

Behandelkader Revalidatie van kinderen/jongeren met niet aangeboren hersenletsel

Definitieve versie november 2025

Juni 2024 start revisie van versie d.d. 15-4-2016; geautoriseerd door ALV VRA op 6 november 2025

Inhoudsopgave

1.	Algemene inleiding behandelkader	3
2.	Patiënten doelgroep	4
3.	Behandelaanbod	7
4.	Indicatoren	9
5.	Kwaliteitscriteria	10
6.	Referenties	13

1. Algemene inleiding behandelkader

1.1 Doel en functie behandelkader

Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiënten doelgroep (1).

Behandelkaders kunnen gebruikt worden voor verschillende doeleinden, zoals:

- het ontwikkelen en toetsen van behandelprogramma's;
- transparantie bieden dan wel verantwoording afleggen aan derden over welke zorg met betrekking tot een specifieke patiënten doelgroep al dan niet onder revalidatiegeneeskunde valt dan wel kan worden verwacht;
- het harmoniseren/uniformeren van het aanbod van verschillende revalidatiepraktijken teneinde praktijkvariatie inzichtelijk te maken;
- het beschrijven van de regionale samenhang in een revalidatienetwerk (wie doet wat, waar en op welk niveau).

1.2 Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader

Het behandelkader revalidatie van kinderen en jongeren met niet aangeboren hersenletsel is ontwikkeld door de werkgroep Revalidatieartsen, psychologen en orthopedagogen (RPO) van Hersenletsel en Jeugd (HeJ). Deze werkgroep, bestaande uit kinderrevalidatieartsen en GZ (neuro) psychologen en orthopedagogen generalisten (OG), valt onder de stuurgroep HeJ (partner van de Hersenletselalliantie) en is een subgroep van de sectie kinderrevalidatie van de VRA ([zie https://www.hersenletselalliantie.nl/partner/hersenletsel-jeugd-hej/](https://www.hersenletselalliantie.nl/partner/hersenletsel-jeugd-hej/)).

Van 2023-juni 2024 werd in de werkgroep gewerkt aan de revisie van dit behandelkader (eerste versie uit 2016). Dit concept van de revisie van dit behandelkader is voor commentaar voorgelegd aan de sectie kinderrevalidatie en de commissie kwaliteit van de VRA. Het advies van de commissie kwaliteit, het bestuur en RN is door de werkgroep aangepast in september 2025. Dit concept wordt aan de VRA voorgelegd op de ALV in november 2025.

1.3 Datering en geldigheidsduur van het behandelkader

Het behandelkader is in april 2016 geautoriseerd door de leden van de VRA. De VRA is als houder van dit behandelkader verantwoordelijk voor de actualiteit hiervan.

In juni 2024 is door de werkgroep revalidatie van HeJ het behandelkader gereviseerd. Uiterlijk juni 2028 bepaalt de werkgroep Revalidatie van HeJ of het behandelkader nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe commissie geïnstalleerd om het behandelkader te herzien. De geldigheid van het behandelkader komt eerder te vervallen als nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

2. Patiënten doelgroep

2.1 Omschrijving doelgroep

Definitie:

Niet aangeboren hersenletsel (NAH) is een verzamelnaam voor letsel aan de hersenen dat ontstaan is na de geboorte en leidt tot een duidelijke knik in de ontwikkelingslijn (levenslijn) van het kind of jongere en tot aangewezen zijn op hulpverlening (2). NAH kan verschillende oorzaken hebben zoals een trauma (traumatisch hersenletsel (THL)), beroerte (infarct of bloeding), epilepsie, tumor, infectie, degeneratieve aandoening, intoxicatie of zuurstofgebrek bij bijvoorbeeld een hartstilstand (3). De ernst van het traumatische letsel wordt ingedeeld in licht, middelzwaar of ernstig op basis van de Glasgow Coma Scale (GCS) en andere acute symptomen (4,5). Voor het classificeren van de ernst van het niet traumatisch hersenletsel is er momenteel, vanwege de complexiteit en verscheidenheid aan oorzaken en het soms grillige en onvoorspelbare verloop, geen eenduidige classificatie beschikbaar.

