

Grenzen verleggen

Oefentherapie bij neurologische aandoeningen

Bij alle neurologische aandoeningen ?

In principe is oefentherapie bij alle neurologische aandoeningen mogelijk ,alleen we zullen goed moeten kijken op welke manier het systeem in staat is te leren.

De door Ria in het eerste deel aangegeven regels zullen we in ons achterhoofd moeten houden als we oefentherapie op maat willen aan reiken.

En de richtlijnen zijn vrij duidelijk waar deze oefentherapie aan moet voldoen.

Een aantal elementen komt in alle richtlijnen steeds naar voren en hebben niveau 1 , hetgeen wil zeggen dat de werkgroep bewezen acht dat deze elementen noodzakelijk zijn om te komen tot een oefentherapie met effect.

Ook degeneratieve neurologische aandoeningen horen daarbij en dat is nieuw in de oefentherapie bij neurologische aandoeningen en daarmee worden grenzen verlegt.

Op de uitnodiging staat een tekening die in het roemrijke verleden ook grenzen heeft verlegd.

De aanpak van patiënt na een beroerte door de Bobath's en later volgens het NDT – concept met aan het roer Pat.Davies hebben grenzen verlegd in het denken en doen van de oefentherapie bij deze groep patiënten en elementen van hun therapie zullen altijd gebruikt blijven worden.

Dit omdat de praktische vaardigheden van deze en velen anderen we nog steeds kunnen gebruiken om volgens de nieuwste inzichten en richtlijnen te trainen.

De richtlijnen geven een aantal essentiële bestanddelen aan om oefentherapie ook grens verlegend te laten zijn. En met grens verlegend wordt ook bedoeld patiënten optimaal te trainen ook al leiden deze aan een degeneratieve aandoening. Daar geldt dat de oefentherapie zodanig moet zijn dat het activiteiten niveau zo hoog mogelijk blijft waardoor hun participatie optimaal blijft (I.C.F.)

Maar het geldt ook voor patiënten die na een revalidatie niet op dat activiteiten niveau komen waar we iedereen op zouden willen zien en die op een participatie – niveau blijven hangen dat hun kluistert aan een verpleeghuis. Ook nu is het mogelijk om door te trainen en gelden de regels voor motorisch leren (Ria Nijhuis) en het niveau 1 van de richtlijnen.

Duidelijk is in deze richtlijnen dat oefentherapie moet voldoen aan ;

- **Taakspecificiteit.** Daarmee wordt aangegeven dat we de activiteit die we willen trainen moet overeenkomen met deze taak. Er komt steeds meer evidentie dat dit niet alleen geldt voor spierversterking , coördinatie maar voor alle trainingen of het nu gaat om patiënten in een verpleeghuis of sporters op het veld. Dat wil niet zeggen dat alleen trainen van spieren geen zin heeft maar wel dat het spierversterken sec niet leidt tot een betere prestatie.
- **Intensiteit.** Zo duidelijk als bij spierversterking is dat nog niet. Duidelijk is dat als we meer tijd in de oefentherapie steken dat het resultaat beter is , maar intensiteit hoeft niet tijd gerelateerd te zijn. Als we een maximale inspanning geven zal de frequentie maar een paar maal kunnen zijn. Of deze maximale inspanning een positief effect heeft is nog niet duidelijk en ook niet duidelijk is het submaximale zodat we niet optimaal de herhaling kunnen vast stellen. Maar duidelijk is dat de training op een grens moet zitten en dus grensverlegend moet zijn.

- Herhaling en variatie , zijn twee essentiële onderdelen die direct een relatie hebben met de intensiteit en dus ook met de taakspecificiteit. Een vaak onderzochte training Sit- to- stand is de intensiteit te verhogen door vanaf een lagere stoel omhoog te komen maar daar staat steeds een herhaling bij en een variatie van oppervlakte , waarvan men opstaat.
- Context gebonden. Met andere woorden de belangrijkste elementen door het I.C.F. naar voren gebracht activiteiten en participatie zijn zeer belangrijk. Dus datgene was getraind / herleerd wordt moet toepasbaar zijn. In de training zal het vooral gaan om activiteiten die leiden tot een hogere participatie. Dus de taakspecifieke training moet vertaald worden naar het dagelijks gebeuren maar nooit op die intensiteit. De moeilijkheidsgraad van de taakspecifieke training kan nooit het niveau zijn van een context gebonden training omdat de omgevingsfactoren ook iets eisen van de capaciteit van de hersenen zeker bij neurologische en neurodegeneratieve aandoeningen. Dat eist dat de therapeut ook daar mee de regie voert en direct bezig is activiteiten in de training in de context.

Met deze elementen in ons achterhoofd moeten we dus een therapie vinden die hieraan voldoet.

Dat eist inzicht in de hulpvraag van de patiënt, maar ook analyse van wat hij /zij nog kan en waar eventueel verbeteringen mogelijk zijn.

Dat vraagt ook veel creativiteit om het getrainde te vertalen naar de context (en) waarmee wel het generaliseren verhoogd kan worden.

Wat , hoe en waarom

In het ochtend programma gaan we kijken naar een patiënten en analyseren we zijn bewegingsvermogen.

We kijken wat hij kan en hoe hij dat doet en analyseren waarom hij zo beweegt en waar eventueel nog mogelijkheden liggen om tegemoet te komen aan zijn hulpvraag. Vooral bij het waarom moeten we bij patiënten die al zo lang in de na –revalidatie zitten continu zoeken waar het alignment problemen heeft of gaat krijgen.

En dan blijkt dat eenzijdig bewegen leidt tot veranderingen in allerlei weefselsystemen die hun invloed weer gaan hebben op het functioneren dus op de activiteiten dus op de participatie. In de literatuur lijst twee artikelen waar zitten in de rolstoel en liggen op de rug voor een CVA - patiënt negatief kan werken.

Van de theorie naar praktijk

Hopend dat we genoeg ruimte hebben is het de bedoeling dat we gaan trainen of nadenken over trainingvormen.

Centraal staat;

- Taakspecifiek
- Intensiteit
- Herhaling
- Variatie
- Context gebonden

En dus creativiteit , en daarvoor hebben we elkaar nodig om tot een gerichte training te komen die een vertaling mogelijk maakt.

Literatuur

1. Optimale revalidatie al in gevaar op de eerste dag
Paul van Keeken en Jan van de Rakt
Keypoint 2007 nummer 1
2. Invloed van het 2 uur zitten in een rolstoel met een slappe zitting op het alignment van het aangedane been , aantal stappen en snelheid van het gaan bij een CVA – patiënt.
Jorien Schellebach, Niels Werkhoven en Jan van de Rakt
Keypoint 2005 nummer 1

Beide ook terug te vinden en te downloaden op de website
www.janvanderakt.nl

Jan van de Rakt
Fysiotherapeut en NDT docent IBITA
Verpleeghuis Waelwick
Schoolpad 1
6644 CP Ewijk