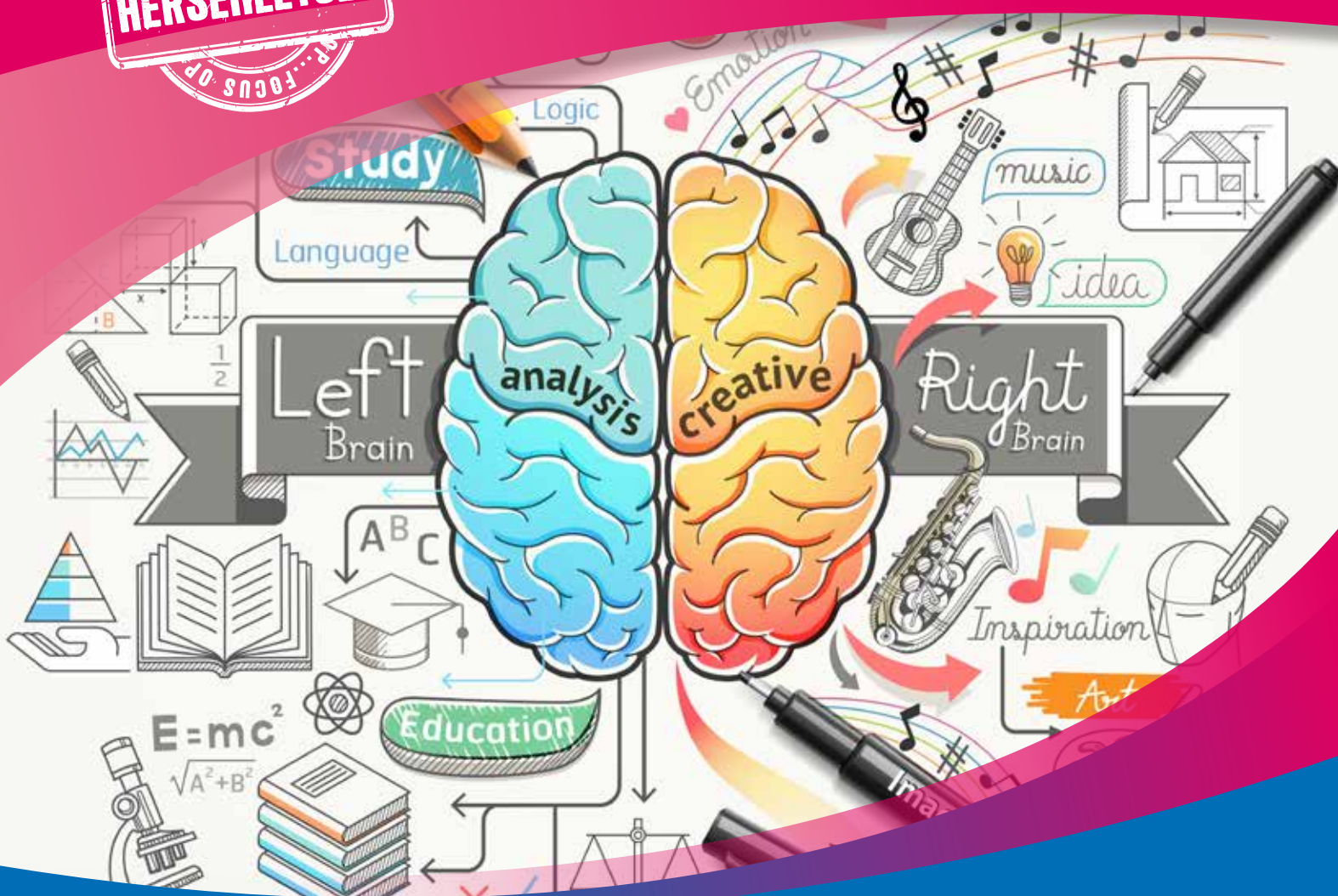


# NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR REVALIDATIE GENEESKUNDE



In dit nummer onder andere: > pagina 112 Ben je klaar voor de toekomst? > pagina 113 TOP-artikel Gert Kwakkel > pagina 124 Praktijkvariatie in CVA-revalidatie > pagina 129 Care4Stroke > pagina 131 Value Based Health Care in de revalidatie > pagina 134 Richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding > pagina 137 Richtlijn neuropsychiatrische gevolgen na NAH volwassenen > pagina 149 Fysiek Profiel

## In dit nummer

> **EDITORIAL** Ben je klaar voor de toekomst? ..... 112

### FOCUS OP HERSENLETSEL

> **TOP-ARTIKEL**

EXplaining PLastICITty after Stroke ..... 113

> **INTERVIEW**

'Samen beslissen over de behandeling levert doorgaans betere zorg op' ..... 117

> **SPOTLIGHT**

Aandacht gevraagd voor veerkracht ..... 120

> **PROEFSCHRIFT**

Visuospatieel neglect na beroerte: heterogeniteit, diagnose en behandeling ..... 122

> **INNOVATIE**

Praktijkvariatie in CVA-revalidatie ..... 124

Care4Stroke: de eerste ervaringen! ..... 129

> **ACTUEEL**

Value Based Health Care in de revalidatie: wat is de waarde van onze zorg? ... 131

De herziene richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding ..... 134

Richtlijn Diagnostiek en behandeling van neuropsychiatrische gevolgen na niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen ..... 137

VRA Werkgroep Hersenletsel in wording ..... 141

> **OPINIE**

Samenwerken en samen beslissen met ouders in de zorg voor kinderen met een beperking ..... 142

> **PROEFSCHRIFT**

Spiervoudingsvermogen van kinderen en jongeren met cerebrale parese... 145

Effecten van hamstringverlengende operaties bij kinderen met spastische parese ..... 147

> **ACTUEEL**

Fysiek Profiel - Fysieke testen en training binnen de revalidatie ..... 149

> **MEDISCH ONDERWIJS & OPLEIDING**

Etalagestage ..... 153

> **WETENSCHAP**

Promoties ..... 154

> **BOEKRECENSIE**

Revalidatie na een beenamputatie ..... 156

> **KERNGROEP**

Ben jij klaar voor de toekomst? ..... 158

> **INTERVIEW**

Hello Goodbye ..... 160

> **IN MEMORIAM**

Thessa Veenis 1970-2018 ..... 161

**Afbeelding omslag**

In dit nummer van NTR ligt de focus op *hersenletsel*. Een gecombineerde gastredactie vanuit de Werkgroep CVA Nederland (WCN) en de Werkgroep Traumatisch Hersenletsel (WTH) is voor dit themanummer aan de slag gegaan. U vindt in deze 'Focus op hersenletsel' dan ook artikelen op het gebied van zowel CVA als traumatisch hersenletsel. De gastredactie heeft tevens de mooie illustratie verzorgd die op de cover staat. Het geeft de complexiteit weer van de hersenen en benoemt welke hersenhelften waarvoor verantwoordelijk zijn. Samenwerking in de hersenen is wettelijk voor een goede output. Wat een sterke vergelijking met de samenwerking tussen de beide werkgroepen! Lees meer over de samenwerking op pagina 141.

## COLOFON

Nederlands Tijdschrift voor Revalidatie-geneeskunde (NTR)  
Netherlands Journal of Rehabilitation Medicine

Het NTR is een mededelingen- en informatie-periodiek van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA).

**Redactieraad**

Drs. Mattijs Alsem  
Prof. dr. Coen van Bennekom  
Dr. Hans Bussmann  
Dr. Anke Meester-Delver  
Hans Groen  
Dr. Janneke Haisma  
Drs. Ilse Halma  
Drs. Esther Jacobs  
Dr. Ron Meijer  
Prof. dr. Clemens Rommers  
Prof. dr. Anne Visser-Meily

**Hoofdredacteur**

Dr. Casper van Koppenhagen

**Eindredacteur**

Heidi Wals

**Illustratie omslag**

A. Hertogh

**Redactieadres**

Redactiesecretariaat t.a.v. Heidi Wals  
Nederlandse Vereniging voor  
Revalidatieartsen (VRA)  
Postbus 9696  
3506 GR Utrecht  
Tel: (030) 273 96 96  
E-mail: ntr@revalidatiegeneeskunde.nl

**Uitgever, advertenties en abonnementen**

dchg medische communicatie  
Zandvoortselaan 53  
2106 CJ Heemstede  
Tel. (023) 551 48 88  
www.dchg.nl  
E-mail: info@dchg.nl

**Opmaak**

dchg medische communicatie, Heemstede

**Abonnement**

Standaard € 125,- per jaar  
Buitenland € 190,- per jaar  
Schriftelijke opzegging ten minste 4 weken voor het eind van de termijn. Het NTR verschijnt vijfmaal per jaar.

**Inzending kopij**

Per e-mail met attachments.

**Accreditatie**

Er worden accreditatiepunten toegekend voor een wetenschappelijke publicatie in NTR. Zie [www.revalidatiegeneeskunde.nl/nederlands-tijdschrift-voor-revalidatie-geneeskunde](http://www.revalidatiegeneeskunde.nl/nederlands-tijdschrift-voor-revalidatie-geneeskunde) voor meer info.

**Richtlijnen voor auteurs**

Deze richtlijnen zijn te downloaden op [www.revalidatiegeneeskunde.nl](http://www.revalidatiegeneeskunde.nl)

**Versijning**

Februari, april, juni, september en december

Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen zonder toestemming van de uitgever of de hoofdredacteur. De uitgever is niet aansprakelijk voor de inhoud van deze uitgave.

40e jaargang nummer 3

ISSN 2211-3665

Wetenschappelijk onderzoek is een belangrijk onderdeel van de revalidatiegeneeskunde, en onderzoeksresultaten dragen bij aan het verbeteren van het revalidatiegeneeskundig handelen. Veel relevant en goed nationaal onderzoek blijft echter verborgen voor Nederlandse revalidatieartsen, omdat dit wordt gepubliceerd in diverse internationale tijdschriften. Met dit in het achterhoofd heeft de redactie van het *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde (NTR)* de hoogleraren in het vakgebied benaderd met het verzoek om een artikel dat om redenen van kwaliteit en/of relevantie als 'topper' wordt beschouwd om te zetten naar een Nederlandstalig artikel voor het NTR. Hierbij is specifieke aandacht gevraagd voor de klinische relevantie. In dit nummer het TOP-artikel van prof. dr. Gert Kwakkel, dat speciaal voor dit NTR-themanummer over hersenletsel is geschreven.

## TOP-artikel van prof. dr. Gert Kwakkel

# EXplaining PLastICITty after Stroke

G. Kwakkel

**EXPLICIT-stroke, wat staat voor EXplaining PLastICITy after Stroke, is een door ZonMw gesubsidieerd onderzoeksprogramma dat van 2008 tot en met 2015 heeft gelopen.<sup>1</sup> In dit gestratificeerde, enkelblinde, gerandomiseerde multicenter onderzoek werden de effecten van het vroegtijdig starten van arm-handvaardigheidstraining met een gemodificeerde vorm van *constraint-induced movement therapy (mCIMT)* onderzocht.**

Patiënten (n = 58) die in de eerste dagen willekeurige pols- en vingerextensie hadden, werden binnen tien dagen na een beroerte geloot voor drie weken intensieve, dagelijkse mCIMT van één uur lang of voor de reguliere zorg volgens de behandelrichtlijnen. De groep die bij aanvang geen willekeurige vinger- en pols-extensie hadden (N = 101) werden geloot voor dagelijks één uur EMG-gestuurde Neuromusculaire Electrostimulatie (EMG-NMS) gedurende drie weken, of voor de reguliere zorg volgens de behandelrichtlijnen. In dit multicenter onderzoek waren vier academisch medische centra (Leiden UMC, Radboudumc, UMC Utrecht en VU medisch centrum), de Technische Universiteit Delft (TU Delft), zes revalidatiecentra en een veelvoud aan verpleeghuizen betrokken. mCIMT therapie gestart binnen de eerste dagen na een beroerte bleek significant effectiever te zijn dan de 'reguliere' behandeling, met klinisch relevante verschillen voor wat betreft herstel van arm-handvaardigheid (10% verschil op de Action Research Arm test (ARAT) over de eerste drie maanden na een beroerte). Bovendien bleken deze effecten ook te generaliseren naar een betere, zelfgerapporteerde kwaliteit van leven volgens de *Stroke Impact Scale (SIS)*-hand

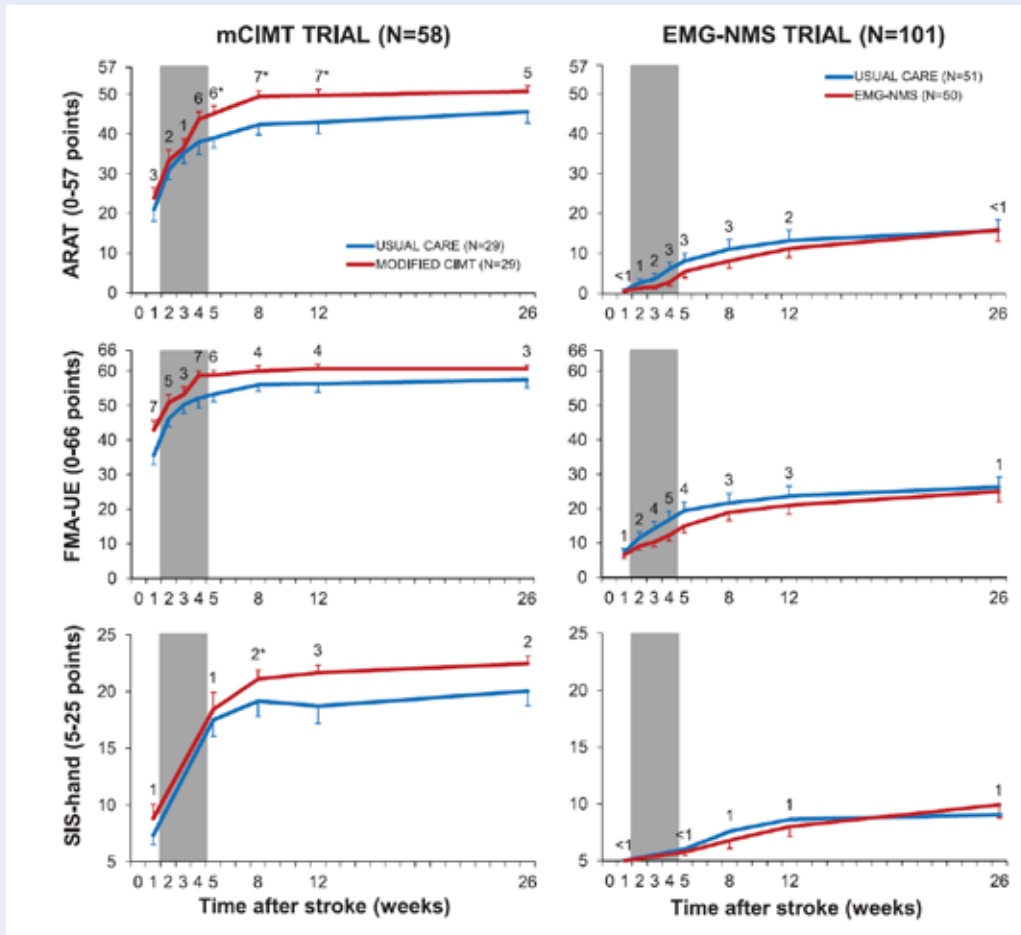
domein). Zes maanden na de beroerte waren de verschillen genivelleerd. Het EMG-NMS-onderzoek naar het terugwinnen van pols- en vingerextensie liet geen differentiële effecten zien ten opzichte van de reguliere behandeling. Wel bleek, ongeacht type interventie, 42% van de patiënten met aanvankelijk



### Waarom dit als TOP-artikel?

Mijn keuze om als topartikel voor het EXPLICIT-stroke-onderzoek te kiezen is tweeledig. Enerzijds om het onderzoeksdesign,<sup>3</sup> waarbij patiënten eerst werden gestratificeerd op basis van hun functionele prognose (dat wil zeggen aanwezigheid van vingerextensie) met acht herhaalde metingen in de tijd. Anderzijds om het multidisciplinaire karakter van het onderzoek, waarbij de samenwerking is gezocht tussen specialisten op gebied van neurorevalidatie met die op gebied van neuro-imaging, neuromechanica en bewegingssturing. Beide genoemde elementen hebben het EXPLICIT-stroke programma een sterk translationeel karakter gegeven met inmiddels meer dan 30 wetenschappelijke publicaties in toonaangevende tijdschriften en zeven promovendi, waarvan twee in hun afrondingsfase zitten.

Prof. dr. G. (Gert) Kwakkel, hoogleraar neurorevalidatie, VU medisch centrum Amsterdam en hoofd onderzoek cluster Neurorevalidatie, revalidatiecentrum Reade Amsterdam



Figuur 1. Gemiddelde (SEM) herstelpatronen op de ARAT, FMA-UE en SIS-Hand gedurende drie weken mCIMT dan wel drie weken EMG-NMS-therapie, startend acht dagen na een beroerte. De rode lijn betreft de gemiddelde waarde van interventiegroep (met de medianen boven de tijdmomenten). De blauwe lijn representeert het gemiddelde voor de usual care-groep die volgens de gangbare behandelrichtlijnen werd behandeld.

geen willekeurige vingerextensiefunctie, spontaan te verbeteren. In meer dan 90% van de gevallen vond dit spontane herstel binnen de eerste acht weken na een beroerte plaats (figuur 1).<sup>2</sup> Ernst van parese van het been, somatosensorische stoornissen en visuo-spatieel neglect waren sterk voorspellende factoren hierin.

