



Ergotherapie richtlijn Hersenletsel

Praktijkrichtlijn



ergotherapie
nederland

Colofon ©2024

©2024 Ergotherapie Nederland

Ergotherapie Nederland

Orteliuslaan 750

3528 BB Utrecht

T 030-262 83 56

E en@ergotherapie.nl

W www.ergotherapie.nl

Alle rechten voorbehouden.

Na verkregen schriftelijke toestemming mogen teksten uit deze uitgave worden overgenomen, verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, onder strikte voorwaarde van bronvermelding. Toestemming voor gebruik van teksten kunt u uitsluitend schriftelijk of per e-mail vragen bij Ergotherapie Nederland.



Ergotherapierichtlijn

Hersenletsel

Praktijkrichtlijn

Inhoudsopgave

Algemene informatie	5
Projectgroep	5
Inleiding	7
Achtergrond	12
Module 1 - Professioneel redeneren	17
Module 2 - Zelfmanagement	24
Module 2.1 - Zelfmanagement in kaart brengen	26
Module 2.2 - Interventies om zelfmanagement te bevorderen	29
Module 3 - Balans in het dagelijks handelen	33
Module 3.1 - Balans in het dagelijks handelen in kaart brengen	35
Module 3.2 - Interventies om balans in het dagelijks handelen te bevorderen	38
Module 4 - Arm-handvaardigheid	43
Module 4.1 - Arm-handvaardigheid in kaart brengen	45
Module 4.2 - Interventies om arm-handvaardigheid te bevorderen	50
Module 5 - Visuele problematiek	55
Module 5.1 - Screenen op visuele problematiek	57
Module 5.2 - Interventies bij visuele problematiek	61
Module 6 - Cognitie	66
Module 6.1 - Cognitie in kaart brengen	68
Module 6.2 - Interventies gericht op cognitie om het dagelijks handelen te bevorderen	72
Module 7 - Arbeid	81
Module 7.1 - Arbeidssituatie in relatie tot de gevolgen van hersenletsel in kaart brengen	83
Module 7.2 - Interventies om arbeidsinzetbaarheid te bevorderen	86
Module 8 - Balans in het dagelijks handelen bij naasten	91
Module 8.1 - Balans in het dagelijks handelen in kaart brengen bij naasten	94
Module 8.2 - Interventies gericht op bevorderen van de balans in het dagelijks handelen bij naasten	99

Algemene informatie

Projectgroep

De projectgroep van de Ergotherapie richtlijn Hersenletsel bestaat uit een projectteam, werkgroep en klankbordgroep. Het projectteam bestaat uit de hoofdaanvrager, projectleider en inhoudsdeskundigen. De werkgroep bestaat uit ergotherapeuten, cliëntvertegenwoordiging en vertegenwoordiging vanuit andere relevante beroepsgroepen. De klankbordgroep bestaat uit vertegenwoordiging vanuit relevante beroepsgroepen en cliëntvertegenwoordiging. Het systematisch literatuuronderzoek is uitgevoerd door onderzoekers van Cochrane Netherlands. Voor verschillende modules zijn externe experts geraadpleegd. Betrokken personen worden onderstaand nader beschreven.

Projectteam

Hoofdaanvrager

- Dr. Lucelle van de Ven-Stevens, manager inhoudelijk beleid & kwaliteit, EN

Projectleider

- Loes Schut MSc, richtlijnadviseur en beleidsmedewerker, EN (vanaf december 2022)
- Anna Heijman MSc, richtlijnadviseur, EN (tot oktober 2022)

Inhoudsdeskundige

- Sabine van Erp MSc, docent master neurorevalidatie, HAN University of Applied Sciences, EN
- Esther Jansen-Polak MSc, praktijkhouder en docent opleiding ergotherapie, Hersenherstel.nl, Hogeschool Rotterdam, EN

Werkgroep

- Elke Dekkers-Rambags MSc, ergotherapeut en docent ergotherapie, Elkerliek Ziekenhuis Helmond, HAN University of Applied Sciences, EN
- Yvonne Dockx MSc, ergotherapeut en docent neurorevalidatie/CVA, Revant Revalidatiecentrum Breda, Nederlands Paramedisch Instituut, EN
- Rody Hendriksen MSc, ergotherapeut, Koninklijke Visio, EN
- Edith van Houts, ergotherapeut en docent neurorevalidatie/CVA, praktijkhouder NAH-tuurlijk, Nederlands Paramedisch Instituut, EN
- Linda Maassen, ergotherapeut neuropsychiatrie, GGZ Oost Brabant, EN
- Marisa Vaz MSc, ergotherapeut en science practitioner, de Zorgcirkel Alkmaar/GRZPLUS, UNO/Amsterdam UMC, EN
- Natascha van Schaarderburgh, ergotherapeut en directeur-eigenaar, Bureau VolZin, EN
- Michiel Lindhout LLM, cliëntenvertegenwoordiger en beleidsmedewerker, patiëntenvereniging Hersenletsel, EN
- Wopke Heemrood, POH-GGZ, Landelijke Vereniging POH-GGZ
- Dr. Tanja Nijboer, neuropsycholoog en universitair hoofddocent, Universiteit Utrecht

