

SAMENVATTING IN HET NEDERLANDS

In de inleiding in **Hoofdstuk 1** werd uitgelegd dat patiënten met een klein herseninfarct ('minor stroke') fysiek per definitie goed herstellen, maar desondanks vaak emotionele en cognitieve problemen ervaren. In **Hoofdstuk 2** werd onderzocht of deze problemen even vaak voorkomen bij patiënten met een klein herseninfarct als bij patiënten met een groot herseninfarct ('major stroke'). Daartoe werden patiënten die na ziekenhuisopname vanwege een herseninfarct direct naar huis werden ontslagen, meestal patiënten met een klein herseninfarct, vergeleken met patiënten die werden overgeplaatst naar een revalidatiekliniek, overwegend patiënten met een groot herseninfarct. Twee maanden na het herseninfarct bleek de mate van voorkomen van emotionele en cognitieve klachten, angst- en stemmingsklachten en cognitieve stoornissen vergelijkbaar tussen beide groepen.

In **Hoofdstuk 3** werd het belang onderzocht van het meten van participatie tijdens de zorg voor mensen met een herseninfarct. We toonden aan dat het niveau van participatie twee maanden na het herseninfarct de kwaliteit van leven voorspelt op één jaar na het herseninfarct. Fysieke beperkingen daarentegen, bleken geen voorspellende waarde te hebben op de kwaliteit van leven. Dit suggereert dat niet de fysieke beperking op zichzelf, maar de invloed daarvan op de participatie, het dagelijks functioneren, bepalend is voor de kwaliteit van leven op de langere termijn. Deze bevinding benadrukt het belang van het vroegtijdig meten van participatie na een herseninfarct.

In **Hoofdstuk 4** werd onderzocht in welke mate wordt gescreend op emotionele en cognitieve problemen tijdens de CVA-nazorg op de polikliniek neurologie van Nederlandse ziekenhuizen. In sommige ziekenhuizen werd deze screening slechts soms of nooit uitgevoerd, terwijl er in andere ziekenhuizen regelmatig of altijd werd gescreend. Daarnaast vonden we aanzienlijke variatie in het moment van screening, de frequentie van deze screening en de daarbij gebruikte screeningsinstrumenten. De meeste ziekenhuizen gaven aan dat er, wanneer een screening emotionele of cognitieve klachten aan het licht bracht, geen protocol voor vervolgzorg was. Dit kan worden verklaard door een gebrek aan bewijskracht voor de klinische effectiviteit van screening en behandeling van emotionele en cognitieve problemen na een herseninfarct. Vanwege deze beperkte bewijskracht, ontwikkelden wij een protocol voor screening en vervolgzorg bij emotionele en cognitieve problemen na een herseninfarct. Tijdens deze screening was in het bijzonder ook aandacht voor de mate van participatie. We onderzochten de klinische en kosteneffectiviteit hiervan in de ECO-stroke trial.

SAMENVATTING VAN DE ECO-STROKE TRIAL

In **Hoofdstuk 5** werd de ontwikkeling van de onderzochte interventie en de analyse daarvan in de ECO-stroke trial beschreven. De ECO-stroke trial was een multicenter, patiënt-geblindeerde, cluster-gerandomiseerde studie waarin de effectiviteit van screening en zorg voor emotionele en cognitieve problemen werd vergeleken met de gebruikelijke zorg bij patiënten die na een herseninfarct naar huis werden ontslagen. De klinische effectiviteit werd onderzocht met als primaire uitkomstmaat de mate van participatie. Daarnaast werden emotionele en cognitieve klachten, symptomen van angst en depressie, kwaliteit van leven, zelfeffectiviteit en functionele uitkomst geëvalueerd als secundaire uitkomstmaten. Ook werd een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd binnen de ECO-stroke trial.

Uit de resultaten in **Hoofdstuk 6** bleek dat de primaire uitkomst participatie niet verbeterde na screening op emotionele en cognitieve problemen, wat overeenkomt met eerdere onderzoeksresultaten. Wel werd een klein, potentieel positief effect gevonden op de (secundaire uitkomstmaten) symptomen van angst en depressie en op kwaliteit van leven, vergelijkbaar met bevindingen uit eerdere studies, wat vervolgonderzoek rechtvaardigt. Andere secundaire uitkomsten verschilden niet. In de economische evaluatie in **Hoofdstuk 7** toonden we aan dat de interventie kosteneffectief kan zijn vergeleken met de gebruikelijke zorg, mede doordat het zorggebruik in de interventiegroep afnam.

De belangrijkste beperking van de ECO-stroke trial was het relatief klein aantal deelnemende clusters (ziekenhuizen), wat een negatieve invloed kan hebben gehad op de mate van ongelijk verdeelde baseline variabelen tussen de onderzoeksgroepen. Hoewel we denken dat dit de interventiegroep niet systematisch heeft bevoordeeld, zou een groter aantal clusters de robuustheid van de resultaten kunnen hebben vergroot.

In de procesevaluatie van **Hoofdstuk 8** werd onderzocht hoe de interventie in de praktijk werd uitgevoerd, wat extra en dieper inzicht biedt in de resultaten van de trial. Gespecialiseerde verpleegkundigen die de interventie uitvoerden, merkten op dat de gebruikelijke zorg voorafgaand aan de trial duidelijke overeenkomsten had met de interventie, waardoor het contrast tussen beide groepen mogelijk te gering is geweest. Bovendien bleek het aantal verwijzingen naar vervolgzorg laag, wat erop kan wijzen dat onvoldoende vervolgacties werden ondernomen. Mogelijk heeft dat de effectiviteit van de interventie beperkt.

Concluderend, wijst de ECO-stroke trial uit dat screening en zorg voor emotionele en cognitieve problemen na een herseninfarct kosteneffectief kan zijn. De

primaire klinische uitkomst, participatie, verbeterde niet door de interventie. Met betrekking tot de secundaire uitkomstmaten, werd er een mogelijk positief effect gevonden op de mate van angst en depressie en kwaliteit van leven. Deze resultaten ondersteunen het belang van structurele screening op emotionele en cognitieve problemen bij patiënten die na een herseninfarct naar huis worden ontslagen. De uitvoering van de screening binnen de ECO-stroke trial, biedt een concrete en uitvoerbare blauwdruk om in de dagelijkse klinische praktijk in Nederland te implementeren.