Incidentie:

In Nederland krijgen per jaar ongeveer 19.000 kinderen en jongeren (leeftijd 0 tot 25 jaar) in een ziekenhuis de diagnose traumatisch (n=15.000) of niet traumatisch hersenletsel (n=4000). Genoemde aantallen zijn een onderschatting. Ziekenhuizen registreren niet alle kinderen en jongeren met hersenletsel. Velen worden alleen door de huisarts gezien (6).

De grootste groep kinderen lijkt goed te herstellen en kan zonder intensieve begeleiding na verloop van tijd weer volledig participeren. Echter, een aanzienlijk aantal kinderen blijft beperkingen ondervinden en wordt belemmerd in de maatschappelijke participatie (7).

Inclusiecriteria:

- Kinderen en jongeren in de leeftijd van 0 tot 18* jaar bekend met de diagnose NAH (2);
- Er is sprake van vaardigheids- en/of participatieproblematiek als gevolg van het hersenletsel;
- Er zijn na neurologisch onderzoek en/of beeldvorming (CT/MRI) en/of neuropsychologisch onderzoek sterke aanwijzingen gevonden die hierbij passen (ter beoordeling aan neuroloog/revalidatiearts, vaak in afstemming met GZ-(neuro)psycholoog/orthopedagoog generalist).

*afhankelijk van de transitiefase kunnen ook jongvolwassenen tot 25 jaar met middelzwaar of ernstig hersenletsel in dit behandelkader passen.

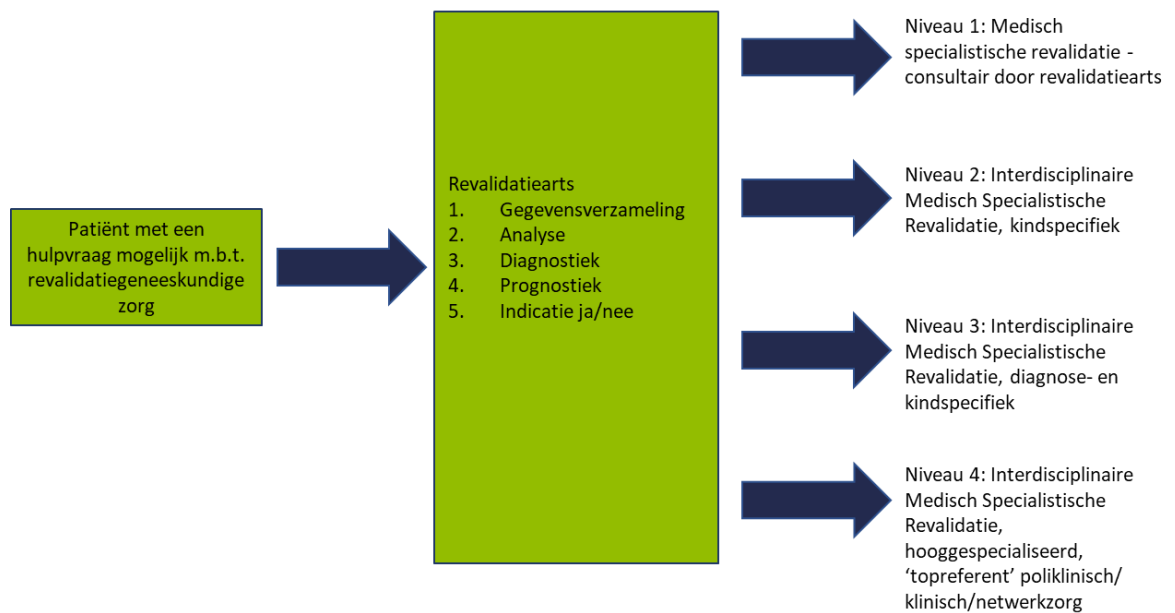
Exclusiecriteria:

- Een niet-stabiele medische toestand;
- Ernstige psychopathologie met bijbehorende gedrags- en persoonlijkheidsproblemen welke belemmerend zijn voor de revalidatie en waarbij de verwachting is dat behandeling binnen de GGZ beter aansluit;
- Alcohol- of drugsgebruik belemmerend voor de revalidatie;
- Afwezigheid van enige vorm van motivatie van patiënt en/of systeem.