#### DE KRACHT VAN KIJKEN NAAR HERSTELPROFIELEN

In het EXPLICIT-stroke programma werden patiënten acht keer over de eerste zes maanden gemeten. In de eerste vijf weken wekelijks, vervolgens op acht, 12 en 26 weken na ontstaan van de beroerte. Hiermee had het onderzoek meer nauwkeurigheid om verschillen tussen groepen aan te tonen dan gebruikelijk bij trials waarbij alleen na het beëindigen van de interventie gemeten wordt. Een ander belangrijk voordeel van het monitoren van verandering was dat met de verkregen herstelprofielen men veel beter inzicht kreeg op de factoren die van invloed waren op het herstel. Juist door samenwerking te zoeken met andere specialisten zoals bio-engineers (TU-Delft, VUmc en LUMC), neuro-imaging (UMC Utrecht en LUMC) en de

klinische neurofysiologie (Radboudumc) stelde het EXPLICIT-stroke design ons in staat om beter zicht te verkrijgen op de achterliggende herstelmechanismen die verantwoordelijk waren voor de functionele prognose (promoties Rinske Nijland en Caroline Winters; VUmc).<sup>2</sup> Vooral de longitudinale koppeling tussen enerzijds klinische uitkomstmaten met anderzijds kinematische parameters die iets zeggen over kwaliteit van bewegingssturing (promotie Joost van Kordelaar; VUmc),<sup>4</sup> de longitudinale verandering in bewegingsstijfheid (promoties Asbjørn Klomp; TU Delft en Hanneke van der Krogt; LUMC),<sup>5,6</sup> het belang van integriteit van het corticospinale baansysteem (promotie Chantal Bakker) en de dynamische verandering in hersenactiviteit gemeten met fMRI (promotie Floor Buma; UMC Utrecht)<sup>7</sup> hebben veel nieuwe inzichten gegeven hoe en vooral bij wie veranderingen in de eerste zes maanden na een beroerte tot stand komen.

#### LEREN VAN VERANDERING

Door te kijken naar herstelpatronen in plaats van louter uitkomsten gemeten op één arbitrair gekozen

moment was men beter in staat om de factoren te onderzoeken die gerelateerd waren aan het effect van de mCIMT-trial. Conform meta-analyse naar mCIMT toegepast in de eerste drie maanden na een beroerte<sup>8</sup> lijken vaardigheden tot stand te komen doordat patiënten steeds beter hebben leren om te gaan met de aanwezige stoornissen (gedragmatige substitutie of compensatie) en dat interactie-effecten met het terugwinnen van neurologische functies (gedragmatige restitutie) nog niet is aangetoond.<sup>7</sup> Kennelijk ook niet wanneer mCIMT in de eerste acht dagen na een beroerte wordt gestart, ondanks het gegeven dat het brein in deze subacute fase een verhoogde mate van hersenplasticiteit vertoont.<sup>9</sup> Analoog hieraan laat kinematisch onderzoek naar reik- en grijpbewegingen zien dat de kwaliteit van bewegingssturing en controle over het onafhankelijk aansturen van romp, schouder, elleboog en hand tijdens het reiken voornamelijk in de periode van spontaan neurologisch herstel vrijwel alleen binnen de eerste acht weken significant verbetert.<sup>5</sup> Een identiek tijdsraam van herstel is terug te zien bij het bestuderen van bewegingssynergiën gemeten met de Fugl-Meyer-armscore (motorisch deel) en herstel van visuo-spatieel neglect.<sup>10</sup>

#### BETEKENIS VAN HET EXPLICIT-STROKE PROGRAMMA VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Mede gevoed door alle neutrale pragmatische fase III- en fase IV-trials in de laatste 10 jaar, heeft het EXPLICIT-programma aanleiding gegeven tot de oprichting van een *Stroke Recovery and Rehabilitation Research* (SRRR) groep die na een jaarlange voorbereiding voor het eerst tijdens het *World Congress NeuroRehabilitation* (WCNR) in Philadelphia in 2016 bij elkaar kwam.<sup>11</sup> Er waren vragen zoals: Hoe moeten we revalidatie effectonderzoek dat start vlak na een beroerte in de komende jaren beter gaan inrichten?<sup>12</sup> Welke uitkomstmaten hebben mondiaal de voorkeur om neurorevalidatie trials straks beter met elkaar vergelijkbaar te krijgen?<sup>13</sup> Wat verstaan wij onder 'herstel' en welke tijdsfaseringen kunnen wij in de eerste maanden na een beroerte onderscheiden?<sup>12</sup> Wat kunnen wij van de veelal positieve dierexperimentele trials leren en hoe krijgen wij deze beter in lijn met trials uitgevoerd bij mensen? Hoe kunnen wij in de toekomst herstel van neurologische functies (gedragmatige restitutie) beter van gedragmatige substitutie (of compensatie) onderscheiden?<sup>12,13</sup> Welke biomechanische parameters zijn hiertoe in staat bij de bovenste en onderste extremiteit?<sup>12</sup> Wie herstelt spontaan neurologisch na een beroerte en wie niet?<sup>14,15</sup> Zijn deze patiënten straks ook prospectief te fenotyperen?<sup>14,15</sup> Hoe kunnen wij interventies straks beter rapporteren zodat de interventie ook zijn te repliceren?<sup>16</sup> Een aanzet tot het beantwoor-

den van deze vragen en agendering van toekomstig onderzoek zijn in een vijftal consensus papers terug te vinden (zie <http://journals.sagepub.com/page/wso/srrr>).

Het spreekt voor zich dat de neurorevalidatie na een beroerte nog een lange weg heeft te gaan en gezocht moet worden naar een *game-changer* met meer kansrijke onderzoekdesigns, grotere behandelcontrasten en betere uitkomstmaten die dichter liggen bij de biologische werking van de interventie zelf. De SRRR taskforce, zal in oktober 2018 tijdens het *World Stroke Conference* in Montreal haar taak (consensus) gaan voortzetten. Inmiddels heeft dit initiatief ook de aandacht gekregen van onderzoekers bij andere diagnosegroepen binnen de neurorevalidatie, zoals in geval van patiënten met Multiple Sclerose<sup>17</sup> waar veel van deze fundamentele vragen ook spelen.<sup>18</sup>

#### REFERENTIES:

1. Kwakkel G, Winters C, Wegen EE van, Nijland RH, Kuijk AA van, Meskers CG, et al. EXPLICIT-Stroke Consortium. Effects of Unilateral Upper Limb Training in Two Distinct Prognostic Groups Early After Stroke: The EXPLICIT Stroke Randomized Clinical Trial. *Neurorehabil Neural Repair* 2016;30:804-16.
2. Winters C, Kwakkel G, Nijland R, Wegen E van. EXPLICIT-stroke consortium. When Does Return of Voluntary Finger Extension Occur Post-Stroke? A Prospective Cohort Study. *PLoS One* 2016;11:e0160528.
3. Winters C, Heymans MW, Wegen EE van, Kwakkel G. How to design clinical rehabilitation trials for the upper paretic limb early post stroke? *Trials* 2016;17:468.
4. Kordelaar J van, Wegen EE van, Nijland RH, Daffertshofer A, Kwakkel G. Understanding adaptive motor control of the paretic upper limb early poststroke: the EXPLICIT-stroke program. *Neurorehabil Neural Repair* 2013;27:854-63.
5. Klomp A, Groot JH de, Vlucht E de, Meskers CG, Arendzen JH, Helm FC van der. Perturbation amplitude affects linearly estimated neuromechanical wrist joint properties. *IEEE Trans Biomed Eng* 2014;61:1005-14.
6. Krogt H van der, Klomp A, Groot JH de, Vlucht E de, Helm FC van der, Meskers CG, Arendzen JH. Comprehensive neuromechanical assessment in stroke patients: reliability and responsiveness of a protocol to measure neural and non-neural wrist properties. *J Neuroeng Rehabil* 2015;12:28.
7. Buma FE, Kordelaar J van, Raemaekers M, Wegen EEH van, Ramsey NF, Kwakkel G. Brain activation is related to smoothness of upper limb movements after stroke. *Exp Brain Res* 2016;234:2077-89.
8. Kwakkel G, Veerbeek JM, Wegen EE van, Wolf SL. Constraint-induced movement therapy after stroke. *Lancet Neurol* 2015;14:224-34. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70160-7.
9. Murphy TH, Corbett D. Plasticity during stroke reco-

- very: from synapse to behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2009;10:861-72.
10. Winters C, Wegen EE van, Daffertshofer A, Kwakkel G. Generalizability of the Maximum Proportional Recovery Rule to Visuospatial Neglect Early Poststroke Neurorehabil Neural Repair 2017;31:334-42.
  11. Bernhardt J, Borschmann K, Boyd L, Carmichael ST, Corbett D, Cramer SC, Hoffmann T, Kwakkel G, Savitz S, Saposnik G, Walker M, Ward N. Moving Rehabilitation Research Forward: Developing Consensus Statements for Rehabilitation and Recovery Research. *Neurorehabil Neural Repair* 2017;31:694-8.
  12. Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, Ward NS, Wolf SL, Borschmann K, Krakauer JW, Boyd LA, Carmichael ST, Corbett D, Cramer SC. Agreed Definitions and a Shared Vision for New Standards in Stroke Recovery Research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable Taskforce. *Neurorehabil Neural Repair* 2017;31:793-9.
  13. Kwakkel G, Lannin NA, Borschmann K, English C, Ali M, Churilov L, Saposnik G, Winstein C, Wegen EEH van, Wolf SL, Krakauer JW, Bernhardt J. Standardized Measurement of Sensorimotor Recovery in Stroke Trials: Consensus-Based Core Recommendations from the Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable. *Neurorehabil Neural Repair* 2017;31:784-92.
  14. Boyd LA, Hayward KS, Ward NS, Stinear CM, Rosso C, Fisher RJ, Carter AR, Leff AP, Copland DA, Carey LM, Cohen LG, Basso DM, Maguire JM, Cramer SC. Biomarkers of Stroke Recovery: Consensus-Based Core Recommendations from the Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable. *Neurorehabil Neural Repair* 2017;31:864-76.
  15. Ward NS. Restoring brain function after stroke - bridging the gap between animals and humans. *Nat Rev Neurol* 2017;13:244-55.
  16. Walker MF, Hoffmann TC, Brady MC, Dean CM, Eng JJ, Farin AJ, Felix C, Forster A, Langhorne P, Lynch EA, Radford KA, Sunnerhagen KS, Watkins CL. Improving the Development, Monitoring and Reporting of Stroke Rehabilitation Research: Consensus-Based Core Recommendations from the Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable. *Neurorehabil Neural Repair* 2017;31:877-84.
  17. Motl RW, Sandroff BM, Kwakkel G, Dalgas U, Feinstein A, Heesen C, Feys P, Thompson AJ. Exercise in patients with multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2017;16:848-56.
  18. Ploughman M. A new era of multiple sclerosis rehabilitation: lessons from stroke. *Lancet Neurol* 2017;16:768-9.

## Interview met revalidatiearts Daniëlle de Wit en fysiotherapeut Cor Sier

# 'Samen beslissen over de behandeling levert doorgaans betere zorg op'

A. Meester-Delver

In juli 2017 startte het project *Samen beslissen in de CVA revalidatie*. Dit is een samenwerking tussen het Kennisnetwerk CVA Nederland, Revalidatie Nederland, de VRA, Hersenletsel.nl (de patiëntenvereniging voor mensen met NAH) en de kaderartsen HVZ (hart- en vaatziekten). Het project wordt gefinancierd door Zorginstituut Nederland (ZiN) en heeft een looptijd van één jaar, dus het wordt in juni 2018 afgerond. Een goede reden dus om in het kader van deze *Focus op hersenletsel* een interview te houden met twee bevlogen ambassadeurs van dit project: Daniëlle de Wit en Cor Sier.

### Wat is 'Samen beslissen' precies?

'Samen beslissen (*shared decision making*) houdt in dat de patiënt en de zorgverlener samen tot de best passende beslissing komen over diagnostisch onderzoek en behandeling. Het gaat om echt gedeelde besluitvorming in elke stap van het zorgproces. *Samen beslissen* is vooral essentieel bij beslissingen waarbij meerdere min of meer gelijkwaardige opties voor diagnostisch onderzoek of behandeling mogelijk zijn. De persoonlijke waarden, opvattingen en visie op kwaliteit van leven van de patiënt - en zijn naasten - spelen dan een grote rol bij het wikken en wegen over de best passende beslissing.'

### Is dat niet wat we in de revalidatiegeneeskunde eigenlijk al doen? Zorgverleners leveren toch per definitie patiëntgerichte zorg?

'Natuurlijk houden zorgverleners rekening met omgevingsfactoren, geen twee patiënten zijn hetzelfde. Iedereen heeft zijn eigen doelen, behoeften en problemen. Maar dat betekent nog niet er ook daadwerkelijk sprake is van samen beslissen of gedeelde besluitvorming over de behandeling. Soms gaat het eigenlijk meer om het verkrijgen van instemming van de patiënt met het behandeladvies van de zorgverlener.'

**Daniëlle de Wit** is revalidatiearts, verbonden aan Rijndam Revalidatie, locatie Franciscus Gasthuis. Zij is werkzaam binnen de medisch specialistische volwassenenrevalidatie en heeft als subspecialisme de neurorevalidatie met extra aandacht voor spasticiteitsproblematiek en loopfunctiestoornissen bij centraal neurologische aandoeningen. Verder is zij lid van de diagnosegebonden werkgroep CVA Nederland (WCN) van de VRA en bestuurslid van de Vereniging Medische Staf Rijndam.

**Cor Sier** is vanuit zijn achtergrond als fysiotherapeut/oefentherapeut bij centraal neurologische aandoeningen initiator en een van de kartrekkers van het Eerstelijns CVA-Netwerk Rotterdam (ECNR). Naast zijn voorzitterschap van het ECNR zit hij in het dagelijks bestuur van de Rotterdam Stroke Service en is hij betrokken bij verschillende CVA-projecten binnen Rotterdam. Naast CVA-gerelateerde werkzaamheden is hij betrokken bij projecten en overleggen die zich richten op zorginnovatie in de eerste lijn. Hij is praktijkhouder bij Praktijk Zuiderterras Rotterdam.

### Waarin zit dan het verschil?

'Samen beslissen is een nieuwe manier van besluitvorming. Het is een proces dat bestaat uit de volgende stappen (Stiggelhout e.a., 2015):

- Stap 0: Voorbereiding, de kenmerken van de patiënt weten.
- Stap 1: Aangeven dat er meerdere opties zijn. Wat voor de patiënt belangrijk is, bepaalt wat het beste is. Samen op zoek gaan naar de oplossing.
- Stap 2: Opties op een rijtje zetten, wat zijn de voor- en nadelen van de opties?
- Stap 3: Voorkeuren van de patiënt over de opties en de voor- en nadelen. Vraag bij de patiënt door wat hij of zijn belangrijk vindt in het leven; wat zijn zorgen bij deze opties, verwachtingen, voorkeuren?
- Stap 4: Beslissing nemen.

- Stap 5: De zorgverlener en de patiënt kijken terug op de beslissing.

Deze stappen kunnen gezet worden in een of meerdere gesprekken tussen de zorgverlener en de patiënt. Tussen de stappen mag een time-out ingelast worden zodat de patiënt bedenktijd krijgt.

De stappen zijn ontwikkeld uit de *3 goede vragen*, een initiatief van de Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten (FMS):

1. Wat zijn mijn mogelijkheden?
2. Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden?
3. Wat betekent dat in mijn situatie?

#### *Wat was de reden om een dergelijk project te starten?*

'*Samen beslissen* krijgt de laatste tijd veel aandacht. Het is een belangrijk thema voor patiëntenorganisaties, medische beroepsverenigingen, en ook voor wetenschap, overheid en zorgverzekeraars. Het is eigenlijk een logisch vervolg op het huidige politieke klimaat waarin van de patiënt steeds meer mondigheid wordt verwacht. De patiënten moeten meer eigen regie nemen en zelf beslissen over complexe vraagstukken. Daar hoort dan natuurlijk bij dat er een keuzehulp wordt ontwikkeld voor zowel patiënt als zorgverlener.

De door de politiek ingezette lijn werd voor de gezondheidszorg uitgewerkt door de Federatie Medisch Specialisten onder andere in het visiedocument van de FMS *De Medisch Specialist 2025*. Het is de bedoeling



*Fysiotherapeut Cor Sier in gesprek met revalidatiearts Daniëlle de Wit.*

Deze regionale teams vervullen een belangrijke rol bij de implementatie van *Samen beslissen*: reflectie op de bestaande praktijk, uitwerken van een veranderplan en implementatie van de beoogde veranderingen. Een team bestaat uit diverse professionals uit de regionale CVA zorgketen en een patiëntvertegenwoordiger. De teams worden door het projectteam ondersteund bij de implementatie. Ook is er een digitale leeromgeving waarin uitwisseling tussen teams kan plaatsvinden en zijn er landelijke bijeenkomsten.

De vijf regionale teams hebben allemaal drie 'voorkeursgevoelige situaties' (situaties die geschikt zijn

## *'De patiënten moeten meer eigen regie nemen en zelf beslissen over complexe vraagstukken'*

ling dat deze werkwijze zich als een olievlek uitbreidt in Nederland en ook voor allerlei andere diagnosegroepen toegepast gaat worden.'

