaan, bijvoorbeeld ringhockey. Van te voren wordt de thermometer ingesteld en bijbehorende lichaamssignalen genoteerd. Daarna wordt de activiteit gedaan en ondertussen legt de therapeut dit nog even stil. Weer thermometer instellen en lichaamssignalen noteren. Dit ook herhalen aan het eind van de activiteit.

6. Evalueren activiteit.

7. Ontspanningsoefening methode van Jacobson: aanspannen en ontspannen alle spiergroepen. *Doel: cliënten ontspanningsoefeningen laten ervaren zodat deze eventueel ook thuis toegepast kunnen worden op momenten van rust, om de batterij weer op te laden.*

Alle cliënten pakken een matje en eventueel kussens en dekens. Ze zoeken een plekje op in de zaal. Één van de twee therapeuten geeft de ontspanningsoefening. Duur van deze ontspanningsoefening is minstens twintig minuten.

8. Ervaringen ontspanningsoefening uitwisselen.

9. Huiswerk meegeven.

Cliënten gaan bij een activiteit uit het dagelijks leven, bijvoorbeeld stofzuigen, de thermometer toepassen voor, tijdens en na de activiteit. Ook noteren ze de hierbij horende lichaamssignalen.

Bijeenkomst 3

Doelen: herkennen van lichaamssignalen, inschatten eigen mogelijkheden en een ontspanningsoefening ervaren.

1. Welkom. *Korte terugblik vorige bijeenkomst en eventuele vragen beantwoorden.*

2. Huiswerk bespreken.

Is opdracht gelukt en wat waren de lichaamssignalen. Hoe vinden de cliënten het werken met de thermometer?

3. Activiteit m.b.t. inschatten eigen mogelijkheden. *Doel: ervaren of het reëel is hoe de eigen mogelijkheden ingeschat worden.*

Therapeuten zetten twee circuits uit in de zaal met verschillende materialen. Deze materialen worden in de zaal gezet. Voorbeelden: kast waar men overheen moet, omgekeerde bank waar overheen gelopen moet worden, bal die in de basket gegooid moet worden enz. Cliënten worden in twee groepen verdeeld en gaan met een pittenzakje het circuit doen. Van tevoren zeggen de cliënten in welke tijd ze denken dat ze het circuit gaan doen en hoe vaak ze het circuit gaan doen. Cliënten doen het circuit om de beurt en de therapeut houdt de tijd bij met een stopwatch.

4. Evalueren activiteit.

Nagaan of ingeschatte mogelijkheden reëel waren.

5. 5 min. pauze.

6. Ontspanningsoefening methode van Jacobson herhalen.

Door nog een keer een voorbeeld te geven van deze ontspanningsoefening is het voor de cliënten straks makkelijker om de oefening thuis toe te passen.

7. Evaluatie ontspanningsoefening.

Eventueel tekst op papier meegeven zodat de cliënten thuis kunnen oefenen, mochten ze dit een fijne ontspanningsoefening vinden. Ook kan deze oefening op cd gezet worden zodat de cliënten aan de hand hiervan de oefening thuis kunnen uitvoeren.

8. Huiswerk meegeven.

Weer thermometer en benoemen lichaamssignalen toepassen bij dagelijkse activiteit.

Minstens één keer thuis de ontspanningsoefening volgens de methode van Jacobson toepassen.

Bijeenkomst 4

Doelen: Grenzen aangeven en ervaren mindfulness oefening.

1. Welkom. *Korte terugblik vorige bijeenkomst en eventuele vragen beantwoorden.*

2. Huiswerk bespreken.

Hoe ging toepassen thermometer en benoemen lichaamssignalen en hoe ging de ontspanningsoefening. Hebben de cliënten het gevoel dat het bij hen past, kunnen ze er wat mee, op welke manier kunnen ze het best ontspannen enz.

3. Activiteit m.b.t. grenzen aangeven: ballonnen hooghouden.

Bij meer dan vijf cliënten wordt de groep in tweeën gedeeld. Bij elke groep één therapeut. Er zijn twee cliënten tegelijk aan het werk. Van te voren worden een aantal ballonnen opgeblazen (per groep 8 tot 10). Daarna beginnen twee cliënten met het hooghouden van één ballon, onafhankelijk van elkaar. De therapeut heeft een stopwatch en zorgt na één minuut dat er nog een ballon bij komt. Zo doorgaan tot de cliënt zelf zijn grens aangeeft en stopt. De ballonnen mogen de grond dus niet raken. De overige cliënten observeren en mogen daarna zelf aan het werk.