2.2 Omschrijving subgroepen

De patiënten die met name door de kinderrevalidatiearts moeten worden gezien zijn kinderen/jongeren met risicofactoren voor vertraagd/uitblijvend herstel, en/of persisterende klachten langer dan 3 maanden na letsel met een breuk in de ontwikkelingslijn en beperkingen op activiteiten- en/of participatieniveau.

Er worden vier subgroepen omschreven in dit behandelkader welke verwijzen naar de vier hierna genoemde niveaus van matched care medisch specialistische revalidatiebehandeling (MSR) uit het behandelkader kinderrevalidatie (8):



De vier subgroepen in dit behandelkader (HeJ = Hersenletsel en Jeugd):
Voor uitgebreide beschrijving van kwaliteitseisen aan de teams zie hoofdstuk 5.

HeJ 1

Consultaire behandeling van de revalidatiearts, of IMSR in team met kindexpertise, maar geen expliciete extra expertise rondom de diagnose NAH. Hierbij worden kinderen gezien die in het dagelijks leven problemen ervaren op het gebied van activiteiten en/of participatie, met *verwacht gunstig herstel*. Dit kan in het ziekenhuis een consult zijn in de subacute situatie, poliklinisch worden kinderen gezien die meer dan 3 maanden na letsel zijn. Ook als het systeem meer problemen waarneemt dan het kind zelf, kan revalidatiebehandeling plaatsvinden. Het advies is om bij deze groep een brede analyse te maken van de mogelijke factoren die van invloed zijn op het herstel. Het doel van deze analyse is om samen met de revalidant en ouders te komen tot een verklaring vanuit het biopsychosociaal (BPS) model en vanuit daar keuzes te maken voor de verdere diagnostiek en passende interventies (9,10).

Behandeling kan plaatsvinden op locaties die vallen binnen de omschrijving niveau 1 en 2 van het behandelkader kinderrevalidatie (8).

HeJ 2

Kinderen die in het dagelijks leven, tenminste 3 maanden na het ontstaan van het hersenletsel, *diagnose gerelateerde* beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen ervaren, zoals bijvoorbeeld op het gebied van onderwijs, sociale contacten, sport of wonen. Ook als het systeem meer problemen waarneemt dan het kind zelf, kan revalidatiebehandeling plaatsvinden. Ook vallen onder deze subgroep kinderen bij wie door de ernst van het hersenletsel (zoals middelzwaar of ernstig THL) vanaf het ontstaan, de benoemde problemen te verwachten zijn. Zij kunnen al in de eerste 3 maanden gezien worden op verzoek van verwijzer. Het behandelaanbod stelt diagnose specifieke eisen aan de deskundigheid en de samenstelling van het behandelteam (niveau 3 behandelkader kinderrevalidatie met expertise op het gebied van kinderen met NAH (8)).

HeJ 3

Zie HeJ 2. Hieronder vallen de kinderen en jongeren waarvoor intensieve dagbehandeling in een huiskamer of pedagogische setting wenselijk is. Het behandelaanbod stelt diagnose specifieke eisen aan de deskundigheid en de samenstelling van het behandelteam (minimaal niveau 3 van behandelkader kinderrevalidatie met intensieve dagbehandeling en een team met expertise op het gebied van NAH (8)).