#### *Hoe heeft het werkveld deze nieuwe werkwijze geïntroduceerd in de dagelijkse praktijk?*

'Vanuit het Kennisnetwerk CVA Nederland en de al eerdergenoemde samenwerkingspartners is een pilot gestart. Dr. ir. Helene Voogdt, adviseur Encorps/voorzitter Kennisnetwerk CVA NL, is projectleider en er is een projectgroep geformeerd. In juni 2016 publiceerde het NTR een artikel over dit project: *Samen beslissen: keuzehulp bij CVA/NAH* door H.R. Voogdt, H. van Veenendaal, L. van der Dussen, S. Benjaminsen. Vervolgens heeft deze projectgroep vijf pilotteams opgericht in Alkmaar/Den Helder, Zuid-Holland Noord, Rotterdam, Almere en Zwolle.

om *Samen beslissen* op toe te passen) gekozen waar ze mee aan de slag zijn gegaan. Bij allemaal hebben deze betrekking op behandeling of training in de periode van zes weken na CVA tot drie maanden na ontslag. Per regio wordt dat aangevuld met bijvoorbeeld: op welk moment gaat de patiënt weer terug naar de eerste lijn en voor welke behandeling en behandellocatie (thuis, revalidatiecentrum, verpleeghuis) wordt gekozen, wat zijn behandel mogelijkheden van de bovenste extremiteiten en wat zijn behandel mogelijkheden voor loopproblemen. Aanvullend wordt op een rijtje gezet welke professionals bij deze keuzes en behandelingen zijn betrokken. Denk aan fysiotherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, revalidatieartsen, huisartsen, logopedisten. Vanuit de projectgroep is een digitale leeromgeving opgezet, waarin een e-learning opgenomen is en nog allerlei



## &gt; INTERVIEW

instructiemateriaal en andere tools, die men kan gebruiken. De teams hebben allemaal werkkaarten gemaakt van de voorkeursgevoelige situaties die zij hebben uitgekozen. Aan de hand van die werkkaarten worden de *Samen beslissen* gesprekken met de patiënt gevoerd. Op die werkkaarten zijn de behandelingen die eventueel in aanmerking komen en de voor- en nadelen uitgewerkt, samen met mogelijk aspecten die een rol kunnen spelen bij de voorkeuren van de patiënt.'

*Dat lijkt me erg arbeidsintensief! Hoe is het om in de praktijk om zo te werken?*

'Ja, arbeidsintensief is het wel. Zeker in het begin als je nog niet gewend bent aan deze werkwijze. Aan de andere kant levert het ook weer tijdwinst op, omdat je gericht bezig bent te zoeken naar de opties die voor de specifieke patiënt ook het best passend zijn. In de praktijk maken patiënten soms verrassende keuzes die je zelf niet direct bedacht zou hebben. Een patiënt kiest bijvoorbeeld al direct voor een operatieve behandeling en niet eerst voor een conservatieve benadering terwijl je als zorgverlener dat niet in eerste instantie geadviseerd zou hebben gezien

*Hoe valt dit te combineren met de behandelmodules, die nu ook overal worden ingevoerd?*

'Dat is geen probleem. De uitvoering van de behandeling kan gewoon in behandelmodules worden aangevraagd. Het gaat om de indicatiestelling zoals best passend bij de patiënt. De uitvoering past binnen dat kader.'

*Zou je deze werkwijze aanbevelen bij collega's?*

'Ja, zeker. We hopen echt dat alle zorgverleners daar waar mogelijk deze werkwijze gaan toepassen. De betrokkenheid van de patiënt is duidelijk beter. Als de therapietrouw verbetert en de patiënt echt gemotiveerd is en zijn doelen wil halen, is dat natuurlijk veel beter voor zowel patiënt, zorgverlener als de omgeving van de patiënt.'

*Is het project wat jullie betreft geslaagd?*

'Ja, deze pilot was heel zinvol, maar loopt af in juni. Het is de vraag wat er dan gebeurt. Er is geen vervolg gepland. Dus het is de vraag of het werkveld dit oppakt of dat er weer nieuwe ontwikkelingen komen waar iedereen dan weer energie in gaat steken. Je ziet vaak, dat als een project is afgelopen en de ver-

## *Goed geïnformeerde en betrokken patiënten werken beter mee aan hun behandeling en zijn na afloop vaker tevreden zijn over de zorg'*

de belasting voor de patiënt. Maar de patiënt kan dat anders beleven. Natuurlijk blijven overigens indicaties en contra-indicaties gewoon voorop staan.'

*Zijn er al resultaten bekend?*

'*Samen beslissen* over de behandeling levert doorgaans betere zorg op. Uit onderzoek is gebleken dat goed geïnformeerde en betrokken patiënten beter meewerken aan hun behandeling en dat zij na afloop vaker tevreden zijn over de zorg. Ook geeft het zorgverleners meer voldoening om passende zorg te leveren. In de dagelijkse praktijk betekent samen beslissen een verandering van de consultvoering: zorgverleners bieden meer ruimte aan de patiënt, benoemen bewust en waardevrij alle opties voor behandeling en verdiepen zich meer in de leefwereld van de patiënt (en zijn omgeving).'

*Zijn er ook nadelen?*

'Soms merken we wel eens dat de patiënt een keuze maakt die wij eigenlijk medisch-inhoudelijk zouden afraden, alhoewel niet direct gecontra-indiceerd. Maar als de patiënt daarvoor kiest en goed geïnformeerd is, moet je als behandelaar ook accepteren dat de patiënt soms andere keuzes maakt. Dat is wel eens moeilijk.'

dere implementatie is niet geborgd, dat er dan weer iets anders komt en de belangstelling verflauwt. Het kost best wel veel energie om het *Samen beslissen* ook daadwerkelijk te gaan doen, omdat het in eerste instantie behoorlijk arbeidsintensief is. Dus je kunt pas zeggen of dit project geslaagd is als het werkveld het ook echt in de dagelijkse praktijk gaat toepassen en het *common practice* wordt. En dat is het zeker nog niet. Het zou eigenlijk wijdverbreid moeten worden, ook bij andere diagnosegroepen.'

*Wat willen jullie bereiken met dit interview?*

'Ons doel is meer bekendheid te geven aan dit project. Wij zijn enthousiast, maar het uitdragen van het principe van *Samen beslissen* is een moeizaam proces. Er is nog veel onbekendheid over het project, daarom willen we onder andere door deze en eerdere publicaties in NTR meer mensen op de hoogte brengen van waar we mee bezig zijn.'

*Als collega's ermee aan de slag willen, waar kunnen ze dan terecht?*

'Mensen kunnen voor meer informatie terecht op de site van het kennisnetwerk CVA Nederland ([www.kennisnetwerkCVA.nl](http://www.kennisnetwerkCVA.nl)) en ze mogen natuurlijk met ons contact opnemen.'

# Aandacht gevraagd voor veerkracht

J.M.A. (Anne) Visser-Meily, W.M. (Wijnand) Scheepstra, L. (Linda) Valk-Kleibeuker

## WAAROM DIT ONDERZOEK?

Van oudsher was de focus van onderzoek door revalidatieprofessionals gericht op ziekte, persoonlijke en omgevingsfactoren die slechte uitkomsten voorspelden. Recent is de focus verlegd naar factoren die positieve uitkomsten voorspellen. Het vermogen om je aan te passen na tegenslagen, ziekte en trauma wordt veerkracht genoemd, in het Engels *resilience*. De definitie van *resilience* is *the ability to bounce back from difficult experiences such as tragedies, threats, relationship problems and illnesses*. Welke rol veerkracht speelt in de revalidatiezorg voor mensen met hersenletsel is nog onduidelijk.

## WAT IS DE ONDERZOEKSVRAAG?

Het doel van het artikel was een overzicht te geven van de literatuur over onderzoek naar veerkracht bij volwassenen met hersenletsel; hoe kun je veerkracht meten, interventies om veerkracht te verbeteren en praktische aanbevelingen om veerkracht meer te integreren in de revalidatiebehandeling.

## HOE WERD DIT ONDERZOEKT?

Er vond een search plaats met de zoektermen '*resilience*' en '*TBI (traumatic brain injury) and concussion*'. Daarnaast zochten de auteurs naar artikelen die gerelateerd waren aan veerkracht zoals '*benefit finding, external and internal locus of control, mastery, optimism, self-efficacy and self-esteem*' en '*vulnerability*' aan de andere kant.

## BELANGRIJKSTE RESULTATEN

Het is duidelijk dat persoonlijke factoren en omgevingsfactoren een rol spelen in de mate van veerkracht die een persoon heeft. Veerkracht hangt samen met je beter kunnen aanpassen aan een nieuwe situatie, met minder stressgevoelens en hogere kwaliteit van leven. Ook is het een buffer voor sombere gevoelens. Veerkracht blijkt een duidelijke voorspeller voor uitkomsten na hersenletsel, zoals betere participatie, minder

vermoeidheid en stress, en betere kwaliteit van leven. In het artikel worden een aantal meetinstrumenten besproken. Twee instrumenten zijn gevalideerd voor mensen met traumatisch hersenletsel: de *TBI-QoL Resilience* en de *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*. Daarnaast worden vijf aspecten geformuleerd die je kunt uitvragen om een idee te krijgen over veerkracht: *personal strenght, strengthening experiences, supportive relationships and change, sense of control en life meaning*. Er worden aanbevelingen gedaan hoe je deze aspecten kunt verbeteren om zo de veerkracht van mensen te vergroten. Te denken valt aan: creëer positieve ervaringen, neem zelf een positieve ondersteunende houding aan, geef patiënt weer controle over dagelijkse activiteiten, help patiënt met het stellen van eigen voor hem belangrijke doelen, geef uitleg op maat, bespreek zingeving en spiritualiteit en zoek naar '*benefits*', laat mensen kijken naar hun waarden, wat vinden ze belangrijk.

## CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK

Het artikel sluit sterk aan op het visiedocument *Medisch Specialist 2025*, waarin een nieuwe definitie van gezondheid als uitgangspunt wordt genomen: 'Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven'. Hierin staan functioneren, veerkracht en zelfregie centraal.

De revalidatiearts houdt rekening met de diagnose en de prognose maar juist ook met persoonlijke factoren en omgevingsfactoren, om te werken aan zelfredzaamheid, eigen regie en maatschappelijke participatie van de patiënt. Motorische, cognitieve en sociale factoren worden door de revalidatiearts (al of niet met het team) uitgebreid in kaart gebracht. Persoonlijke factoren worden echter nog niet standaard uitgevraagd.

Het artikel geeft aan dat veerkracht een belangrijke persoonlijke factor is voor het uiteindelijke functione-

Prof. dr. J.M.A. (Anne) Visser-Meily, hoogleraar revalidatiegeneeskunde, afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sport, UMC Utrecht; hoofd Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen UMC Utrecht en De Hoogstraat Revalidatie Utrecht

Drs. W.M. (Wijnand) Scheepstra, revalidatiearts Westfriesgasthuis Hoorn

Drs. L. (Linda) Valk-Kleibeuker, revalidatiearts Maasstad Ziekenhuis Rotterdam

## &gt; SPOTLIGHT

ren. Het is een determinant die te onderzoeken valt (ook bij mensen met hersenletsel), positief samenhangt met de capaciteit van een persoon om zich aanpassen aan de nieuwe situatie en te verbeteren is door revalidatiebehandeling.

Het artikel sluit goed aan bij de beweging van Positieve Gezondheid, 'de mens' kennen achter de diagnose ofwel de unieke patiënt. Het artikel geeft handvaten hoe de revalidatiezorg meer aandacht kan besteden aan veerkracht.

## LITERATUUR

- Jean Neils-Strunjas, Diane Paul, Allison N Clark, Raksha Mudar, Melissa C Duff, Brigid Waldron-Perrine, Kathleen T Bechtold. *Role of resilience in the rehabilitation of adults with acquired brain injury, review article. Brain Injury 2017;31:131-9.*
- *Visiedocument Medisch Specialist 2025. Federatie Medisch Specialisten. Utrecht, 2017.*
- *Beleidsplan Revalidatiegeneeskunde 2025. VRA, 2018.*

THUISARTS.NL



## Ook voor medisch-specialistische informatie



Niet alleen patiënten maar ook dokters willen de garantie dat er op internet betrouwbare informatie over gezondheidsvragen te vinden is. Thuisarts.nl wordt 2 miljoen keer per maand bezocht voor informatie over zelfzorg en huisartsenzorg. Deze website bevat nu ook steeds meer informatie over medisch-specialistische zorg. Zo komt er 1 centrale plek voor betrouwbare en onafhankelijke patiënteninformatie.

Onder meer de volgende aandoeningen zijn interessant voor uw specialisme:

- Beroerte
- Hernia in rug

Bekijk het volledige overzicht op [www.thuisarts.nl/ziekenhuis](http://www.thuisarts.nl/ziekenhuis)

Thuisarts.nl is een initiatief van:



in samenwerking met:



# Visuospatieel neglect na beroerte: heterogeniteit, diagnose en behandeling

A.F. ten Brink

De afgelopen vier jaar heb ik in het Kenniscentrum Revalidatie-geneeskunde Utrecht (een samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum) onderzoek gedaan naar visuospatieel neglect, een veelvoorkomende cognitieve stoornis na hersenletsel. De keus voor dit onderwerp komt voort uit mijn fascinatie voor deze stoornis. Mensen met neglect negeren of ontkennen de helft van hun lichaam of een deel van de ruimte om hen heen, hoewel zij niet blind zijn. Dit kan leiden tot opvallende symptomen: mensen scheren maar één kant van hun gezicht, eten slechts de helft van hun bord leeg of merken bezoek dat aan de aangedane zijde zit niet op. Zelfs als mensen verteld wordt dat ze neglect hebben blijven symptomen bestaan. Het is moeilijk voor te stellen: waarom kijken mensen met neglect niet gewoon naar de aangedane zijde?

Neglect leert ons dat aandacht en bewustzijn sterk samenhangen: als er geen aandacht is voor een gedeelte van de ruimte wordt dat gedeelte blijkbaar niet gemist en wordt er ook geen moeite gedaan om wél bewust te worden van informatie uit dat gedeelte. Hierdoor is neglect moeilijk te behandelen. Behandeling is echter wel van belang: patiënten met neglect revalideren minder snel en goed, en eenmaal thuis zijn zij minder zelfstandig dan patiënten zonder neglect. Het doel van mijn proefschrift was om neglect beter te begrijpen, betere tests te ontwikkelen en vervolgens beter te kunnen behandelen.

## DYNAMISCHE DIAGNOSTIEK VAN NEGLECT

Een belangrijk onderdeel van de behandeling is uitleg geven aan patiënten en naasten over de stoornis neglect en waarom bepaalde problemen voorkomen (psycho-educatie). Het stellen van een goede diagnose helpt patiënten en naasten om de problemen veroorzaakt door neglect te begrijpen en er daardoor beter mee om te gaan. Om neglect vast te stellen worden vaak statische neuropsychologische pen-en-papiertests gebruikt. Zeker bij wat milder hersenletsel zijn deze tests niet sensitief genoeg om de diagnose neglect te stellen. Er kunnen dan wel aan-



Cover proefschrift.

toonbare problemen in het dagelijks leven zijn, zoals in het verkeer. In mijn proefschrift beschrijf ik manieren om de diagnostiek van neglect te verbeteren, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de *Mobility Assessment Course (MAC)*,<sup>1</sup> een zogenaamde dynamische dubbeltaak. Een patiënt krijgt de opdracht een parcours af te leggen in de gangen van het revalidatiecentrum of ziekenhuis en onderweg doelen (gele vierkantjes) aan te wijzen. Wanneer meerdere doelen aan één zijde van de gangen worden gemist kan dit een aanwijzing zijn voor neglect. Tijdens mijn verdediging werd door prof. dr. Caroline van Heugten opgemerkt dat het tijd kost voordat de MAC kan worden afgenomen: er moet een route worden uitgezet en de doelen moeten worden aangebracht. Is het deze tijdsinvestering wel waard en kunnen we niet beter gebruik maken van bijvoorbeeld *Virtual Reality* opstellingen? De MAC is een intuïtieve taak waar geen techniek aan te pas komt, waardoor de taak direct geïmplementeerd kan worden met behulp van een vrij beschikbare handleiding.<sup>2</sup> Het idee van de MAC is niet nieuw: het ophangen van doelen (zoals washandjes of post-its) wordt al gedaan door ergotherapeuten en psychologen om op deze manier de ruimtelijke aandacht te toetsen. De toegevoegde waarde van de MAC is dat het een kader biedt waarbinnen neglect op een meer systematische manier getoetst kan worden. En natuurlijk is het zo dat *Virtual Reality* een belangrijk gestandaardiseerd instrument zou kunnen worden in (cognitieve) diagnostiek. Op dit moment is

Dr. A.F. (Teuni) ten Brink, postdoctoraal onderzoeker en docent Universiteit Utrecht, Psychologische Functieleer, Helmholtz Instituut, Utrecht

**Datum promotie:** 20 februari 2018

**Promotor:** prof. dr. J.M.A. (Anne) Visser-Meily

**Copromotor:** dr. T.C.W. (Tanja) Nijboer

## &gt; PROEFSCHRIFT

de software echter nog niet voldoende ontwikkeld om direct in te kunnen zetten in revalidatie, terwijl er wél direct vraag is naar betere diagnostische tools.