4. Evalueren activiteit.

5. 5 min. pauze.

6. Mindfulness oefening naar keuze. *Doel: bewust worden van eigen lichaam, gezonde focus hebben op eigen lichaam en ervaren dat je niet altijd actie hoeft te ondernemen bij het gevoel van vermoeidheid.*

Op bijvoorbeeld de website www.in-balans-met-onrust.blogspot.com/p/mindfulness-oefeningen.html zijn veel verschillende mindfulness oefeningen te vinden met verschillende aandachtsgebieden. Aan de hand hiervan kun je ook bepalen of de oefeningen staand, zittend of liggend gedaan worden, of er één of twee groepen gemaakt worden en welke therapeut de oefening begeleidt.

7. Evalueren mindfulness oefening.

8. Huiswerk meegeven.

Minstens één dag in aankomende week een planning maken met inspannende en ontspannende activiteiten. Bijvoorbeeld half uur stofzuigen, half uur ontspanningsoefening Jacobson enz.

Bij minstens één activiteit aankomende week hulp vragen als men op de thermometer in het oranje zit.

Bijeenkomst 5

Doelen: Grenzen aangeven, psycho educatie en ervaren mindfulness oefening.

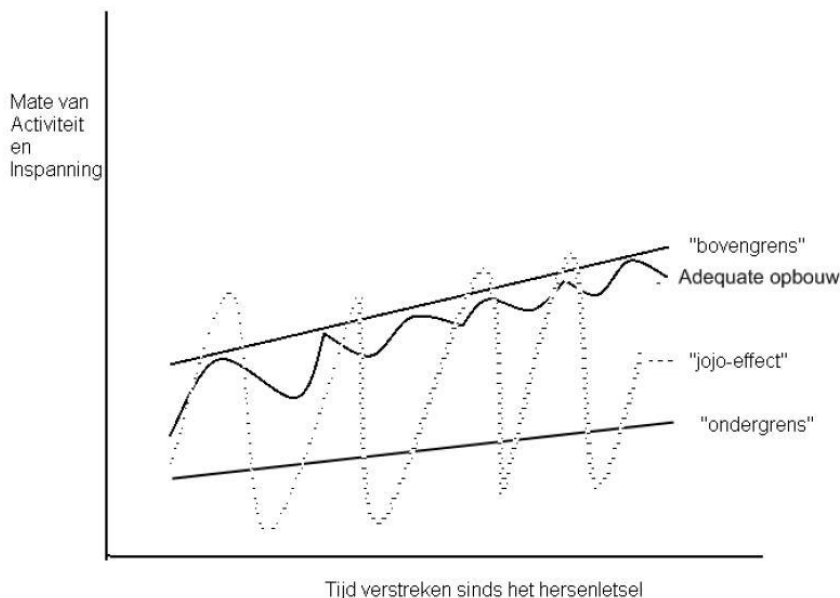
1. Welkom. Korte terugblik vorige bijeenkomst en eventuele vragen beantwoorden.

2. Huiswerk bespreken.

Hoe ging het met de plannen maken. Heeft men zich eraan gehouden. Hoe was het de volgende dag, genoeg rust genomen? Helpt een planning maken bij het verdelen van de energie? Hoe ging het met hulp vragen. Wanneer hulp gevraagd en aan wie?

3. Psycho educatie. Voorlichting geven over doseren energie. Hoe verdeel ik een activiteit waarbij belasting en belastbaarheid op elkaar zijn afgestemd.

Ook het gevaar van over- en onderbelasten uitleggen. Met onderbelasten wordt bedoeld dat iemand na hersenletsel veel op bed gaat liggen en daardoor minder actief wordt. Met overbelasten wordt bedoeld dat iemand over zijn grenzen gaat doordat hij meer doet dan hij eigenlijk kan.



Uitleg figuur: de bovengrens is een teveel aan activiteiten (overbelasting). De ondergrens een te weinig aan activiteiten/passiviteit (onderbelasting). Door zoveel mogelijk tussen de onder- en bovengrens te blijven, met zo min mogelijk pieken en dalen, wordt het mogelijk om binnen de gegeven energiegrenzen het activiteitsniveau op te bouwen en eventueel iets uit te breiden. Inzicht en het gevoel van controle spelen een belangrijke rol.

4. 5 min. pauze.