HeJ 4

Kinderen die in het dagelijks leven diagnose gerelateerde participatieproblemen ervaren en waarbij factoren aanwezig zijn die (soms ook na de acute fase) opname in een revalidatiecentrum nodig maken. Bijvoorbeeld een ernstige beperking in de basisvaardigheden die intensieve therapie nodig maakt en/of ontslag naar huis belemmert, gedragsproblemen die een therapeutisch klimaat behoeven, sterk verminderde belastbaarheid van het kind en het gezinssysteem, aanwezigheid van comorbiditeit die klinische opname nodig maakt (multitrauma) of indicatie voor vroege intensieve neurorevalidatie (VIN). Het behandelaanbod stelt diagnose specifieke eisen aan de deskundigheid en de samenstelling van het behandelteam (niveau 3 of 4 behandelkader kinderrevalidatie met intensieve dagbehandeling en klinische opnamecapaciteit en een team met expertise op het gebied van NAH (8)).

2.3 Patiënten perspectief en behandeldoelen

Revalidatiegeneeskunde stelt het bevorderen van de autonomie van de patiënt en haar participatie in de maatschappij centraal (1). De uitkomsten van de behandeling van kinderen en jongeren met NAH moeten relevant zijn voor de wijze waarop het kind kan deelnemen aan zijn of haar sociale context, zoals op het gebied van school, werk of dagbesteding, in de thuisomgeving en tijdens vrijetijdsbesteding.

De hulpvraag van de doelgroep komt voort uit de gezamenlijke individuele hulpvragen van patiënten en hun omgeving. De hulpvragen worden vertaald naar concrete behandeldoelen waarbij de methodiek van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) met de bijbehorende domeinen wordt gebruikt (11). Vanuit deze ICF-domeinen wordt vervolgens gekeken wat trainbaar is en daarna hoe het kind/ jongere optimaal gebruik kan maken van resterende mogelijkheden en leert welke alternatieven er zijn om deel te nemen aan de eigen sociale context (binnen het gezin, met vrienden, op school of tijdens vrijetijdsbesteding).

In navolging van de zorgstandaard traumatisch hersenletsel voor volwassenen, is met betrokken patiëntenorganisaties en NAH professionals in 2016 een zorgstandaard voor kinderen en jongeren met THL geschreven. In 2025 is deze zorgstandaard geactualiseerd (2).

De behandeling wordt afgerond als de hulpvragen van het kind/jongere en zijn ouders zijn beantwoord en de eerder gestelde doelen zijn bereikt.

Dit is het geval wanneer:

- het functioneren optimaal is;
- het kind/jongere en ouders psycho-educatie hebben ontvangen van de huidige en mogelijk toekomstige participatieproblemen;
- er een ontwikkelingsperspectief voor de (nabije) toekomst is besproken met (kind/jongere) ouders;
- er een passende plek is voor dagbesteding (onderwijs, werk of andere dagbesteding);
- benodigde voorzieningen in gang gezet of gerealiseerd zijn;
- de behoefte aan ondersteuning na de revalidatieperiode duidelijk is.

Ook wordt de behandeling afgerond als ondanks adequate behandeling de behandeldoelen niet behaald blijken te kunnen worden. Dan zal, waar mogelijk, worden doorverwezen naar een andere behandelsetting, passend bij de problematiek.

3. Behandelaanbod

Behandeling en begeleiding zijn niet alleen gericht op herstel en het verbeteren van functies, maar ook op het verwerken en accepteren van het verlies, het leren omgaan met de gevolgen van het hersenletsel en het opnieuw vormgeven aan het leven. Behandeling en begeleiding kunnen worden gegeven in alle fasen van het herstel (2).

Vanuit het revalidatieteam worden de verschillende behandelopties volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten (12) en de voor- en nadelen volgens de principes van *Samen Beslissen* besproken met patiënt en zijn systeem. Afhankelijk van de leeftijd, mate van het hersenletsel, de fase van herstel en de beperkingen wordt passende informatie verstrekt.

In behandelprogramma's wordt het behandelproces beschreven en wordt in meer detail ingegaan op het behandelaanbod, ingeschatte benodigde behandelduur en frequentie en benodigd aantal behandeluren. Er is in 2023 een eerste landelijk behandelprogramma beschreven (12). Deze wordt in de komende jaren verder uitgewerkt.