**PRISMA ADAPTATIE ALS BEHANDELING VOOR NEGLECT?**

Naast diagnostiek heb ik ook onderzoek gedaan naar het behandelen van neglect. Een veel onderzochte behandeling is prisma adaptatie, wat erop gericht is de verstoring in de ruimtelijke aandacht te herstellen. We weten dat prisma adaptatie zorgt voor betere prestaties op pen-en-papertaken direct na de behandeling. Het is echter nog niet duidelijk of het neglect tijdens dagelijkse activiteiten afneemt en of dit effect aanhoudt. Wij voerden daarom een *Randomized Controlled Trial (RCT)* uit waarbij we 34 patiënten met prisma adaptatie en 35 met een placebobehandeling (met een bril met neutrale glazen) behandelden. De behandeling werd tussen één en drie maanden na de beroerte gestart en duurde twee weken (tien minuten per dag). We onderzochten de patiënten op zeven momenten, tot drie maanden na de behandeling. We vonden dat beide groepen verbeterden op onze statische en dynamische uitkomstmaten voor neglect. Echter, patiënten met neglect herstelden niet sneller of beter na behandeling met prisma adaptatie vergeleken met de placebobehandeling. Een van de belangrijkste redenen voor deze resultaten lijkt gerelateerd aan het moment van behandelen. Studies waarin geen effecten werden gevonden (zoals de onze) verschillen op dit punt van studies waarin wel effecten zijn gevonden. In de eerste maanden na de beroerte vindt in de hersenen veel spontaan neurobiologisch herstel plaats en een deel van de patiënten heeft na drie maanden geen neglect meer. Ook kunnen patiënten verschillend reageren op, en profiteren van de huidige standaard compensatietraining voor neglect, waar onze deelnemers ook toegang tot hadden. Een groep patiënten met neglect in de vroege fase is dus heterogener dan een groep patiënten met neglect in de chronische fase, en effecten van spontaan neurobiologisch herstel of van de standaard neglecttraining zouden de meer subtiele effecten van prisma adaptatie kunnen hebben overschaduwd. Ten slotte zou het zo kunnen zijn dat prisma adaptatie niet werkt in de vroege fase vanwege de verschillende herstelprocessen die gaande zijn in de hersenen. Mogelijk moeten deze processen zijn gestabiliseerd voordat prisma adaptatie een gunstig effect op neglect kan hebben. In vervolgonderzoek zou ik graag willen kijken naar de individuele herstelpatronen van



*Dr. Teuni ten Brink net na de verdediging met haar paranimfen, promotoren en de oppositie.*

patiënten, om vervolgens te kunnen voorspellen bij wie het neglect chronisch wordt en bij wie niet en in welke fase behandeling zou moeten worden ingezet. Deze kennis zou dan gebruikt kunnen worden bij het opstellen van een behandelplan.

**LESSEN VOOR DE PRAKTIJK**

Ten eerste zou de diagnostiek van neglect verbeterd kunnen worden door zowel statische als dynamische tests af te nemen. Ten tweede kan, indien de diagnostiek verbetert, beter worden uitgelegd aan de patiënt en de naasten welke aandachtmechanismen aangedaan zijn. Ten slotte, aangezien geen van de beschikbare neglectbehandelingen voldoende bewezen effectief is, raad ik aan om de standaard neglectbehandeling te blijven aanbieden. Daarnaast zouden onderzoekers en behandelaars samen moeten blijven zoeken naar nieuwe behandelmethoden voor neglect.

**REFERENTIES**

1. Brink AF ten, Visser-Meily JMA, Nijboer TCW. *Dynamic assessment of visual neglect: The Mobility Assessment Course as a diagnostic tool. J Clin Exp Neuropsychol.* 2018;40:161-72.
2. Brink AF ten, Visser-Meily JMA, Nijboer TCW. *Mobility Assessment Course - Handleiding. Utrecht; 2017. <http://www.dehoogstraat.nl/onderzoek-innovatie/producten/producten/mobility-assessment-course>.*

**Correspondentie en opvragen proefschrift**  
a.f.tenbrink@uu.nl

## Uitkomst van het Stroke Cohort Outcome of REhabilitation (SCORE)-onderzoek

# Praktijkvariatie in CVA-revalidatie

P.H. Goossens, I.F. Groeneveld, F.M. van Vree, H.J. Arwert, A.D. Rambaran-Mishre, J.J.L. Meesters. T.P.M. Vliet Vlieland

In de afgelopen 15 jaar is er veel verbeterd in de zorg na een CVA. Er zijn betere samenwerkingsafspraken tussen ziekenhuizen, revalidatiecentra en andere zorginstellingen gerealiseerd. Bovendien is er veel tijd en aandacht besteed aan de implementatie van de richtlijnen beroerte.<sup>1,2,3</sup> Recent toonden wij aan dat er variatie is in de structuur van revalidatie.<sup>4</sup> Daarnaast lijkt er sprake van praktijkvariatie in de ziekenhuis- en revalidatiefase na een CVA, zowel wat betreft de duur als de inhoud van de behandeling. Door deze praktijkvariatie vindt mogelijk in sommige revalidatiecentra minder en in andere juist meer behandeling plaats dan noodzakelijk. Dit onderzoek beoogt inzicht te geven in praktijkvariatie van CVA-revalidatie, met als uiteindelijke doel gepast gebruik van zorg. Om praktische aanbevelingen te kunnen doen is een verdiepingsonderzoek uitgevoerd naar mogelijke oorzaken van de praktijkvariatie.

### DOELSTELLING

- Beschrijven van de verschillen tussen CVA-zorgketens ten aanzien van het proces (ligduur in het ziekenhuis en het revalidatiecentrum, aantal behandeluren in het revalidatiecentrum) en de uitkomsten (functioneren, kwaliteit van leven) van CVA-zorg.
- Beschrijven van de impact van praktijkvariatie in het proces op de uitkomsten in functioneren en de kwaliteit van leven van de patiënt.

*Dr. P.H. (Paulien) Goossens, revalidatiearts en medisch directeur Rijnlands Revalidatie Centrum, Leiden en revalidatiearts LUMC, Leiden*

*Dr. I.F. (Iris) Groeneveld, onderzoeker Rijnlands Revalidatie Centrum, Leiden, Sophia Revalidatie, Den Haag en LUMC, Leiden*

*Drs. ir. F.M. (Félicie) van Vree, manager kenniscentra Rijnlands Revalidatie Centrum, Leiden en Sophia Revalidatie, Den Haag*

*Drs. H.J. (Henk) Arwert, revalidatiearts Sophia Revalidatie, Den Haag en Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag*

*Drs. A.D. (Radha) Rambaran-Mishre, revalidatiearts Sophia Revalidatie, Delft en Reinier de Graaf ziekenhuis, Delft*

*Dr. J.J.L. (Jorit) Meesters, onderzoeker Sophia Revalidatie, Den Haag en LUMC, Leiden*

*Prof. dr. T.P.M. (Thea) Vliet Vlieland, hoogleraar doelmatigheid van revalidatieprocessen, in het bijzonder fysiotherapie Rijnlands Revalidatie Centrum, Leiden, Sophia Revalidatie, Den Haag en LUMC, Leiden*

- Exploreren van mogelijke verklaringen voor de praktijkvariatie in het proces en de uitkomsten binnen de CVA-zorgketens.
- Formuleren van aanbevelingen voor gepast gebruik van zorg in CVA-zorgketens in Nederland.

### METHODE

#### Patiënten

Het onderzoek werd uitgevoerd onder CVA-patiënten die deelnamen aan het Stroke Cohort Outcomes of REhabilitation (SCORE-)onderzoek. Het betrof CVA-patiënten die startten met klinische medisch specialistische revalidatie in het Rijnlands Revalidatie Centrum of Sophia Revalidatie. Patiëntkenmerken, de mate van zelfstandigheid in zelfverzorging (Barthel Index) en de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (USER) werden uit het revalidatie-elektronisch patiëntendossier verkregen.

#### Uitkomstmaten

Voor het proces van zorg werden in kaart gebracht:

- aantal ligdagen in het ziekenhuis;
- aantal verpleegdagen in het revalidatiecentrum;
- aantal directe behandeluren (exposure) in het revalidatiecentrum, per discipline en voor de totale behandeling;

De ligduur en directe behandeluren werden gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, aantal bijkomende ziekten, leefsituatie, opleidingsniveau, type CVA, Barthel Index bij start van de revalidatie en afasie (ja/nee).

De volgende disciplines werden in kaart gebracht:

- fysiotherapie, waaronder ook bewegingsagogie en hydrotherapie;
- ergotherapie;
- logopedie, waaronder ook klinische linguïstiek;
- psychologie, waaronder ook psychologie-assistentie;
- maatschappelijk werk;
- activiteitenbegeleiding;
- andere therapieën, waaronder diëtetiek, seksuologie, revalidatietechnologie, therapie-assistentie.

## &gt; INNOVATIE

Voor de **uitkomsten** van zorg werd in kaart gebracht: het functioneren op het gebied van cognitie, communicatie en handfunctie (Stroke Impact Scale), mobiliteit (USER-kliniek) en kwaliteit van leven (EQ-5D). Vragen over handfunctie zijn alleen ingevuld door mensen met beperkte handfunctie bij start van de revalidatie. De data werden verzameld bij de start van revalidatie, bij ontslag en drie maanden na start van de revalidatie. In de analyses werden per uitkomstmaat de medianen vergeleken tussen de meetmomenten, maar niet tussen beide revalidatiecentra.

### Analyse mogelijke verklaringen voor gevonden verschillen

Om de verschillen in behandeluren te verklaren werd een focusgroep georganiseerd met van beide revalidatiecentra een arts, fysiotherapeut, bewegingsagoog, activiteitenbegeleider, logopedist, psycholoog, kwaliteitsfunctionaris en teammanager. Na een presentatie van de resultaten gingen de aanwezigen in groepen uiteen om de verschillen op hun discipline met hun *counterparts* te bespreken. Zij noteerden hun ideeën waarna de bevindingen plenair werden besproken.

## RESULTATEN

### Kenmerken patiënten

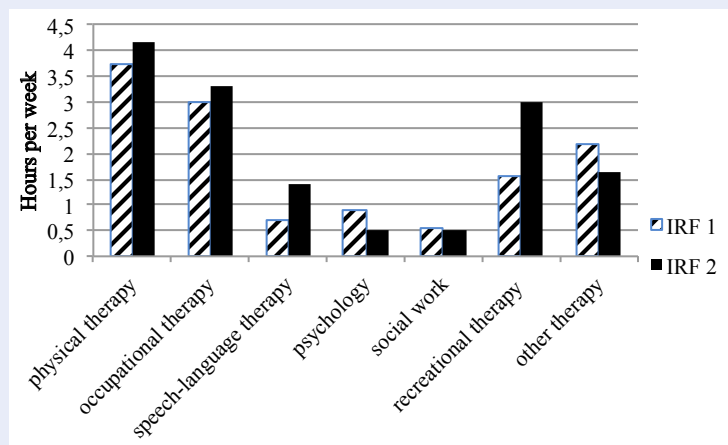
Tabel 1 toont de kenmerken van de patiënten in de beide revalidatiecentra (RC).

In RC1 werden 179 patiënten en in RC2 werden 119 patiënten geïnccludeerd. De meeste patiëntkenmerken waren niet significant verschillend. De gemiddelde leeftijd was 60,5 jaar, 69% woonde samen met een partner, driekwart had een herseninfarct. Ook de Barthel Index bij start van de revalidatie was vergelijkbaar (mediaan 16), net als tijd tussen CVA en opname in het RC (gemiddeld 11 dagen). In RC2 had-

den meer patiënten een CVA in de linker hemisfeer (50,4%) dan in RC1 (42,8%), maar dit verschil was niet significant ( $p = 0,23$ ). Het percentage mannen was hoger in RC2 (64,7%) dan in RC1 (53,6%), net als het aantal mensen (< 65 jaar) met een baan (respectievelijk 81,1% en 65,9%), maar beide verschillen waren net niet significant ( $p = 0,06$ ). Comorbiditeit was in RC1 hoger dan in RC2. Met name premorbide diabetes en hartaandoeningen kwamen vaker voor in RC1.

### Behandelproces

Figuur 1 toont de therapie-uren per week van verschillende disciplines in de twee revalidatiecentra (RC). Er was geen verschil in de ligduur in het RC. De hoeveelheid 'beweegtherapie' (fysiotherapie en bewegingsagogie samen), ergotherapie en maatschappelijk werk verschilde nauwelijks tussen de RC. De verschillen tussen de RC in het aantal uren logopedie, psychologie en activiteitenbegeleiding waren significant. Ook de hoeveelheid 'andere therapie' (diëtetiek,



Figuur 1. Therapie-uren per week van verschillende disciplines in de twee revalidatiecentra.

> Tabel 1. Kenmerken van CVA-patiënten bij opname op twee klinische revalidatieafdelingen in Nederland.

	RC1 (N = 179)		RC2 (N = 119)		P-waarde*
	N	N (%)	N	N (%)	
Man, N (%)	179	96 (53,6)	119	77 (64,7)	0,06
Leeftijd in jaren, gem. (SD)	179	60,0 (12,8)	119	61,3 (11,9)	0,52
Samenwonend, N (%)	157	105 (66,9)	107	78 (72,9)	0,34
Betaald werk, N (%)	91	60 (65,9)	53	43 (81,1)	0,06
Ischaemisch CVA, N (%)	179	136 (76,0)	117	87 (74,4)	0,78
Linker hemisfeer N (%)	173	74 (42,8)	117	59 (50,4)	0,23
Barthel Index, mediaan (IQR)	120	16,0 (10,0-18,0)	109	15,0 (10,0-19,0)	0,64
Comorbiditeit, mediaan (IQR)	156	1,5 (1,0-3,0)	104	1,0 (0,0-2,0)	0,09
Premorbide hypertensie, N (%)	149	63 (42,3)	100	40 (40,0)	0,79
Premorbide hartziekte, N (%)	141	29 (20,6)	97	13 (13,4)	0,17
Premorbide diabetes, N (%)	151	28 (18,5)	101	12 (11,9)	0,17

\* P-waarde betreft het verschil tussen RC1 en RC2.

&gt; Tabel 2. Uitkomsten van revalidatie.

	RC1 mediaan (IQR)	RC2 mediaan (IQR)
<b>SIS cognitie</b> baseline ontslag 3 maanden	N = 141 86,3 (71,4-96,4) 82,1 (57,1-96,4)* 82,1 (53,6-96,4)**	N = 89 85,7 (71,4-96,4) 89,3 (60,7-100,0) 82,1 (60,7-92,9)
<b>SIS communicatie</b> baseline ontslag 3 maanden	N = 141 92,9 (78,6-100,0) 88,4 (67,9-96,4)* 90,0 (67,9- 96,4)**	N = 89 92,9 (78,6-100,0) 92,9 (60,7-100) 89,3 (63,0-99,1)
<b>SIS handfunctie</b> baseline ontslag 3 maanden	N = 98 56,7 (15,0-81,0) 65,0 (30,0-85,0) 70,0 (31,3-90,0)**	N = 59 55,0 (5,0-81,3) 60,0 (7,5-85,0) 61,3 (25,0-83,8)
<b>USER mobiliteit</b> baseline ontslag	N = 36 26,0 (15,0-35) 34,5 (30,0-35,0)*	N = 81 19,0 (11,5-27,0) 32,0 (24,0-35,0)*
<b>EQ-5D</b> baseline 3 maanden	N = 115 0,78 (0,57-0,86) 0,78 (0,66-0,89)	N = 67 0,78 (0,57-0,89) 0,84 (0,73-0,90)**

\*  $P < 0,05$  voor de vergelijking tussen baseline en ontslag;

\*\*  $P < 0,05$  voor de vergelijking tussen baseline en 3 maanden;

RC: revalidatiecentrum. SIS: Stroke Impact Scale. USER: Utrechtse schaal voor Evaluatie van Revalidatie; EQ-5D: Euroqol 5D.

seksuologie, therapie-assistentie, revalidatietechniek) verschilde significant.

### Uitkomsten van de revalidatie

Tabel 2 beschrijft de uitkomsten van de revalidatie. Respons op de vragenlijsten was ongeveer 77%. De USER bleek in RC1 nog niet goed geïmplementeerd. In RC2 bleek de USER alleen herhaald te worden bij patiënten die ten minste zes weken waren opgenomen.

Bijna 70% van de patiënten gaf bij start van de revalidatie aan enige mate van beperking van handfunctie te ervaren. Dit percentage komt redelijk overeen met wat als gebruikelijk wordt beschreven.<sup>5</sup> Handfunctie op de *Stroke Impact Schale (SIS)* ging statistisch significant vooruit tussen baseline en drie maanden na start van de revalidatie in RC1, maar niet in RC2. Zoals verwacht ging de mobiliteit gedurende de revalidatie vooruit, met een waarde op de USER die vergelijkbaar is met eerder onderzoek in een CVA-revalidatie populatie.<sup>6</sup>

Bij start van de revalidatie gaven patiënten zichzelf een relatief hoge score op de *Stroke Impact Schale (SIS)* cognitie en communicatie. Bij de eindmetingen waren deze scores iets slechter. De SIS-cognitie kent wel een goede interne consistentie (Cronbach's

alpha 0,83 tot 0,90) en test-hertestbetrouwbaarheid (ICC = 0,7 tot 0,92), maar slechts een matige correlatie met de *Mini Mental State Examination (MMSE)*;  $r = 0,53-0,58$ ).<sup>7</sup> Validatie van de SIS-schaal communicatie met objectieve afasietests vond voornamelijk niet plaats. Mogelijk overschatten patiënten hun communicatief en cognitief functioneren aanvankelijk en wordt pas bij terugkeer naar huis echt duidelijk hoe groot de beperkingen waren.<sup>8</sup> Toch zijn de resultaten op de SIS waardevol, omdat ze een beeld geven van hoe de patiënt zijn gezondheid zelf ervaart. Wat betreft kwaliteit van leven ging de EQ5D bij klinische patiënten statistisch significant vooruit tussen baseline en drie maanden in RC2 maar niet in RC1.