5. Activiteit m.b.t. grenzen aangeven.

Spel met kegels. Twee teams tegenover elkaar. Middellijn afspreken. Op de achterlijn van elk team staan een aantal kegels. Het andere team probeert deze kegels om te gooien. Daarbij mag men niet over de middellijn gaan. Als er nog maar twee kegels bij een team staan, heeft het andere team gewonnen. De therapeut zorgt voor een rustmoment binnen deze activiteit. De cliënten moeten zelf hun grens bewaken en uit het spel stappen voordat ze in het rood komen (thermometer) en dus over hun grens gegaan zijn.

6. Evalueren activiteit.

7. Mindfulness oefening naar keuze. Doel: door het aanbieden van verschillende mindfulness oefeningen, kunnen de cliënten ervaren wat bij hen past en waar ze wat mee kunnen.

Andere mindfulness oefening aanbieden dan in bijeenkomst 4. Op bijvoorbeeld de website www.in-balans-met-onrust.blogspot.com/p/mindfulness-oefeningen.html zijn veel verschillende mindfulness oefeningen te vinden met verschillende aandachtsgebieden. Aan de hand hiervan kun je ook bepalen of de oefeningen staand, zittend of liggend gedaan worden, of er één of twee groepen gemaakt worden en welke therapeut de oefening begeleidt.

8. Evalueren mindfulness oefening.

Ook deze oefeningen zijn op cd te kopen/branden. Als cliënten hier baat bij hebben, kan dit eventueel aangeboden worden. Ook zijn er veel boeken te koop met daarin uitleg en oefeningen van mindfulness.

9. Huiswerk meegeven.

Minstens één keer in de week een mindfulness oefeningen toepassen thuis. Eventueel met hulp van cd/boek. Pas dit toe na een inspannende activiteit of bijvoorbeeld voor het slapen.

Bijeenkomst 6

Doelen: Doserer energie en strategieën hiervoor bedenken.

1. Welkom. *Korte terugblik vorige bijeenkomst en eventuele vragen beantwoorden.*

2. Huiswerk bespreken.

Hoe ging het uitvoeren van de mindfulnessoefening. Kunnen de cliënten er wat mee op de momenten dat ze rust moeten nemen?

3. Uitleg belang doseren energie en uitleg strategieën die hiervoor gebruikt kunnen worden.

Het belang van het doseren van energie is dat belasting en belastbaarheid op elkaar afgestemd worden. Door voldoende rust te nemen en het veranderde lijf te accepteren, kan men nog een heleboel doen. Het herkennen van lichaamssignalen, het gebruik van de thermometer en aan de hand daarvan grenzen aangeven, kunnen hulpmiddelen zijn bij het goed doseren van de energie. In de rustperiodes kunnen dus de ontspannings- en mindfulnessoefeningen gedaan worden.

4. Experimenteren met strategieën.

Activiteit: badminton. Er zijn twee velden waarop steeds twee cliënten tegen elkaar spelen. Het is de bedoeling dat de cliënten vooraf gaan bepalen welke strategieën ze toe gaan passen om hun energie te doseren. Voorbeelden van strategieën: na zoveel punten stoppen, na zoveel goede/foute shuttles stoppen, na zoveel minuten stoppen, na zo vaak slaan stoppen enz.

5. Evalueren toegepaste strategieën.

Werkten de strategieën? Welke strategieën pasten bij de cliënten? Genoeg rust gepakt?

6. 5 min. pauze.

7. Ontspannende groepsactiviteit doen.

In overleg met groep een activiteit doen die voor iedereen ontspannend is. Er kunnen ook taken verdeeld worden zoals scheidsrechter enz. Overleggen wat ontspanning biedt en of dit nog wel hetzelfde is als voor het hersenletsel.

8. Huiswerk meegeven.

Thuis oefenen met strategieën toepassen in dagelijkse activiteit om energie te doseren. Van te voren bedenken welke strategie toegepast gaat worden en daar ook aan houden. Ervaringen noteren en volgende keer meenemen.

Bijeenkomst 7

Doelen: Dosereren energie en strategieën toepassen trainen.

1. Welkom. *Korte terugblik vorige bijeenkomst en eventuele vragen beantwoorden.*

2. Huiswerk bespreken.

Ervaringen bespreken van het toepassen van strategieën in dagelijkse activiteiten. Wat heeft het opgeleverd? Genoeg rust genomen? Wat doet het op tijd stoppen met een activiteit met het energieniveau? Deze ervaringen worden in de hele groep besproken. Zo kunnen de cliënten ook van elkaar leren en elkaar eventueel vragen stellen.