In de richtlijn 'licht traumatisch hoofd/hersenletsel in de acute fase' staat een netwerk beschreven voor de behandeling en follow-up van licht traumatisch hoofd/hersenletsel (13). Een netwerk van instellingen (ketenzorg) moet in verschillende regio's geïmplementeerd worden. In het netwerk moet behandeling vanaf subgroep *HeJ 2* mogelijk zijn. In een dergelijk netwerk zullen het (academisch) ziekenhuis, revalidatie afdeling, eerstelijns therapeuten, (passend) onderwijs en instellingen voor chronische zorg deel moeten nemen.

Als er sprake is van licht THL met een verhoogd risico op aanhoudende klachten (14), is de follow-up kortdurend gericht op ondersteuning naar herstel door middel van analyse, goede educatie en advies over opbouw/behandeling van belemmeringen voor het herstel (HeJ 1).

In het herstelproces na acuut, middelzwaar en ernstig hersenletsel worden meestal 3 fasen onderscheiden die zich kenmerken door specifieke aandachtspunten en problemen. De fasen lopen in elkaar over en kunnen afhankelijk van de ernst van het letsel variëren in duur.

In de behandeling kunnen, analoog aan het herstelproces, de volgende 3 fasen onderscheiden worden:

Fase 1, de acute fase: medische stabilisatie. De nadruk ligt op herstellen en in stand houden van vitale functies. Vanuit de revalidatie ligt de focus op preventie van secundaire gevolgen die later ernstige beperkingen in functioneren kunnen opleveren.

Fase 2, herstelfase: herstel van functies en vaardigheden.

Fase 3, participatiefase: overgang van revalidatie naar participatie in het dagelijks leven (14).

In fase 1 is de revalidatiearts betrokken als consulent/medebehandelaar tijdens klinische opname in het ziekenhuis.

De behandeling in fase 2 vindt doorgaans in een klinische revalidatie (subgroep HeJ 3,4) setting en later in poliklinische setting (subgroep HeJ 2) plaats. Fase 3 wordt vanuit poliklinische revalidatie (subgroep HeJ 2) geboden.

In 2022 is in Nederland een inventarisatie gepubliceerd van '*best practices*' en evidentie op het gebied van behandelinterventies in de poliklinische setting binnen de revalidatie voor kinderen/jongeren met hersenletsel in Nederland (12).

Voor het verrichten van neuropsychologisch onderzoek (NPO) bij kinderen en jongeren met NAH is in 2012 een landelijk advies geschreven door de werkgroep revalidatie HeJ. Sinds juni 2022 is deze

herzien door de huidige werkgroep met consensus van de betrokken revalidatieartsen en GZ-psychologen/orthopedagogen generalist. Het NPO vormt een belangrijk onderdeel van diagnostiek na hersenletsel. De resultaten dienen om tot een gericht advies te komen, waarmee het kind zich zo optimaal mogelijk kan ontwikkelen. Hierbij kan het gaan over het stellen van een indicatie voor specifieke behandeling of het formuleren van adviezen en het beschrijven van de ondersteuningsbehoefte op de verschillende domeinen in de eigen context (15).

Ook langere tijd na het ontstaan van het hersenletsel kunnen cognitieve- of gedragsproblemen ontstaan, die gerelateerd zijn aan het letsel. Deze 'late gevolgen van hersenletsel' hebben over het algemeen gevolgen voor het functioneren in gezins-, school- of peersystemen. Poliklinische revalidatiebehandeling zoals beschreven voor de subgroep *HeJ 2* is dan aangewezen.

Follow-up van kinderen met NAH:

Als sprake is van middelzwaar of ernstig traumatisch hersenletsel of niet-traumatisch hersenletsel is het advies bij lichte participatieproblemen een controleafspraak te maken (poliklinisch consult of telefonisch consult) op transitiemomenten (start onderwijs, start groep 3 van het basisonderwijs, einde groep 7 in verband met de overgang naar middelbaar onderwijs, overgang naar vervolgonderwijs, overgang naar volwassen leeftijdsfase). Bij ernstige participatieproblemen wordt dit ook geadviseerd en, indien niet elders in zorg, ook minimaal jaarlijkse controle, bij voorkeur met klinimetrie.