### Verdieping in focusgroepen

De behandelprogramma's van de revalidatiecentra (RC) verschillen op een aantal gebieden. RC1 biedt bijvoorbeeld groepsbehandelingen aan door de psycholoog en maakt gebruik van een psychologie-assistent. Beide zaken kunnen bijdragen aan het hoger aantal beschikbare directe behandeluren psychologie in RC1. Het hoger aantal directe uren logopedie in RC2 kan waarschijnlijk ook door de groepsbehandelingen worden verklaard. Bovendien voert in RC2 een neurolingvist een groot deel van de



logopedische testen en verslaglegging uit, wat ook bij lijkt te dragen aan meer directe inzetbaarheid van logopedisten. Groepstherapie en gerichte ondersteuning van behandelaars wordt gezien als een goede manier om meer patiëntgerichte tijd te effectueren.

Hoewel de totale hoeveelheid beweegtherapie tussen de revalidatiecentra niet wezenlijk verschilt, gaven de deelnemers aan de focusgroepen een belangrijk verschil binnen de beweegtherapie aan: RC2 zet frequenter de bewegingsagoog in voor het behalen van beweegdoelen. Zo leidt in RC2 ook de inzet van activiteitenbegeleiding met aansturing op doelen tot een efficiëntere inzet van de ergotherapeut.

Verpleegkundigen in de focusgroepen ontdekten dat de USER in RC2 op de dag van opname plaatsvindt, waar dat in RC1 in de week na opname gebeurt. Zij postuleren dat de kleinere vooruitgang in USER-mobiliteit in RC1 kan worden verklaard door een gemiddeld langere tijd tussen het CVA en afname van de eerste meting van de USER in RC1.

## CONCLUSIE

Dit project laat significante verschillen zien in het proces van CVA-revalidatie tussen revalidatiecentra zonder een duidelijk effect op de gekozen klinische uitkomstmaten. De verschillen tussen de revalidatiecentra in het aantal uren logopedie, psychologie en activiteitenbegeleiding waren significant. De onderzoekspopulaties van beide revalidatiecentra zijn op de meeste punten vergelijkbaar. Ook na correctie voor mogelijke *confounders* bieden de populatiekenmerken geen logische verklaring voor de verschillen in behandeluren. Mogelijk spelen inhoudelijke factoren en cultuurverschillen tussen de revalidatiecentra, waaronder inzet van en taakafbakening tussen disciplines en kennis en ervaring van behandelaars, een rol bij het gevonden verschil.

### Aanbevelingen voor vervolgonderzoek naar Value Based Health Care

Op basis van dit onderzoek kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan voor toekomstig revalidatieonderzoek dat zich richt op proces, structuur en uitkomsten.

#### 1. Valideren registratiewijze

Als meerdere organisaties betrokken zijn bij praktijkvariatie-onderzoek, stel dan vast of op dezelfde wijze wordt geregistreerd, hoeveel tijd door welke zorgverleners wordt besteed en valideer vervolgens de registratiegegevens.

#### 2. Patiënt of declaratie centraal

Bepaal of je uit wilt gaan van blootstellingsuren voor

### Het model van Donabedian voor het verklaren van uitkomsten<sup>1</sup>

Wat verklaart verschillen in uitkomsten? Volgens het model van Donabedian worden verschillen in uitkomsten altijd veroorzaakt door verschillen in patiëntenpopulaties, metingen, structuur, en proces.

- **Patiëntenpopulaties**

De kenmerken van de patiënten waarvan bekend is dat ze van invloed kunnen zijn op de uitkomsten

- **Metingen**

De gebruikte meetmomenten en meetinstrumenten

- **Structuur**

De afspraken en randvoorwaarden met betrekking tot de zorg. Bijvoorbeeld de geldende protocollen, maar ook de aan- of afwezigheid van faciliteiten zoals een zwembad of loopband.

- **Proces**

De werkelijke gang van zaken in de zorg. Bijvoorbeeld de ligduur, het aantal behandeluren en wie welk deel van de zorg voor zijn rekening neemt.

de patiënt (exposure) of van het aantal gedeclareerde uren. Met name als er veel groepsbehandelingen worden gegeven is de uitkomst verschillend.

### 3. Taakinvulling van disciplines

Onderzoek in welke mate bepaalde functies van zorgverleners in de verschillende organisaties met elkaar samenhangen of communicerende vaten zijn (zoals in ons geval bleek voor fysiotherapie en bewegingsagogie).

### 4. Verschil tussen structuur en proces

In theorie wordt in het behandelproces uitvoering gegeven aan de zaken die zijn vastgelegd in de structuur. In dit project bleken duidelijke verschillen te bestaan tussen de beschreven inzet in het behandelprogramma en de praktijk. Bij een vergelijking van zorg moet daarom worden uitgegaan van de werkelijk verstrekte zorg.

### 5. Aandacht voor harde uitkomstmaten

Overweeg het gebruik van meer objectieve uitkomstmaten naast de zelfgerapporteerde instrumenten, om zowel daadwerkelijk beloop als de perceptie van de patiënt te meten.

### Aanbevelingen voor gepast gebruik van zorg in CVA-zorgketens in Nederland

Uit dit onderzoek volgen enkele aanbevelingen voor gepast gebruik van zorg:

#### 1. Overweeg substitutie van zorg van 'duurdere' disciplines naar 'goedkopere' disciplines.

Op basis van de gevonden praktijkvariatie met gelijkblijvende uitkomsten lijkt in meerdere disciplines substitutie mogelijk. Bewegingsagogie kan fysiotherapie deels vervangen en activiteitenbegeleiding ergotherapie. Inzet van een psychologie-assistent kan bijdragen aan een efficiëntere inzet van de psycholoog.

#### 2. Overweeg groepstherapie naast individuele therapie.

Zowel bij psychologie als bij logopedie leidt groepstherapie tot een grotere beschikbaarheid voor directe patiëntenzorg zonder negatieve gevolgen op de uitkomsten.

#### 3. Ga in discussie!

Ga met elkaar en met andere revalidatiecentra in discussie over de verschillen in proces van behandeling. Een discussie over praktijkvariatie draagt bij aan inzicht in elkaars handelen, geeft een inspirerende mogelijkheid om van elkaar te leren en levert de formulering van best practices op.

#### Financiële ondersteuning

Het onderzoek werd uitgevoerd met subsidie van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) en werd ondersteund door de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en de Nederlandse Vereni-

ging van Neurologen (NVN).

#### REFERENTIES

1. *Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte. Utrecht: CBO, 2008.*
2. *Revalidatie Nederland en VRA. Behandelkader Beroerte. December 2007.*
3. *Kennisnetwerk CVA. Zorgstandaard CVA/TIA. Maastricht: november 2012.*
4. *Groeneveld IF, Meesters JJ, Arwert HJ, Roux-Otter N, Ribbers GM, Vliet Vlieland TP, et al. Practice variation in the structure of stroke rehabilitation in four rehabilitation centres in the Netherlands. J Rehabil Med 2016;48:287-92. doi:10.2340/16501977-2054.*
5. *Cramer SC, Nelles G, Benson RR, Kaplan JD, Parker RA, Kwong KK, et al. A functional mri study of subjects recovered from hemiparetic stroke. Stroke 1997;28:2518-27.*
6. *Willems M, Berdenis van Berlekom S, Asbeck S van, Post M. The continuing story: USER als uitkomstmeting van klinische revalidatie. Revalidata 2010;156:6-9.*
7. *Duncan PW, Wallace D, Lai SM, Johnson D, Embretson S, Laster LJ. The Stroke Impact Scale version 2.0: Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. Stroke 1999;30:2131-40.*
8. *Barrett AM. Rose-colored answers: neuropsychological deficits and patient-reported outcomes after stroke. Behav Neurol 2010;22:17-23. doi:10.3233/BEN-2009-0250.*

#### Correspondentie

phg@rrc.nl

# Care4Stroke: de eerste ervaringen!

R.H.M. Nijland, J. Vloothuis, M. Mulder, E.E.H. van Wegen, G. Kwakkel

Door de toenemende druk op de zorgkosten en daarmee op de beschikbaarheid van revalidatieprofessionals, moeten nieuwe methoden ontwikkeld worden om de trainingsintensiteit te verhogen zonder de kosten te laten toenemen. Oefenmethoden waarbij een naaste, zoals de partner, een familielid of vriend(in), actief betrokken wordt bij de revalidatietraining, zogenoemde *Caregiver Mediated Exercises* (CME) kunnen een veelbelovende en kosteneffectieve manier zijn om de oefenintensiteit te verhogen. Dit kan zowel tijdens opname in het revalidatiecentrum als na het ontslag naar huis. We weten ook dat patiënten en mantelzorgers de transitie naar de thuissituatie als lastig ervaren en dat patiënten minder actief zijn in de thuissituatie dan wanneer ze actief begeleid worden in de klinische fase. Hierbij hebben CME eveneens de potentie om eerder ondersteund ontslag naar huis (*Early Supported Discharge*, ESD) mogelijk te maken door de overgang van revalidatiecentrum naar de thuissituatie te vergemakkelijken en de mogelijkheid te bieden om oefentherapie thuis te continueren samen met de naaste.<sup>1</sup>

In het Care4Stroke programma worden CME toegepast, ondersteund met e-health. De oefeningen in het Care4Stroke-programma richten zich op het verbeteren van de mobiliteit en zijn taakspecifiek, zoals oefeningen voor het maken van transfers, training van de stabalans en het lopen. Voor elke deelnemer wordt een gepersonaliseerd oefenprogramma opgesteld. Zowel de revalidant als de naaste worden wekelijks gemonitord door een fysiotherapeut en ondersteund door een speciaal daarvoor ontwikkelde app op een iPad, waarin oefeningen met video en voice-over worden gepresenteerd. Het hoofdoel van deze studie is de evaluatie van de (kosten)effectiviteit van het care4stroke programma.<sup>2</sup>

Dr. R.H.M. (Rinske) Nijland, senioronderzoeker neurorevalidatie, Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie, Amsterdam

Drs. J. (Judith) Vloothuis, revalidatiearts en arts-onderzoeker, Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie, Amsterdam

Drs. M. (Marijn) Mulder, onderzoeker in opleiding, Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie, Amsterdam en VUmc, afdeling revalidatiegeneeskunde, Amsterdam

Dr. E.E.H. (Erwin) van Wegen, senioronderzoeker, VUmc, afdeling revalidatiegeneeskunde, Amsterdam

Prof. dr. G. (Gert) Kwakkel, hoogleraar neurorevalidatie VUmc, afdeling revalidatiegeneeskunde, Amsterdam en hoofd onderzoek cluster Neurorevalidatie Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie, Amsterdam

## DE EERSTE ERVARINGEN

Het Care4Stroke onderzoek, gefinancierd door ZonMw, is nog in volle gang, maar ondertussen kunnen de eerste ervaringen gedeeld worden!







Op basis van goede contacten met professor Crotty van de *Flinders University* in Adelaide (Australië) is onder haar leiding het door ons ontwikkelde Care4Stroke programma eveneens geëvalueerd op doelmatigheid. In deze gerandomiseerde klinische trial namen 63 patiënten met een beroerte en hun naasten deel. De resultaten van deze studie zijn veelbelovend.<sup>3</sup> Er werd een significant verschil gevonden tussen de experimentele- en controlegroep wat betreft ADL-zelfstandigheid. Vooral qua bijzondere ADL-vaardigheden gaf de interventiegroep aan beter te functioneren dan de controlegroep, bijvoorbeeld ten aanzien van het zelfstandig wonen en vrijetijdsbesteding. Ook bleek de opnameduur in de deelnemende centra gemiddeld negen dagen korter te zijn bij de Care4Stroke groep dan bij de controlegroep die reguliere zorg kreeg. Er werd daarnaast gevonden dat de naasten in de interventiegroep het gevoel hadden dat ze beter met stressvolle situaties om konden gaan. Hieruit kan worden opgemaakt dat zij zich juist minder zwaarbelast voelden. Ook bleken deze naasten zich minder vermoeid te voelen en minder angst- en depressieve gevoelens te hebben.

Deze bevindingen komen overeen met wat deelnemers aan het Care4Stroke programma tijdens interviews met onderzoekers vertellen. Deelnemers geven aan dat ze het programma als zeer positief hebben ervaren. Uit de interviews bleek ook dat zowel de cliënt als de naaste het fijn vonden om de oefeningen samen te doen. De naaste voelde zich niet langer een toeschouwer die hulpeloos moest toekijken en was blij iets te kunnen doen. De patiënt ervaarde deze betrokkenheid ook als positief; het bracht ze dichter bij elkaar. Door samen intensief te oefenen, ervaren de patiënt en zijn naaste wat de patiënt daadwerkelijk kan in het dagelijkse leven. Het verwachtingspatroon naar elkaar is realistischer. Dit zorgt ervoor dat ze beter voorbereid zijn op het samen functioneren in de thuissituatie.

## DE TOEKOMST

De positieve ervaringen met CME in het Care4stroke programma zijn de aanleiding geweest om dit

**Mijn Oefeningen** Info

		
<p><b>Van liggen naar zitten</b> <span style="float: right;">3x</span></p> <p>Van zit naar lig in een vloeiende beweging. Als je ligt terug naar zit in een vloeiende beweging. 3 x 1 minuut rust. Nog 2 series van 3 herhalingen.</p>	<p><b>Reiken</b> <span style="float: right;">1x</span></p> <p>Zitten geheel los, zonder voeten op de grond. Reiken zijwaarts, kijk mee. Reiken naar voren. Reiken schuin naar voren.</p>	<p><b>Opstaan zonder leuning</b> <span style="float: right;">1x</span></p> <p>Gaan zitten en staan, waarbij je niet gaat zitten. Zonder de handen te gebruiken. Begin met 3x 5</p>
		
<p><b>Staan (met en zonder steun)</b> <span style="float: right;">1x</span></p> <p>Variaties in het staan: Ogen dicht Romp draaien (achter je kijken) Voeten naast elkaar plaatsen</p>	<p><b>Oprapen vanuit stand</b> <span style="float: right;">1x</span></p> <p>Zonder vasthouden. Varieer in wat je op pakt. Varieer met welke hand.</p>	<p><b>Lopen met een doel</b> <span style="float: right;">1x</span></p>

Herinneringen Oefenschema Behandelaars deel

De oefeningen in het Care4Stroke programma richten zich op het verbeteren van de mobiliteit en zijn taakspecifiek, zoals oefeningen voor het maken van transfers, training van de stabilans en het lopen.

concept verder uit te bouwen. In een toekomstige RCT zullen we de patiënt en naaste in de thuissituatie langer en intensiever blijven ondersteunen, door middel van telerevalidatietechnologie.

We hopen dat het Care4stroke-programma, verder ondersteund met telerevalidatie, patiënten en partners beter kan ondersteunen bij deze transitie en dat we patiënten daarmee kunnen blijven motiveren voor het doen van taakspecifieke training in de thuissituatie. Hiermee hopen we dat de klinische ligduur korter kan worden en dat de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van de patiënt en mantelzorgverbeten zullen worden.

#### ONDERZOEKSGROEP VUMC EN READE

Het Care4Stroke-onderzoek wordt uitgevoerd door een onderzoeksgroep met Judith Vloothuis (revalidatiearts) en Marijn Mulder als promovendi. Het begeleidingsteam staat onder leiding van prof. dr. Gert Kwakkel (VUmc en Reade) en de senioronderzoekers dr. Rinske Nijland (Reade) en dr. Erwin van Wegen (VUmc). Het onderzoek is in 2013 gestart bij Reade en VUmc, maar is inmiddels uitgebreid naar meerdere ziekenhuizen, verpleeghuizen en revalidatiecentra in binnen- en buitenland. In eerste instantie

richtte het onderzoek zich op mensen die een beroerte hebben gehad en hun naasten, maar inmiddels is Care4Stroke uitgebreid naar mensen met ander niet-aangeboren hersenletsel (NAH), zoals mensen met hersenletsel na een ongeluk of een hersentumor. Dit Care4Brain-programma wordt eveneens gefinancierd door ZonMw.

#### REFERENTIES

1. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet* 2011;377:1693-702.
2. Vloothuis J, Mulder M, Nijland RH, Konijnenbelt M, Mulder H, Hertogh CM, Tulder M van, Kwakkel G, Wegen E van. Caregiver-mediated exercises with e-health support for early supported discharge after stroke (CARE4STROKE): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Neurol* 2015;15:193.
3. Berg M van den, Crotty M, Liu E, Killington M, Kwakkel G, Wegen E van. Early Supported Discharge by Caregiver-Mediated Exercises and e-Health Support After Stroke: A Proof-of-Concept Trial. *Stroke* 2016;47:1885-92.