3. Strategieën toepassen trainen in de groep.

Activiteit: groepsactiviteit. Voorbeelden: volleybal, voetbal, basketbal, tennis enz. Er wordt in twee teams gespeeld. Er wordt gezamenlijk met strategieën gewerkt. Therapeut noemt een strategie en deze wordt met reminder van de therapeut door het hele team uitgevoerd. Dus iedereen stopt bijvoorbeeld na een bepaald aantal punten. Er wordt gerust en de volgende strategie wordt getraind. Zo kunnen de cliënten nog een keer alle strategieën ervaren en bepalen welke het best bij ze passen. Verder in deze bijeenkomst zal er in tweetallen gewerkt worden aan het toepassen van de strategieën.

4. Evalueren activiteit.

5. 5 min. pauze.

6. Strategieën toepassen trainen in tweetallen.

In de groep vertelt elke cliënt welke strategie(en) het best bij hem/haar passen. Vervolgens worden er tweetallen gemaakt van cliënten die dezelfde strategieën het fijnst vinden. Deze tweetallen gaan een activiteit naar keuze doen en passen de strategieën toe. De therapeuten helpen hier waar nodig de cliënten aan herinneren.

7. Evalueren activiteit en toegepaste strategieën.

8. Huiswerk meegeven.

Thuis toepassen van strategieën in zoveel mogelijk dagelijkse activiteiten. Aan het begin van de dag een planning maken en daarbij variëren met inspannende activiteiten en rust.

Bijeenkomst 8

Doelen: Energie reguleren met zelf gemaakt plan en afsluiting/evaluatie module.

1. *Welkom. Korte terugblik vorige bijeenkomst en eventuele vragen beantwoorden.*

2. *Huiswerk bespreken.*

Hoe ging het maken van de planning en het toepassen van de strategieën. Wat levert het op? Helpt het met het omgaan met de beperkte belastbaarheid? Hebben de cliënten het gevoel dat ze er meer grip op hebben?

3. *Plan maken met strategie voor komende groepsactiviteit.*

Straks wordt er een groepsactiviteit gedaan waarbij strategieën worden toegepast zonder hulp van de therapeuten. De cliënten moeten dus een plan maken van hoe ze de strategieën toe gaan passen tijdens de vijftien minuten durende groepsactiviteit. Welke strategie passen ze toe, zijn ze hiervoor reminders nodig enz.

4. *5 min. pauze.*

5. *Groepsactiviteit*

Er wordt een groepsactiviteit gedaan, namelijk blind volleybal met strandbal. Dit betekent dat er twee teams gemaakt worden. Op het volleybalveld worden in het midden twee schermen gezet zodat de teams elkaar niet kunnen zien. Verder wordt er gespeeld met een strandbal. Het is de bedoeling dat de strandbal bij het andere team op de grond komt. Er mag alleen gebruik gemaakt worden van de handen. Alle cliënten hebben de opdracht om hun vooraf gemaakte plan uit te voeren. Bij elk team staat één therapeut aan de zijlijn om de stand in de gaten te houden. Ook houdt de therapeut in de gaten wanneer iemand de hand opsteekt. Dan wordt het spel namelijk stil gelegd en kan die cliënt zijn strategie toepassen en bijvoorbeeld even rust nemen. Dit is een goede oefening voor de cliënten omdat ze tijdens het spel en onder eventuele groepsdruk toch hun plan moeten uitvoeren om hun energie te doseren.

6. *Evalueren activiteit.*

7. *5 min. pauze.*

8. *Evalueren doelen.*

Zijn de individuele doelen die aan het begin van de module opgesteld waren, behaald? Op welke manier is eraan gewerkt en hoe kan wat nog niet behaald is, eventueel nog behaald worden?

9. *Evalueren/afsluiten module.*

Behandeld tijdens deze module omgaan met beperkte belastbaarheid:

- Bewust worden van lichaamssignalen. Het lichaam als informatiebron gebruiken.
- Herkennen en benoemen lichaamssignalen. Werken met de thermometer.
- Verschillende ontspannings- en mindfulnessoefeningen.
- Inschatten eigen mogelijkheden.
- Grenzen aangeven.
- Doseren energie. Hiervoor strategieën toepassen.

Heeft dit bijgedragen aan het omgaan met de beperkte belastbaarheid?

Zijn er nog vragen/aanvullingen/suggesties?

Afsluitend woordje. Bedanken revalidanten voor hun inzet.