4. Indicatoren

Er zijn voor kinderen/jongeren met niet aangeboren hersenletsel nog geen prestatie indicatoren vastgelegd. Momenteel is Stichting Revalidatie Impact bezig met het opzetten van een nieuwe, uitgebreidere meetset, welke de gegevens van zowel klinische als poliklinische NAH patiënten binnen de medisch specialistische revalidatie omvat.

Aanbevolen indicatoren:

- Landelijk wordt in een pilot in verschillende centra de COPM als generieke uitkomstmaat geïmplementeerd vanuit de meetset van Stichting Revalidatie Impact (16). Vanuit het project Inzicht in Revalidatie is de USER als uitkomstindicator vastgesteld voor de klinische MSR bij jongeren van 18 jaar en ouder.
- De USER-Participatie (USER-P) is een aanbevolen meetinstrument om het effect van poliklinische revalidatie voor jongeren vanaf 12 jaar en ouder te evalueren (17).
- Vragenlijsten voor kinderen en jongeren met NAH gericht op kwaliteit van leven en participatie, zoals vastgelegd in het landelijk project “Meedoen” (18).

Meetinstrumenten uit het programma Uitkomstgerichte Zorg (VWS) die relevant zijn voor de revalidatiepopulatie, zullen worden opgenomen in de meetset van Revalidatie Impact. Indien opgeleverd, wordt geadviseerd deze meetset te gebruiken, mits deze als passend wordt ervaren voor kinderen en jongeren.

5. Kwaliteitscriteria

5.1 Deskundigheid

Voor het deskundig uitvoeren van de behandeling en het waarborgen van deze deskundigheid is het volgende vereist:

T.a.v. het behandelteam

In de acute en subacute fase:

Specifieke kennis en ervaring met preventie van secundaire complicaties, prognostiek en triage naar vervolgsetting.

Voor subgroep HeJ 1:

Eisen zijn zoals vastgesteld voor niveau 1 en 2 in het behandelkader kinderrevalidatie (8).

Voor subgroep HeJ 2:

Voor de revalidatie behandeling is vereist:

- een deskundig, interdisciplinair werkend, multidisciplinair samengesteld kinderbehandelteam, zie beschrijving hieronder.
- een revalidatiearts deskundig in de behandeling van/zorg voor kinderen en jongeren met NAH, die sturing geeft aan bovengenoemd team;
- het behandelteam heeft kennis van neuropsychologische gevolgen van NAH en heeft hier ervaring hiermee (zie deskundigheidseisen en minimale patiëntenaantallen hieronder).
- Het behandelteam werkt volgens het “medisch specialistische revalidatie behandelprogramma voor kinderen en jongvolwassenen met NAH” (12)

In het revalidatieteam is deskundigheid op het gebied van spasticiteit, linguïstiek, neurocognitieve revalidatie, (neuropsychiatrische) gedragsproblemen, seksualiteit, onderwijs, dagbesteding, arbeid en participatie in sport/ vrije tijdsbesteding en systeemproblematiek bij kinderen en jongeren of er is nauwe samenwerking mogelijk met externe professionals op deze gebieden.

Voor subgroep HeJ 3:

Conform HeJ 2 aangevuld met verpleegkundige zorg op afroep, een pedagogische setting en de mogelijkheid zo nodig kortdurend 1-op-1 begeleiding te kunnen bieden.

Voor subgroep HeJ 4:

Aanvullend voor klinische revalidatie geldt als vereiste dat het verpleegkundig team deskundig is en ervaring heeft op het gebied van de zorg voor kinderen en jongeren met NAH en er continuïteit is in de verpleegkundige zorg. Voor het kunnen bieden van een therapeutisch klimaat is een op de problematiek van de jongere aangepaste huiskamer aanwezig en de mogelijkheid zo nodig kortdurend 1-op-1 begeleiding te kunnen bieden. Verder dient veilige zorg voor patiënten en veiligheid voor het behandelteam en medepatiënten gewaarborgd te zijn, gezien mogelijke neuropsychiatrische problematiek.