**Correspondentie**  
r.nijland@reade.nl

# Value Based Health Care in de revalidatie: wat is de waarde van onze zorg?

J. Slaman, J. Beerens, J. van der Eijk, M.H. Heijnenbrok-Kal, G.M. Ribbers

Value Based Health Care (VBHC) is geïntroduceerd door gezondheidseconoom Michael Porter en is gericht op het maximaliseren van de waarde van zorg voor de patiënt en het reduceren van zorgkosten.<sup>1</sup> Dit model wint de laatste jaren sterk aan populariteit en het is goed te begrijpen waarom het begrip velen inspireert. Zorgprofessionals zijn enthousiast omdat meerwaarde bieden voor patiënten appelleert aan hun oorspronkelijke motivatie om de zorg in te gaan en patiënten voelen zich gehoord aangezien de waarde van zorg voor de individuele patiënt in VBHC centraal staat.<sup>2</sup> Het VBHC gedachtegoed weet zich ook gesteund door voormalig minister Schippers die in februari 2017 in een kamerbrief aangaf het toe te juichen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders elkaar opzoeken en afspraken maken waarbij de waarde die de zorgaanbieder toevoegt aan het leven van patiënten steeds meer het uitgangspunt vormt voor de vergoeding. Daarnaast sluit VBHC aan bij hedendaagse maatschappelijke trends als participatie van patiënten, technologische ontwikkelingen op het gebied van data-uitwisseling en het ontstaan van nieuwe organisatievormen.<sup>3</sup>

Het is te verwachten dat VBHC ook een rol gaat spelen in de bekostiging van revalidatiezorg. In de Rotterdam Stroke Service loopt nu bijvoorbeeld een ketenzorgstudie die ertoe moet gaan leiden dat de budgettoewijzing van de ketenpartners zal geschieden volgens de principes van VBHC. De daadwerkelijke implementatie van het VBHC-model in de gezondheidszorg blijft echter achter. De oorzaak hiervan ligt volgens een marktonderzoek deels in de grootsheid en de abstracte, conceptuele status van de ideale VBHC-situatie die door Porter wordt geschetst.<sup>4</sup> Hierdoor zouden organisaties de eindbestemming weliswaar willen bereiken, niet goed wetende hoe ze daar precies kunnen komen.

Eén van de uitdagingen voor de implementatie van VBHC in de revalidatie is het definiëren van de toegevoegde waarde van de revalidatie. Uitkomsten in de revalidatie zijn veelal gebaseerd op het niveau van functies en activiteiten van het ICF-model. Voorbeelden hiervan zijn toename van de loopvaardigheid of zelfstandigheid in de zelfverzorging. Het is de vraag of deze benadering voldoende recht doet aan de toegevoegde waarde van een revalidatiebehandeling. Immers, veel aandacht gaat uit naar het voorbereiden van patiënt en het mantelzorgsysteem op thuiskomst na een klinische opname en op het zoveel mogelijk hervatten van het dagelijks leven na de poliklinische revalidatie. Uitkomstmaten die zelfredzaamheid en zelfeffectiviteit van patiënten vastleggen lijken daarom meer geschikt om de gecreëerde meerwaarde van de revalidatiezorg te duiden. Dergelijke uitkomstmaten worden veelal vastgelegd met behulp van *Patient Reported Outcome Measures (PROM's)*. Omdat Rijndam sinds 2009 werkt met meetplannen voor verschillende diagnosegroepen is er een goed fundament om een bijdrage te leveren aan de definiëring van 'waarde-gedreven revalidatiezorg' zodat zowel intern als op nationaal niveau de vereiste knowhow aanwezig is op het moment dat hierover met de branche, de overheid, de zorgverzekeraars en - niet te vergeten - de patiënten gesproken wordt.

Een van de pijlers van VBHC is *Time driven activity based costing*, het nauwkeurig toewijzen van kosten aan een individuele patiënt. In ziekenhuizen is veel te doen over de huidige kostprijsmodellen: grote kostendrijvers als personeel zitten 'verstopt' in verpleegdagen en operatieve verrichtingen, die beperkt met de individuele patiënt meebewegen. In revalidatiecentra is veel meer detail beschikbaar van echte kosten van een patiënt door gedetailleerde minutenregistraties van inzet van behandeling per discipline. Dit stelt de revalidatiesector in staat om de gecreëerde meerwaarde voor de patiënt te koppelen aan de kosten die hiermee gemoeid zijn.

Binnen Rijndam Revalidatie zijn we op de klinische neurorevalidatie een VBHC-project gestart binnen de CVA-zorg. Centraal hierin staat de vraag hoe de toegevoegde waarde van de revalidatiebehandeling

Dr. J. (Jorrit) Slaman, onderzoeker, afdeling Neurorevalidatie, Rijndam Revalidatie, Rotterdam

Ir. J. (Jaap) Beerens, adviseur Vreelandgroep, Bilthoven

Ir. J. (Jan) van der Eijk, directeur X-IS, Delft

Dr. M.H. (Majanka) Heijnenbrok-Kal, onderzoeker, afdeling Neurorevalidatie, Rijndam Revalidatie, Rotterdam

Prof. dr. G.M. (Gerard) Ribbers, revalidatiearts, hoogleraar neurorevalidatie, afdeling Neurorevalidatie, Rijndam Revalidatie, Rotterdam

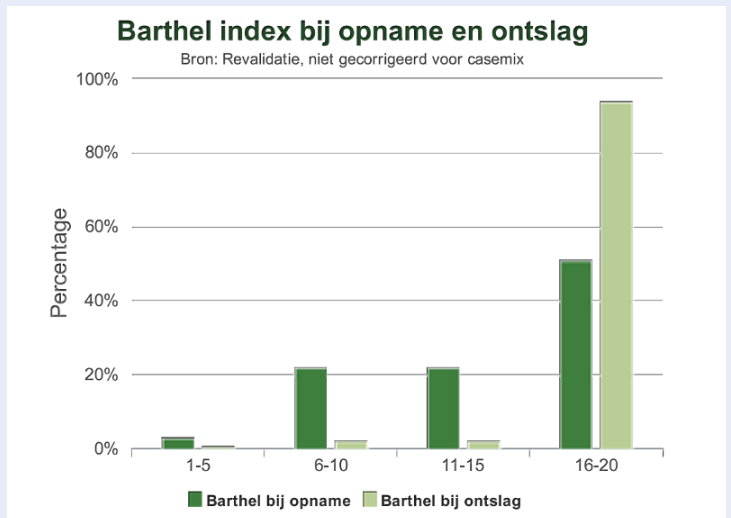
moet worden gedefinieerd. Moeten we ons richten op het niveau van functioneren, op kwaliteit van leven of op de vraag of de patiënt in staat is regie te voeren over zijn leven?

**RETROSPECTIEVE ANALYSE KLINIMETRIE**

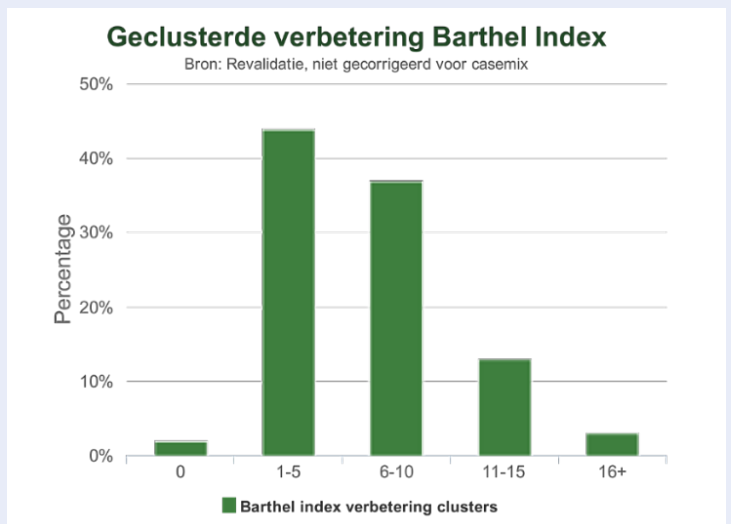
Als proof of concept is gestart met het analyseren van reeds verzamelde data van klinisch opgenomen patiënten met een CVA. Als voorbeeld is in onderstaande uitwerking gekozen voor de Barthel Index als uitkomstmaat. Van 869 patiënten met een CVA die klinisch zijn opgenomen in Rijndam in de periode 2014-2015 heeft 15% missende waardes bij de Barthel Index bij opname, 23% bij de Barthel Index bij ontslag en bij 30% missen de kostengegevens. In totaal wordt hierdoor 49% (427 patiënten) geëxcludeerd. De gemaakte kosten per individu zijn berekend door zowel het aantal verpleegdagen als de toegekende behandeluren per discipline te vermenigvuldigen met de daaraan gekoppelde kostprijzen.

Figuur 1 toont de verdeling van de Barthel Index bij opname en ontslag. Een groot gedeelte van de patiënten behaalt reeds bij opname het hoogste cluster van 16-20 (51%). Bij ontslag behaalt 94% van de patiënten een score in dit cluster en bereikt 74% van de patiënten de plafondindex van 20. Figuur 2 toont het verschil tussen de Barthel Index bij opname en ontslag. De gemiddelde verbetering is 6,1 punten (SD = 4,2). De grootste groep heeft een verbetering tussen 1-5 punten. Dit is te verklaren door het grote percentage patiënten dat het plafond van het instrument bereikt wat het behalen van een grotere verschilscore voor deze patiënten onmogelijk maakt. Figuur 3 laat de geclusterde verandering op de Barthel Index zien ten opzichte van de kosten die hiermee gemoeid zijn. Een grotere verschilscore op de Barthel Index tussen opname en ontslag resulteert in hogere kosten. De klinische revalidatiebehandeling van een patiënt met een CVA kost gemiddeld € 33.236.

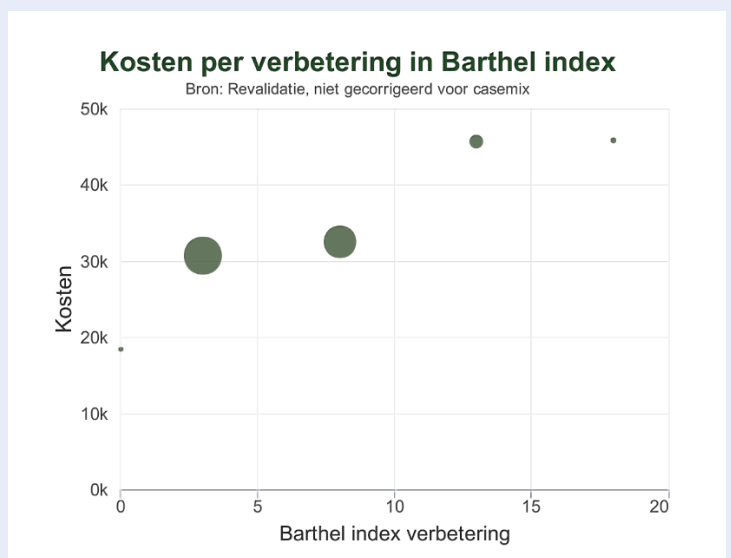
Opvallend is dat wanneer de data op individueel niveau worden bekeken, één punt verbetering op de Barthel Index een factor 10 uiteenlopende investering in kosten kan vragen. Dit fenomeen van extreme verschillen in kosten bij een minimaal verschil in uitkomst is ook zichtbaar als de *Modified Rankin Scale* of de *USER* wordt geanalyseerd. Spontaan herstel kan een verklaring zijn voor de grote spreiding in kosten maar ook over- of onderbehandeling van patiënten. Een andere verklaring kan zijn dat de genoemde uitkomstmaten niet goed aansluiten bij het doel van de behandeling of niet goed worden begrepen/uitgevoerd door communicatieve of cognitieve problematiek. Dit is namelijk niet enkel gericht



Figuur 1. Barthel Index bij opname en ontslag.



Figuur 2. Geclusterde verbetering Barthel Index. Patiënten met een opname-index van 20 (n = 35) zijn niet meegenomen in deze analyse.



Figuur 3. Kosten per geclusterde verandering in Barthel Index. De grootte van de bol geeft het percentage patiënten in het betreffende cluster weer.

## &gt; ACTUEEL

op het verbeteren van het functieniveau maar ook op de voorbereiding op ontslag uit de behandeling, een fase waar de patiënt en mantelzorger met minder of zelfs zonder professionele steun hun dagelijkse activiteiten hervatten. De aanwezigheid van een partner of trap in de thuissituatie lijken hierin voorname factoren.

**WAARDEGEDREVEN ZORG MET HET CVA-MEETPLAN**

De insteek van het project Waardegedreven zorg met het CVA-meetplan is om een compacte meetset op te stellen die aansluit bij het doel van de revalidatiezorg om deze vervolgens met een hoge frequentie (tweewekelijks) af te nemen bij circa 150 klinisch opgenomen patiënten met een CVA binnen Rijndam. Deze meetfrequentie is benodigd om het verloop van de uitkomstmaat over de tijd in kaart te brengen.

**SELECTIE VAN UITKOMSTMATEN**

Een belangrijke vraag voor de revalidatie is hoe de toegevoegde waarde van de klinische CVA-revalidatie wordt gedefinieerd. Het *International Consortium of Health Outcomes Measurement* (ICHOM) is opgericht om zich, samen met internationale experts, te buigen over het samenstellen van klinimetrische sets die toepasbaar zijn voor het inzichtelijk krijgen van patiëntwaarde. In 2016 heeft het ICHOM een klinimetrische set voorgesteld voor patiënten met een CVA.<sup>5</sup> Het uitgangspunt van deze set is om zoveel mogelijk gebruik te maken van PROM's voor het meten van patiëntwaarde. De toepasbaarheid van deze set is momenteel echter beperkt aangezien een deel hiervan nog niet in de Nederlandse taal beschikbaar is. Daarnaast ligt de klinische revalidatieopname van een CVA-patiënt, gemiddeld genomen, tussen de meetmomenten van deze set in (acute fase en 90 dagen post onset), wat het definiëren van de meerwaarde van revalidatie in de weg staat. Om bovenstaande redenen is een eigen set samengesteld. Met behulp van PROM's wordt de kwaliteit van leven (EuroQol-5d), zelfredzaamheid op de gebieden mobiliteit, zelfverzorging en cognitie (Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van klinische Revalidatie) en eigen effectiviteit (*General Self Efficacy scale*) gemeten. In aanvulling daarop wordt de patiënt op ieder meetmoment gevraagd om op een 5-puntsschaal aan te geven of hij/zij op het betreffende moment voldoende is voorbereid om naar huis ontslagen te worden.

**OPMAAT NAAR FINANCIERING OP BASIS VAN UITKOMSTEN**

De analyses binnen dit project zullen zich primair richten op de vraag of kwaliteit van leven (EQ-5D), zelfredzaamheid (USER), regievoering over eigen leven (GSE en voorbereid zijn op ontslag) of een combinatie hiervan goed geschikt is om de waarde van klinische revalidatiezorg te duiden. In aanvulling hierop zal de bereikte winst op de uitkomstmaten worden uitgezet tegen de daarbij gemaakte kosten. Het verkrijgen van inzicht in het tijdsverloop van zowel bereikte winst op uitkomstmaten als gemaakte kosten is hierbij van cruciaal belang om eventuele over- of onderbehandeling in kaart te kunnen brengen. De verwachting is dat medio 2018 de dataverzameling compleet is en de resultaten van het project in het laatste kwartaal van 2018 beschikbaar zijn. Een adequate VBHC-analyse gaat verder dan de klinische revalidatiefase, zoals gemeten in deze pilotstudie, en gaat zelfs over de zorgketen heen. Binnen de eerdergenoemde VBHC-ketenzorgstudie van de Rotterdam Stroke Service zullen de resultaten van het onderhavige project als input dienen als met de zorgverzekeraar wordt gesproken over de wijze waarop de toegevoegde waarde van de revalidatiebehandeling binnen dit project moet worden gedefinieerd.

**REFERENTIES**

1. Porter M, Elizabeth O. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
2. Kiers B. *Het verblindende geloof in VBHC*. *Zorgvisie* 2017;48.
3. Bassant E. *Zorg als waarde*. *Zorgvisie* 2017;47:7.
4. Klop G. *Value-Based Healthcare: samen aan de slag*. *Vintura* 2017.
5. Salinas J, Sprinkhuizen SM, Ackerson T, Bernhardt J, Davie C, George MG, et al. *An International Standard Set of Patient-Centered Outcome Measures After Stroke* 2016;47:180-6.

**Correspondentie**

jslaman@rijndam.nl

# De herziene richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding

S.K. Schiemanck, G. Kwakkel

Op 7 december 2017 is de herziene richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding gepubliceerd. De multidisciplinaire behandelrichtlijn waar 19 beroepsgroepen en patiëntenorganisaties aan hebben deelgenomen sluit naadloos aan op de NHG-standaard, de beroepsspecifieke KNGF-behandelrichtlijnen 'Fysiotherapie' en 'Ergotherapie na een beroerte'.

De richtlijn is onderverdeeld in de belangrijkste aspecten van zorg, te weten de '(hyper)acute fase' en 'de vroege en late (revalidatie)fase', met daarnaast algemene zorgaspecten. We beperken ons in deze richtlijnsamenvatting tot de thema's die uitermate van belang zijn voor de revalidatiearts.