Minimaal beschikbare disciplines voor HeJ 2, HeJ 3 en HeJ 4:

Revalidatiearts, GZ-psycholoog/ orthopedagoog generalist (met neuropsychologische kennis) fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, maatschappelijk werkende, verpleegkundige (klinische revalidatie).

Indien nodig diëtist, bewegingsagoog, cognitief revalidatie therapeut, pedagogisch medewerker, muziektherapeut.

Minimale deskundigheidseisen HeJ 2, HeJ 3 en HeJ 4:

- Kennis hebben van de actuele wetenschappelijke inzichten en aanbevelingen op het gebied van kinderen/jongeren met NAH, aangetoond door het volgen van cursussen, geven van onderwijs, of het publiceren van wetenschappelijke artikelen over deze doelgroep in de afgelopen 5 jaar,
- Inzetten en input aanleveren voor het Landelijke behandelprogramma voor kinderen en jongeren met NAH (13),

- Kennis hebben van richtlijnen en zorgstandaarden op het gebied van NAH (8-10,12-15,20, 21)
- Kennis van Netwerk Kind & NAH; een nog in ontwikkeling zijnde landelijk netwerk dat moet gaan dienen als kennisinfrastructuur met regionale en landelijke expertisecentra (21).
- Onderhouden van actuele kennis door participeren in de landelijke werkgroepen van HeJ en het bijwonen van het jaarlijks symposium van de Brain Awareness Week.

T.a.v. de continuïteit

Er zijn voldoende deskundige teamleden in de instelling of het regionale keten-netwerk aanwezig om bij afwezigheid elkaar te vervangen.

T.a.v. minimale patiënten aantallen

Periodeprevalentie voor de periode van 1 jaar minimaal 25 kinderen en jongeren in (klinische of poliklinische) revalidatiebehandeling en/of onder intensieve spreekuurcontrole van de revalidatiearts.

5.2 Faciliteiten

Bouwkundige voorzieningen:

- herkenbaar en voldoende afgeschermd binnen de organisatie; kindvriendelijk
- groepsruimte, qua grootte afgestemd op aard en intensiteit van de behandeling
- stimulerende omgeving afgestemd op kinderen en jongeren met NAH
- individuele gespreksruimte
- rustruimte
- testkamers
- sportruimte, liefst met fitnessapparatuur

Bij klinische opname:

- een op de problematiek afgestemde en op kinderen/ jongeren ingerichte huiskamer
- mogelijkheid tot gevaarcontrole (o.a. babyfoon, dwaaldetectie)

Hulpmiddelen:

- testapparatuur en testmateriaal specifiek voor kinderen en jongeren met NAH (alle disciplines), passend bij het landelijk behandelprogramma (voor zowel HeJ 2-4).

5.3 Netwerk

Netwerk dat nodig is voor het kunnen aanbieden van zorg op het niveau HeJ 2, HeJ 3 en HeJ 4:

- Extern netwerk, zowel landelijk als regionaal, in het kader van de zorgketen.
Regionaal is sprake van een functionele afstemming, waaronder heldere afspraken t.b.v. doorstroming na de revalidatieperiode, met gespecificeerde hulpverleners en organisaties t.b.v. nazorg en in het bijzonder met de geestelijke gezondheidszorg.
- Laagdrempelige consultatiemogelijkheid van kinderneuroloog en kinderpsychiater.
- Samenwerking met een instelling voor orthopedietechniek en schoentechniek.
- Netwerk Kind & NAH (21).

Extra netwerk benodigd voor het kunnen aanbieden van zorg op het niveau van HeJ 3 en HeJ 4:

- Tenminste 1 kinderrevalidatiearts en GZ-psycholoog per instelling voldoen aan onderstaande voorwaarden:
 - Deelname aan Werkgroep revalidatie/RPO HeJ
 - Deelname aan de paramedische werkgroepen van HeJ/project Meedoen
 - Op de hoogte zijn van ontwikkelingen binnen Revalidatie Nederland, de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen en het Nederlands Instituut van Psychologen (sectie revalidatie en sectie neuropsychologie) en het netwerk Kind & NAH.

Er zijn vaste afspraken met consultants zoals een (kinder)neuroloog, (kinder)psychiater en kinderarts in een klinische revalidatiesetting (HeJ 4).

6. Referenties

1. Algemeen beroepskader revalidatiegeneeskunde (ABK), VRA, 2021; beschikbaar voor leden via www.revalidatiegeneeskunde.nl
2. Zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel Kinderen & Jongeren (april 2025, update van zorgstandaard uit 2016), beschikbaar via www.hersenletselalliantie.nl.
3. www.hersenz.nl/hersenletsel/nah (gecheckt 24-09-'25)
4. Summary of the WHO Collaborating Centre for Neurotrauma Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. Holm L, Cassidy JD, Carroll LJ, Borg JJ. Rehabil Med 2005;37:137-141.
5. The American Congress of Rehabilitation Medicine Diagnostic Criteria for Mild Traumatic Brain Injury. Silverberg et al. Brain Injury Arch Phys Med Rehabil 2023;104:1343-1355.
6. Youth with acquired brain injury in The Netherlands: a multicenter study. De Kloet AJ, Hilberink SC, et al. Brain Inj 2013;27:843-9.
7. Participation of children and youth with acquired brain injury, A.J. de Kloet. 2014; publicatie in proefschrift, te downloaden op <https://www.dehaagsehogeschool.nl/>.
8. Behandelkader kinderrevalidatie. VRA, 2025; beschikbaar voor leden via www.revalidatiegeneeskunde.nl
9. Landelijk advies analyse aanhoudende klachten bij kinderen en jongeren met licht traumatisch hersenletsel (LTH). Werkgroep Revalidatie van Hersenletsel en Jeugd (HeJ), subgroep sectie kinderrevalidatie van de VRA kinderen en jongeren met licht traumatisch hersenletsel (LTH). <https://www.netwerkkindennah.nl/informatie/landelijk-advies-neuropsychologisch-onderzoek-voor-kinderen-en-jongeren-met-nah/>
10. Richtlijn 'Aanhoudende klachten na licht traumatisch hoofd/hersenletsel' Nederlandse Vereniging voor Neurologie, beschikbaar via www.richtlijndatabase.nl (laatst beoordeeld 11-03-'24)
11. Nederlandse vertaling van de WHO-publicatie: International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum, Engelse uitgave Geneva 2001; vertaling 2002.
12. Medisch specialistische revalidatie behandelprogramma voor kinderen en jongvolwassenen met niet-aangeboren hersenletsel. Meedoen?! Next Step (2022).
13. Richtlijn 'licht traumatisch hoofd/hersenletsel in de acute fase'. Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Beschikbaar via www.richtlijndatabase.nl, laatste beoordeling 12-2024.
14. Kinderrevalidatie. M. Hadders-Algra, R.F. Pangalila, J. Becher et al. 2021, hoofdstuk 22 Niet Aangeboren Hersenletsel.
15. Landelijk advies neuropsychologisch onderzoek voor kinderen en jongeren met NAH, Werkgroep revalidatie HeJ, juni 2022. <https://www.netwerkkindennah.nl/informatie/landelijk-advies-neuropsychologisch-onderzoek-voor-kinderen-en-jongeren-met-nah/>
16. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/canadian-occupational-performance-measure/>

17. Validity of the Utrecht scale for evaluation of rehabilitation-participation. Post MWM et al. Disabil Rehabil Actions 2012;34:478-85.
18. <https://basaltrevalidatie.nl/onderzoek-innovatie/onderzoek-en-projecten/meedoen/>
19. Richtlijn 'behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van Niet Aangeboren Hersenletsel'. VRA 2014, beschikbaar via www.richtlijndatabase.nl
20. Hét NAH boekje voor onderwijs; C. Hendriks, M. Kapitein, R. Steinmann, 2018.
21. Zie website <https://www.netwerkkindennah.nl/>