## HET EFFECT VAN VROEGE MOBILISATIE

Patiënten op de stroke-unit dienen gemobiliseerd te worden op geleide van hun kunnen. Er is echter geen bewijs dat door vroeg mobiliseren (binnen 24 uur) secundaire gevolgen kunnen worden voorkomen of dat neurologisch herstel, loopvaardigheid en ADL-zelfstandigheid er na drie maanden gunstig mee worden beïnvloed. Evenmin is er bewijs dat de ligduur door vroeg gestarte mobilisatie wordt verkort. Wel is er een matig bewijs dat vroege mobilisatie binnen 24 uur na beroerte nadelig kan zijn voor patiënten met een hersenbloeding of ernstige neurologische uitval. Op basis van de AVERT trial<sup>2,3</sup> (N = 2.104) is er indirect bewijs dat bij ernstig neurologisch aangedane patiënten (*National Institutes of Health Stroke Scale*, NIHSS,  $\geq 16$ ) de mobilisatie (uit bed halen en reactiveren) bij voorkeur van korte duur (5-10 minuten) en regelmatig (4-6 keer per dag) dient plaats te vinden. Bij patiënten met een ernstig herseninfarct of hersenbloeding, wordt geadviseerd de behandelintensiteit tijdens opname op een stroke-unit geleidelijk aan op te bouwen en pas na enkele dagen na het herseninfarct of hersenbloeding te starten met intensieve revalidatie.<sup>2,3</sup>

## EFFECT VAN INTENSITEIT VAN OEFENTHERAPIE

Onder de intensiteit wordt verstaan: de hoeveel-

heid uren die wordt besteed aan oefentherapie. De intensiteit van oefentherapie dient te zijn afgestemd op de fysieke en cognitieve belastbaarheid van de patiënt en verdeeld over de dag te worden gegeven. Patiënten met beperkingen in de ADL (Barthel Index, BI, < 19 punten) dienen in de gelegenheid te worden gesteld om minimaal 40-60 minuten per dag te oefenen. Zij dienen zowel neurologisch als cardiovasculair voldoende stabiel te zijn, zonder verlaagd bewustzijn. Er wordt tevens gesteld dat patiënten met een beperking in ADL in de weekenden tijdens opname in de gelegenheid moeten worden gesteld om te (blijven) oefenen. Bij patiënten die bij aanvang enige willekeurige controle hebben over de strekfunctie van de pols en een of meerdere vingers van de paretische arm wordt de gemodificeerde vorm van de *Constraint Induced Movement Therapie*, (m)CMT geadviseerd.<sup>4</sup>

## DE DOELMATIGHEID VAN VERVROEGD ONTSLAG

Er zijn aanwijzingen dat versneld ontslaan uit een ziekenhuis naar de thuissituatie (zogenaamde *Early Supported Discharge*, ESD), kosteneffectief is bij patiënten met een geringe beperking (BI  $\geq 16$ ). Bij ESD wordt nagestreefd om de duur van de opname zo kort mogelijk te houden zonder dat dit ten koste gaat van ADL-zelfstandigheid, kwaliteit van leven of ervaren zorglast van de mantelzorger. Op basis van een meta-analyse is er matig bewijs dat ESD de gemiddelde duur van opname verkort bij patiënten met geringe beperkingen (BI  $\geq 16$ ), en dat vervroegd ontslag ten goede komt aan ADL-zelfstandigheid in de thuissituatie. Bovendien wordt de kans op overlijden niet nadelig beïnvloedt door ESD. Er is geen bewijs dat vervroegd ontslag ten koste gaat van stemming of ervaren zorglast van mantelzorger, mits de mantelzorger voldoende belastbaar is (*Hospital Anxiety and Depression Scale* < 8 met een *Caregiver Strain Index* < 7).

## HET VASTSTELLEN EN BEHANDELEN VAN AFASIE

In de acute fase wordt de *Screeling* geadviseerd als diagnostisch instrument om afasie vast te stellen, en op welk linguïstisch niveau (fonologie, semantiek, syntaxis) er stoornissen aanwezig zijn. Hoewel taaltherapie effectiever blijkt voor het herstel van functionele communicatie, taalbegrip en

Dr. S.K. (Sven) Schiemanck, revalidatiearts, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Prof. dr. G. (Gert) Kwakkel, hoogleraar neurorevalidatie, Amsterdam Movement Sciences and Neurosciences, VUmc, Amsterdam



taalproductie dan geen therapie, is er geen verschil aangetoond in effectiviteit tussen communicatie met getrainde vrijwilligers en gerichte taaltherapie. In de richtlijn wordt geadviseerd dat patiënten met afasie dienen te starten met taaltherapie door een logopedist; maar als dat niet mogelijk is, bijvoorbeeld door logistieke beperkingen, dan kunnen er getrainde familieleden of vrijwilligers worden ingezet om met de patiënt te communiceren. Er zijn aanwijzingen dat een vroege start (binnen twee weken) van taaltherapie, vergeleken met geen therapie, geen gunstiger effect heeft op verbale communicatie. Er wordt daarom aanbevolen om in ieder geval binnen drie maanden met afasietherapie te starten, en om niet onnodig te wachten met diagnostiek en communicatieadviezen. Er dient te worden gestreefd naar een behandelintensiteit van minimaal 3 á 4 uur per week, omdat er aanwijzingen zijn dat dit een betere uitkomst geeft dan een lagere intensiteit. Hiervan dient minimaal twee uur plaats te vinden onder begeleiding van een logopedist (en de overige tijd kan worden ingevuld met zelfstandig oefenen onder andere met digitale of papieren oefenprogramma's).

#### SCREENING VAN COGNITIEVE PROBLEMEN IN DE ACUTE EN SUBACUTE FASE NA BEROERTE

De *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA)<sup>5</sup> is een geschikt screeningsinstrument voor het vaststellen van cognitieve stoornissen van de patiënt in de (sub) acute fase. Er wordt aanbevolen om in ieder geval met de MoCA de aanwezigheid van cognitieve stoornissen na een beroerte vast te stellen. De *MiniMental State Examination* (MMSE) is als screeningsinstrument voor cognitieve problemen na een beroerte onvoldoende sensitief gebleken en dient daarom niet te worden gebruikt. Er wordt aanbevolen om een kort neuropsychologisch onderzoek uit te voeren volgens de richtlijnen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) na een eerste cognitieve screening.

#### BELEID TEN AANZIEN VAN COGNITIEVE REVALIDATIE

In de richtlijn is onderzocht wat het effect is van deze neuropsychologische behandeling bij patiënten met cognitieve stoornissen. De studies hadden grote beperkingen in de bewijsvoering vanwege methodologische tekortkomingen (onder andere aantallen, beschrijving van specifieke interventies en de keuze van de uitkomstmaten). De aanbevelingen zijn, op basis van bevindingen met slechts matig bewijs, daarom sterker dan de bewijsvoering: de richtlijn geeft aan dat er niet geconcludeerd kan worden dat cognitieve revalidatie niet effectief is na een beroerte, omdat de afwezigheid van bewijs van effect niet gelijkgesteld kan worden met bewijs van afwezigheid van effect. Er wordt aanbevolen om een patiënt te verwijzen

voor revalidatie als er cognitieve stoornissen zijn. Ook als er uit een screening geen cognitieve stoornissen naar voren komen, dan dient er bij latere policontrolen specifiek naar klachten op cognitief vlak gevraagd te worden, omdat subtielere cognitieve stoornissen niet worden vastgesteld met een globale screening. Gerichte informatie en psycho-educatie dient altijd gegeven te worden. Overweeg cognitieve revalidatie om te leren omgaan met (blijvende) cognitieve gevolgen na beroerte. Strategietraining wordt aanbevolen bij stoornissen in aandacht, neglect, apraxie, geheugen en executieve functies. Het aanleren van externe strategieën (zoals agenda's en planners) voor het leren omgaan met de gevolgen kan tot vele jaren na de beroerte worden aangeboden. Hoewel er nog geen effectieve behandeling is voor stoornissen in sociale cognitie en emotieregulatie, dient men hierop wel alert te zijn aangezien deze stoornissen grote impact kunnen hebben op het dagelijks leven en voor sociale relaties.

Laagfrequente poliklinische groepsprogramma's kunnen worden aangeboden om patiënten te ondersteunen bij het realiseren van individuele doelen met betrekking tot het omgaan met cognitieve tekorten in het dagelijks leven. Groepsinterventies waarbij cognitieve training en psychotherapeutische interventies worden gecombineerd (zogenaamde holistische aanpak) kunnen cognitieve en functionele mogelijkheden vergroten bij matige en ernstige cognitieve stoornissen. Deze programma's worden vaak in de chronische fase aangeboden omdat de problemen op lange termijn vooral veroorzaakt worden door de cognitieve, emotionele en gedragsproblemen. Nazorg gericht op signalering van deze problematiek en vervolgens gerichte doorverwijzing verdient aanbeveling. Vooralsnog worden trainingen gericht op het herstel van cognitieve functies niet aangeraden.

#### FARMACOLOGISCHE EN GEDRAGSMATIGE INTERVENTIES VOOR HET REDUCEREN VAN ANGST/DEPRESSIE NA EEN BEROERTE

Als screeningsinstrumenten zijn de volgende geschikt bevonden voor de beoordeling van het bestaan van angst of depressie na beroerte: de *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Symptom Checklist* (SCL-90) subschaal depressie en de *Hamilton Depression Scale*. Overweeg behandeling met antidepressiva om depressieve klachten te behandelen, emotionele labiliteit te verminderen en om controle te krijgen over emotionele ontremming (dwanglachen en -hullen). Gelet op het bijwerkingenprofiel gaat de voorkeur uit naar de SSRI's met korte halfwaardetijd, bijvoorbeeld Citalopram. Bij gecombineerd gebruik met vitamine K-antagonisten dient de INR extra gecontroleerd te worden. Overweeg tevens psychologische behande-

ling om depressie te voorkomen waarbij probleemoplossende vaardigheden kunnen worden aangeleerd of *motivational interviewing* kan worden toegepast.

Er wordt geadviseerd om het gebruik van antidepressiva te beperken tot patiënten met langer durende depressieve klachten. In de eerste maanden na de beroerte wordt het gebruik vooral aangeraden als hiermee de voorwaarden voor revalidatiebehandeling kunnen worden verbeterd (dat wil zeggen: initiatief, motivatie).

Overweeg bij zowel depressie als emotionele labiliteit om de partner en naaste familie psycho-educatie te bieden. Voor angstklachten en posttraumatische stressreactie kan de richtlijn 'Angststoornissen' worden gevolgd.

### BEGELEIDING VAN MANTELZORGERS

Veel mantelzorgers van patiënten na een beroerte ervaren klachten die passen bij overbelasting, leidend tot stress en somberheidsgevoelens. Gerichte informatievoorziening kan de kennis over de gevolgen van een beroerte bij mantelzorgers vergroten maar blijkt geen effect te hebben op stemming van mantelzorgers of tevredenheid van de mantelzorgers. Psychosociale interventies gericht op het vergroten van probleemoplossende vaardigheden en omgaan met stress kunnen het welbevinden van mantelzorgers vergroten en de zorgconsumptie voor patiënten verlagen. In de behoefte van educatie en steun bij patiënten en mantelzorgers kan worden voorzien door het organiseren van familiebesprekingen. Specifieke aandacht aan mantelzorgers en hun wensen en doelen wordt aanbevolen, gezien het feit dat veel patiënten na een beroerte naar huis worden ontslagen en dat dit aantal in de komende jaren zal stijgen. De door de partner ervaren belasting dient bij voorkeur met een standaard meetinstrument te worden gemeten; het liefst met de *Caregiver Strain Index* (CSI), waarmee naast met een verhoogd risicoprofiel bij de start van de revalidatie kunnen worden geïdentificeerd en intensiever begeleid (dat wil zeggen CSI > 7, lagere gezondheidstoestand van de naaste zelf en veel andere zorgtaken zoals de verzorging van de kinderen). Er wordt aanbevolen om gerichte informatievoorziening over de gevolgen van beroerte en mogelijke vormen van zorg en ondersteuning die in de regio beschikbaar zijn, aan te bieden aan mantelzorgers. Partnercursussen en gezamenlijke voorlichtingsbijeenkomsten worden aangeraden. Bij die informatievoorziening aan de patiënt en naaste dient specifieke aandacht te worden besteed aan de

onderwerpen intimiteit en seksualiteit aangezien er veel veranderingen op dit gebied kunnen optreden die niet altijd begrepen worden en de kwaliteit van leven kunnen beïnvloeden. Seksuele functiestoornissen dienen besproken te worden en zo nodig dient een verwijzing naar een seksuoloog te volgen. Daarnaast is het van belang om de mantelzorgers kennis over de gevolgen van een beroerte en probleemoplossende vaardigheden aan te leren en te ondersteunen bij het omgaan met stress, en hen zo te helpen bij de zorg voor hun naaste. Familiebesprekingen dienen deel uit te maken van de standaardzorg voor de patiënt met een beroerte. Maak afspraken binnen de *Stroke Service* en leg schriftelijk vast wie de contacten met en eventuele zorg voor de naastbetrokkenen op zich neemt.

### REFERENTIES

1. Veerbeek JM, Wegen E van, Peppen R van, et al. What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9:e87987.
2. AVERT Trial Collaboration group, Bernhardt J, Langhorne P, Lindley RI, Thrift AG, Ellery F, Collier J, Churilov L, Moodie M, Dewey H, Donnan G. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015;386:46-55. Bernhardt J; AVERT investigators. Could upright posture be harmful in the early stages of stroke? Author's reply. *35 Lancet* 2015;386:1734-5.
3. Bernhardt J, Churilov L, Ellery F, Collier J, Chamberlain J, Langhorne P, Lindley RI, Moodie M, Dewey H, Thrift AG, Donnan G; AVERT Collaboration Group. Prespecified dose-response analysis for A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT). *Neurology* 2016;86:2138-45.
4. Kwakkel G, Veerbeek JM, Wegen EE van, Wolf SL. Constraint-induced movement therapy after stroke. *Lancet Neurol* 2015;14:224-34.
5. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:695-9.

De richtlijn 'Herseneninfarct en hersenbloeding' en de richtlijn 'Angststoornissen' zijn te vinden in de Richtlijnen-database (<https://richtlijnen-database.nl>).

### Correspondentie

S.K.Schiemanck@lumc.nl

# Richtlijn Diagnostiek en behandeling van neuropsychiatrische gevolgen na niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen

## Modulaire revisie 2017

C.A.M. van Bennekom

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is geen medische diagnose. Het is een verzamelnaam voor meerdere aandoeningen waarbij een beschadiging van het hersenweefsel is ontstaan ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan voor, tijdens of vlak na de geboorte. Oorzaken kunnen zowel traumatisch zijn, zoals verkeersongelukken, vallen, of geweld en niet-traumatisch zoals een CVA of hersentumor. De doelgroep van deze richtlijn betreft patiënten met NAH waarbij er ten gevolge van het letsel sprake is van gedragsverandering en/of psychiatrische stoornissen, beiden samen ook wel neuropsychiatrische gevolgen van NAH genoemd. Meest frequent voorkomend zijn agressie en agitatie, apathie, stemmingsstoornissen, denk- en waarnemingsstoornissen en ontremming.

Neuropsychiatrische gevolgen na NAH hebben een zeer grote impact op het algemene functioneren en kwaliteit van leven van zowel de patiënt zelf als diens omgeving. De symptomatologie is vaak indringend en de behandeling ervan een grote uitdaging voor de professional die hiermee te maken heeft. Er zijn geen recente epidemiologische cijfers bekend over het voorkomen van deze neuropsychiatrische problemen na NAH in Nederland. Het gaat vaak om zeer moeilijk te behandelen problematiek, waarbij nog geen standaardbehandelingen voorhanden zijn.

Gezien de grote impact van neuropsychiatrische problemen is het belangrijk dat er binnen de beroepsgroepen die werken met de hersenletselgroep duidelijkheid bestaat over wat op dit moment best practice is voor het beleid rondom neuropsychiatrische gevolgen, gebaseerd op actualisatie van het wetenschappelijk bewijs en de expert opinion van de leden van de richtlijnwerkgroep.

Deze richtlijn betreft een revisie van de richtlijn uit 2007. Tabel 1 laat de in de richtlijn opgenomen modules zien. Naast advisering omtrent (niet)medicamenteuze behandeling wordt als nieuw aandachtspunt ingegaan op de diagnostiek en vereiste maatregelen op het gebied van veiligheid.

> *Tabel 1. Modules opgenomen in de richtlijn.*

Algemeen	
•	Zorgkaders
•	Veiligheid
•	Diagnostiek
•	Ernst
Gevolgen	
•	Agressie en agitatie
•	Wanen en hallucinaties
•	Apathie
•	Stemmingsstoornissen
•	Seksueel ontremd gedrag

De modules gericht op de neuropsychiatrische gevolgen zelf zijn praktisch van opzet. De adviezen zijn te gedetailleerd om in deze samenvatting op te nemen. Ze zijn via de richtlijndatabase of -app eenvoudig te consulteren en richtinggevend aan niet- en medicamenteus handelen bij deze gevolgen. Elke revalidatiearts die zich richt op deze doelgroep dient de richtlijn dan ook door te nemen.

Voor alle interventies bestaan algemeen geldende principes (zorgkaders) waar consensus binnen de richtlijnwerkgroep over bestaat. De modules over zorgkaders en veiligheid zijn van dermate groot belang dat deze in de volgende alinea's worden beschreven.

### BINNEN WELKE KADERS DIENT DE ZORG GELEVERD TE WORDEN?

Het aantal gerandomiseerde studies (RCT's) en systematische reviews of meta-analyses over interventies bij neuropsychiatrische gevolgen van goede kwaliteit is beperkt. Vanuit RCT's is het niet altijd duidelijk of het aangetoonde gemiddelde effect in de onderzoekspopulatie ook opgaat voor de individuele patiënt in de spreekkamer, zeker gezien de heterogeniteit van de populatie. In de dagelijkse praktijk is er dus behoefte aan grote zorgvuldigheid in uitvoering en evaluatie van de interventies. Dit geldt in het algemeen maar voor deze richtlijn met beperkte bewijslast en de heterogene populatie in het bijzonder. Bijvoorbeeld geldt bij de meeste in deze richtlijn aanbevolen medicamenteuze interventies dat het off-label gebruik betreft. Dit leidt tot dezelfde noodzaak tot zorgvuldige uitvoering en evaluatie.

De aanbevelingen richten zich regelmatig op patiënten die opgenomen zijn in een instelling. Het overgrote deel van patiënten met NAH woont gewoon thuis en ook deze kunnen neuropsychiatrische problemen hebben, denk aan depressie, angst en verhoogde prikkelbaarheid. Ook deze groep heeft baat bij het volgen van de aanbevelingen van deze richtlijn.

#### Aanbevelingen ten behoeve van elke interventie

- Er is een baselineperiode, waarbij zoveel als mogelijk met gebruikmaking van gestandaardiseerde meetinstrumenten, de aard, frequentie en ernst is vastgelegd (zie de module 'Ernst neuropsychiatrische gevolgen NAH'). De duur van de baselineperiode is afhankelijk van wanneer een stabiele baseline is verkregen. Meestal volstaat 14 dagen met bij voorkeur dagelijkse metingen (als de ernst van de problematiek direct ingrijpen noodzakelijk maakt dan kan hiervan worden afgeweken).
- Er is een inventarisatie van de ernst en de impact van het (gedrags)probleem.
- Er is een duidelijke analyse van het probleem die leidt tot een werkhypothese.
- Onderdeel van de afweging is of er naast de neurologische aandoening andere intercurrente somatische aandoeningen zijn of bijwerkingen van medicatie. Bijvoorbeeld een urineweginfectie of obstipatie. Als dat het geval is kunnen deze aandoeningen eerst behandeld worden. Mogelijk is dit voldoende om het gedragsprobleem op te lossen.
- Als overprikkeling of overvragen na analyse niet kan worden uitgesloten als oorzaak, is het goed om eerst over te gaan tot prikkelarm verplegen en ondervragen, waarbij gestreefd wordt naar veel rust, ritme en regelmaat.
- Metingen worden gecontinueerd gedurende de

interventie en enige tijd na het stoppen daarvan.

- Start één interventie tegelijk en houd intussen andere variabelen zoveel mogelijk gelijk. Meerdere interventies tegelijk doen betekent dat men niet weet waaraan veranderingen zijn toe te schrijven.

#### Aanbevelingen ten behoeve van medicamenteuze therapie

- Vrijwel alle medicatie die wordt gebruikt ter behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van hersenletsel is off-label. De patiënt (of indien noodzakelijk diens wettelijk vertegenwoordiger) en belangrijke anderen moeten hierover geïnformeerd worden en uitleg krijgen over de voor- en nadelen (onder andere bijwerkingen) van de voorgenomen interventie.
- Vervolgens wordt in gezamenlijkheid de beslissing genomen of de interventie wordt ingezet.
- Als begonnen wordt met een medicament: *start low, go slow*.
- Bij geen effect moet het medicament gestopt worden.
- Als er wel effect is en het is klinisch verantwoord, dan is het wenselijk medicatie weer (een periode) af te bouwen en te stoppen, om vervolgens als de klachten en symptomen terugkomen opnieuw te starten (ABAB-design). Op deze manier kan goed beoordeeld worden of een bepaalde medicatie daadwerkelijk effect heeft of niet en of er niet te veel bijwerkingen zijn. Het middel moet wel lang genoeg en in voldoende dosering worden gegeven zodat effect verwacht kan worden. In een dergelijk design is de patiënt zijn eigen controlepersoon. Bij de afweging of deze werkwijze gevolgd wordt moet het risico meegenomen worden dat na stoppen de respons de tweede keer mogelijk anders uitvalt.
- Overweeg altijd om medicatie te verminderen of geheel af te bouwen, en bij geen nadelen van vermindering ook te stoppen. Dit om onnodig lange interventies en polyfarmacie te voorkomen.
- Het medicatiebeloop, de onderbouwing van start, wijzigen (medicament of doses) of continueren van medicatie en de effecten en de bijwerkingen daarvan moeten goed gedocumenteerd zijn, zodat opeenvolgende behandelaars goed inzicht hebben in deze geschiedenis om hun interventies naar aanleiding van eventueel veranderende symptomen goed te kunnen afwegen.
- Bij anti-epileptica, tricyclische antidepressiva kan een bloedspiegelbepaling zinrijk zijn om te zien of de spiegel zich in de therapeutische range bevindt en of er nog voldoende marge is om medicatie op te hogen.
- Bij lithium moet periodiek een spiegel worden be-

- paald conform de richtlijn bipolaire stoornissen.
- Voor de noodzakelijke periodieke controles wordt per medicament verwezen naar de productinformatie.
  - Elke voorschrijvende arts dient kritisch te zijn omtrent de eigen bekwaamheid om bij deze doelgroep psychofarmaca voor te schrijven.

### HOE KAN DE VEILIGHEID VAN DE PATIËNT, BEHANDELAAR EN ANDEREN WORDEN GEBORGD?

Mensen met hersenletsel lopen, zeker in de (sub) acute fase, gevaar zichzelf of anderen schade toe te brengen door gedrag en/of beslissingen die voortvloeien uit hun aandoening. Vaak ontbreekt ziektebesef bij patiënten en kunnen zij als gevolg van de hersenaandoening de gevolgen van hun handelen niet overzien. Dit kan leiden tot gevaarlijke situaties. Hierbij kan gedacht worden aan: valgevaarlijkheid, zwerf- of dwaalgedrag, agressiviteit, weigeren of hinderen van zorg.

In de zorginstellingen waar mensen met hersenletsel verblijven (ziekenhuis, revalidatiecentrum, verblijfsinstelling) moeten vaak extra (veiligheids)maatregelen worden ingezet om patiënt en omgeving voor schade te behoeden. Maar ook in de thuissituatie kunnen maatregelen noodzakelijk zijn om gevaar voor de patiënt of zijn omgeving te voorkomen. Het gaat dan om maatregelen zoals het aanbrengen van bedhekken, het aanbrengen van een cijfercode op de deur, of het hanteren van alarmering als iemand de deur uitloopt. Het inzetten van dergelijke maatregelen betekent in sommige gevallen dat sprake is van vrijheidsbeperking of zelfs van vrijheidsbeneming. Dergelijke maatregelen mogen alleen onder strenge regels toegepast worden, hetgeen betekent dat in sommige gevallen geen maatregelen getroffen mogen worden. Dit levert in de praktijk een spanningsveld op tussen 'goed hulpverlenerschap', het zorgen voor veiligheid van de patiënt, behandelaar en omgeving en het recht op zelfbeschikking van de patiënt.

In de richtlijn wordt de wetgeving (WGBO, BOPZ, Wkkgz) besproken. De begrippen wilsonbekwaamheid en vrijheidsontneming/-beperking worden hieronder kort besproken.

#### Wilsbekwaamheid

Overwegingen over wilsbekwaamheid moeten concreet en systematisch in het patiëntendossier worden genoteerd en de wilsbekwaamheid dient periodiek te worden geëvalueerd.

Ook als een patiënt wilsonbekwaam is ten aanzien van een medische beslissing moet gezocht worden naar de optimale behandeling die proportioneel, doelmatig en het minst ingrijpend is. Eveneens dient met de wettelijk vertegenwoordiger overlegd te worden ten aanzien van toestemming voor medische

beslissingen.

Het kan zinvol zijn een psychiater bij de beoordeling te betrekken als tweede en onafhankelijke beoordelaar van de wilsbekwaamheid. De psychiater kan daarnaast beoordelen of een psychiatrische of cognitieve stoornis de wilsbekwaamheid beïnvloedt.

#### Vrijheidsbeperking/-beneming

Vrijheidsbeneming betreft de onmogelijkheid om een instelling of afdeling daarvan te verlaten. Vrijheidsbeperkende maatregelen betreffen beperking en/of belemmering van de bewegingsvrijheid.

Vrijheidsbeneming is alleen op grond van de Wet BOPZ mogelijk en alleen binnen een BOPZ-instelling. Vrijheidsbeperking is binnen de grenzen van de WGBO toegestaan mits die beperking nodig is om ernstig nadeel voor de gezondheidstoestand van de patiënt te voorkomen. Dit kan ook op een reguliere afdeling van een ziekenhuis of revalidatiecentrum. Binnen de WGBO bestaat ruimte voor vrijheidsbeperking op basis van de algemene zorgplicht (zorg van een goed hulpverlener).

Voor vrijheidsbeperking op grond van de WGBO gelden een aantal voorwaarden:

- de maatregel moet onvermijdelijk zijn om lijden te verhelpen of te voorkomen;
- de beperking moet in het dossier aangetekend en verantwoord worden;
- de vertegenwoordiger van de wilsonbekwame patiënt heeft ingestemd;
- de noodzaak om de maatregel te continueren wordt regelmatig beoordeeld;
- de beperking wordt zo kort mogelijk toegepast;
- de beperking mag niet tot vrijheidsbeneming leiden.

Bespreek vrijheidsbeperkingen altijd met de patiënt (en diens vertegenwoordiger).

#### Aanbevelingen omtrent veiligheid

Bij vrijheidsbeperkingen dienen altijd de volgende zaken in acht genomen te worden:

- kenbaar maken van instellingsbeleid (mondeling bij opname of middels folder);
- voldoende verzorgend en verpleegkundig personeel;
- beschikbaarheid van noodzakelijke medicatie;
- afspraken met consulent psychiater;
- verslaglegging;
- inzetten familieleden;
- scholing personeel op gebied van:
  - medicatie,
  - preventieve maatregelen bij onrustig/agressief gedrag,
  - gedragstherapeutische aanpak/bejegening.

De grens tussen vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking is in de praktijk niet altijd duidelijk. Het belang van transparantie voor alle betrokken partijen en vastleggen in dossier kan niet voldoende benadrukt worden.

#### Downloaden richtlijn

U vindt de volledige richtlijn op [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl).

#### Correspondentie

[C.van.Bennekom@heliomare.nl](mailto:C.van.Bennekom@heliomare.nl)

#### SAMENSTELLING WERKGROEP

- Prof. dr. C.A.M. (Coen) van Bennekom, revalidatiearts (VRA), Revalidatiecentrum Wijk aan Zee, en UvA/AMC, Amsterdam (voorzitter)
- Dr. I.M.H. (Ingrid) Brands, revalidatiearts (VRA), Blixembosch Revalidatiecentrum, Eindhoven
- Drs. P.Q. (Petra) Ladenberg, specialist ouderengeneeskunde (Verenso), WoonZorgcentra Haaglanden, Den Haag
- Prof. dr. J. (Joukje) van der Naalt, neuroloog (NVN), Universitair Medisch Centrum, Groningen
- Drs. A.J.W. (Bert) ter Mors, psychiater (NVvP), Circuit Huize Padua - GGZ Oost Brabant
- Prof. dr. R.W.H.M. (Rudolf) Ponds, psycholoog (NIP), Revalidatiecentrum Adelante, Hoensbroek, en Maastricht Universitair Medisch Centrum.
- Drs. J. (Jan) Wiersma, psychiater (NVvP), Personal Brain Care (praktijk voor (neuro)psychiatrie, hersenen en gedrag), Arnhem.
- Mr. D.Y.A. (Diederik) van Meersbergen, jurist (KNMG), Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst Utrecht

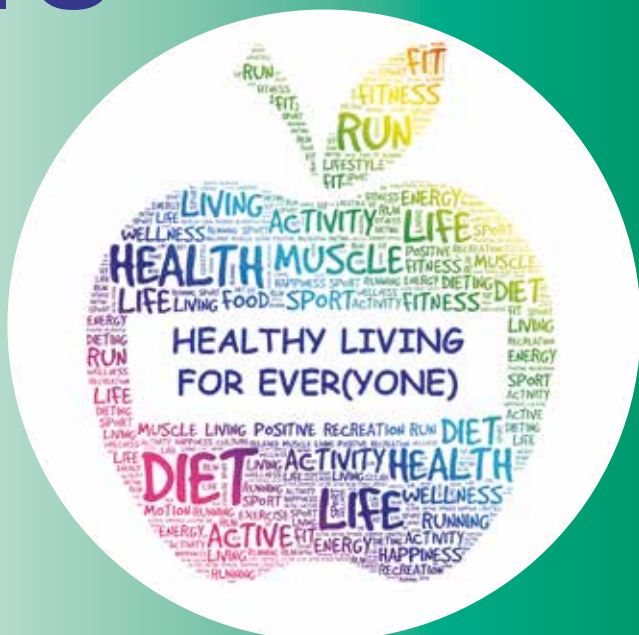
# DCRM 2018

8 AND 9 NOVEMBER 2018

MARTINIPLAZA  
GRONINGEN



# REGISTER NOW!



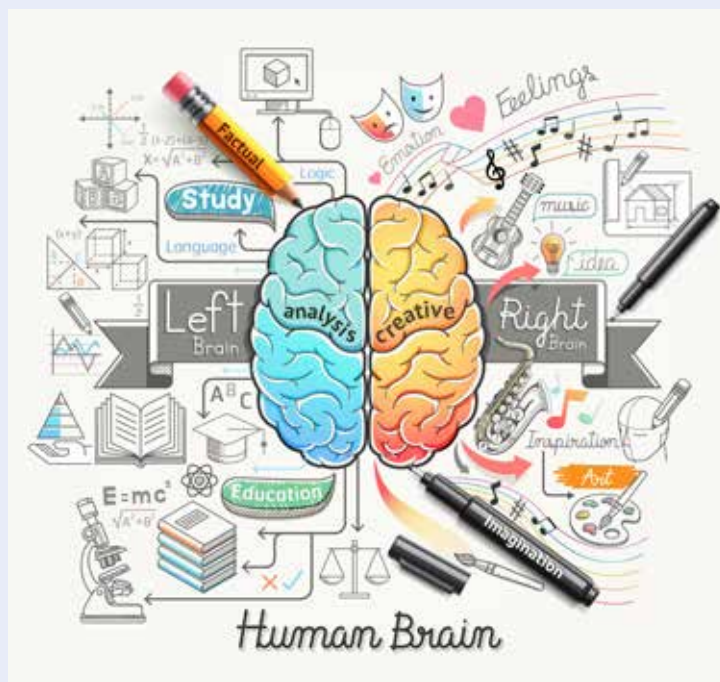
# VRA Werkgroep Hersenletsel in wording

A.M. ter Steeg, J.S. Groenewegen

Vanaf 2016 zijn de VRA-werkgroepen Traumatisch Hersenletsel (WTH) en CVA (WCN) steeds meer gaan samenwerken op gemeenschappelijke thema's. Ze hebben ervaren dat ze elkaar kunnen versterken. Voorbeelden hiervan zijn het gezamenlijk samenstellen van de basiscursus *Niet-Aangeboren Hersenletsel*, samen gesprekken voeren met de organisatie Hersenz en het gezamenlijk vormgeven van de behandelmodules.

De samenwerking tussen WCN en WTH is passend bij de ontwikkelingen om ons heen, ook landelijk gezien (bijvoorbeeld Nationaal Platform Hersenletsel). Het schaft ook helderheid in het optreden naar en de interactie met externe partijen.

De beide werkgroepen bundelen de krachten zonder dat daadkracht van noch de Werkgroep Traumatisch Hersenletsel, noch de Werkgroep CVA verloren gaat met betrekking tot afzonderlijke gespecialiseerde thema's.



Drs. A.M. (Anne Marie) ter Steeg, Revalidatiearts/MHA voorzitter divisie Revalidatie Reade, centrum voor revalidatiegeneeskunde en reumatologie Amsterdam, voorzitter van de VRA Werkgroep Traumatisch Hersenletsel (WTH), lid van het VRA Algemeen Bestuur

Drs. J.S. (Jan) Groenewegen, revalidatiearts BeLife Zorg en Revalidatie, secretaris van de Werkgroep CVA (WCN) van de VRA

## 2018: ÉÉN WERKGROEP

In 2018 hopen de WTH en WCN met elkaar een visie vast te stellen en vervolgens samen te smelten tot één werkgroep die streeft naar permanente kwaliteitsverbetering (volgens de laatste inzichten, doelmatig, laagdrempelig bereikbaar) en profilering van de revalidatiegeneeskundige zorg bij hersenletsel in alle fasen van het zorgproces. De werkgroep ontwikkelt, implementeert en evalueert nieuwe vormen van beleid. De werkgroep is er voor en door de leden.

## STARTDOCUMENT

De kwartiermakers van de beide werkgroepen (Anne Visser-Meily, Wijnand Scheepstra en Jan Groenewegen van de WCN en Wip Bakx, Anne Marie ter Steeg en Ellen Agterhof van de WTH) hebben in maart, met ondersteuning van het VRA bureau, een startdocument gemaakt met daarin de visie (wat willen we bereiken?) van de nieuwe Werkgroep Hersenletsel van de VRA. Tevens zijn de eerstvolgende stappen vastgesteld om dat doel te bereiken. Dit startdocument zal besproken worden met zowel de achterban van de WCN als die van de WTH, waarna een datum wordt geprikt voor de oprichting van de Werkgroep Hersenletsel.

## FOCUS OP HERSENLETSEL, THEMANUMMER NTR

Een gecombineerde gastredactie vanuit de WCN en WTH is voor dit themanummer van het Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde (NTR) aan de slag gegaan. U vindt in deze 'Focus op hersenletsel' dan ook artikelen op het gebied van zowel CVA als traumatisch hersenletsel. De gastredactie heeft ook de mooie illustratie verzorgd die op de cover staat. Het geeft de complexiteit weer van de hersenen en benoemt welke hersenhelften waarvoor verantwoordelijk zijn. Samenwerking in de hersenen is wezenlijk voor een goede output. Wat een sterke vergelijking met de samenwerking tussen de beide werkgroepen!

### Correspondentie

a.t.steeg@reade.nl

jan.Groenewegen@belife.nl