Klankbordgroep

- Nadia Angenent MPH, zorginhoudelijk adviseur, ZN
- Barbara Best MSc, ergotherapeut en hoofddocent opleiding ergotherapie, HAN University of Applied Sciences, EN
- Erik Grauwmeijer MD, PhD, revalidatiearts, VRA
- Dr. Bram Jacobs, neuroloog, NVN
- Nathalie Kamans-Nieuwboer, logopedist, NVLF
- Prof. Gert Kwakkel, PhD, fysiotherapeut en hoogleraar neurorevalidatie, KNGF

- Marlon van der Pol, ervaringsdeskundige, patiëntenvereniging Hersenletsel.nl
- Dr. Ton Satink, lector Neurorevalidatie – Eigen regie en Participatie, HAN University of Applied Sciences
- Hans Thissen, bedrijfsarts, NVAB
- Petra Veen, mantelzorgmakelaar en Wlz-cliëntondersteuner, BMZM
- Drs. Manju-Sharma Virk, specialist ouderengeneeskunde, Verenso en promovendus Radboudumc

Cochrane Netherlands

- Dr. Pauline Heus, senior onderzoeker, Cochrane Netherlands
- Kim van der Braak MSc, junior onderzoeker, Cochrane Netherlands
- Linde Huis in 't Veld MSc, junior onderzoeker, Cochrane Netherlands
- Demy Idema MSc, junior onderzoeker, Cochrane Netherlands
- Mike Kusters MSc, junior onderzoeker, Cochrane Netherlands

Geraadpleegde experts

- Annette Baars MSc, ergotherapeut, Plan4
- Bea van Bodegom, PhD, gepensioneerd ergotherapeut docent en onderzoeker
- Annemarieke Bouma, ergotherapeut, Plan4
- Celeste Elizen-Barendse, orthoptist en optometrist, Koninklijke Visio
- Dr. Edith Cup, ergotherapeut, senior onderzoeker, docent Master Neurorevalidatie en Innovatie, Afdeling Revalidatie Radboudumc, HAN
- Vera van Heijningen MSc, voorzitter adviesraad Hand-Ergotherapie EN, docent en onderzoeker, Instituut voor Gezondheidszorg, Hogeschool Rotterdam
- Selma van Huizen MSc, docent, Hogeschool Rotterdam
- Robert van der Veen MSc, lectoraat Neurorevalidatie, HAN University of Applied Sciences
- Evert Veldman MSc, ergotherapeut, Bartiméus

Afkortingen

BMZM	Beroepsvereniging Mantelzorgmakelaars
EN	Ergotherapie Nederland
HAN	Hogeschool Arnhem Nijmegen
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
VRA	Vereniging voor Revalidatieartsen
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Inleiding

Aanleiding voor de ontwikkeling van de richtlijn

Personen met hersenletsel ondervinden vaak problemen in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, het participeren in werk en het onderhouden van het sociale netwerk. Ieder mens heeft recht op een zo goed mogelijke kwaliteit van leven en moet kunnen deelnemen aan het dagelijks leven met al haar kansen en uitdagingen. Ergotherapie maakt het mensen mogelijk om (opnieuw) dagelijkse activiteiten uit te voeren en te participeren in de samenleving. Hierbij staat de interactie tussen de persoon, de activiteit en de omgeving centraal (van Hartingsveldt, Kos, & le Granse, 2023).

Vanuit de wetenschap, het werkveld en de maatschappij komen signalen dat er behoefte is aan een verbeterde vormgeving van de zorg voor personen met hersenletsel. Bij het opstellen van de Kennisagenda Ergotherapie (Ven-Stevens et al., 2018) bleek een hoge maatschappelijke en een gemiddelde wetenschappelijke relevantie voor de doelgroep CVA/NAH, wat leidde tot een hoge prioritering van het onderwerp. Daarnaast voerde Ergotherapie Nederland in 2020 een inventarisatie uit van bestaande en gewenste kwaliteitsstandaarden (Utrecht et al., 2020). Hieruit bleek dat er een hoge urgentie is voor een Ergotherapie richtlijn Hersenletsel. Het is een bewuste keuze om niet alleen naar CVA te kijken maar om over hersenletsel te spreken. We volgen hierbij de landelijke en internationale ontwikkelingen en producten van de Hersenletsel Alliantie. Ook het werkveld sprak de wens uit voor een herziene versie van de huidige Ergotherapie richtlijn CVA (Steultjens et al., 2013). Tot slot zijn er de afgelopen jaren veel veranderingen geweest in het zorglandschap. Naar aanleiding van onder andere de demografische veranderingen (waaronder vergrijzing) zijn verschillende rapporten verschenen waarin de overheid de burger vraagt om meer zelfredzaamheid en eigen regie (Taskforce Zorg op de Juiste Plek, 2018; Zorginstituut Nederland, 2022). De huidige Ergotherapie richtlijn CVA (2013) voorziet niet meer in wat er nu nodig is voor zowel de ergotherapeut als voor de persoon met hersenletsel en diens naaste(n), omdat daar de recente inzichten niet in zijn verwerkt. Een herziening van deze richtlijn is belangrijk om aan te sluiten bij het huidige zorglandschap en relevante wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen. Hiermee worden zowel de persoon met hersenletsel, de naaste(n), als de ergotherapeut ondersteund bij het maken van keuzes ten aanzien van behandeling en begeleiding en wordt de kwaliteit van zorg bewaakt en verbeterd.

Doel van de richtlijn

De richtlijn is erop gericht om de ergotherapeutische behandeling voor personen met hersenletsel te verbeteren, gebaseerd op de meest actuele kennis en inzichten. Met deze richtlijn wordt beoogd:

- dat de ergotherapeutische behandeling in Nederland voor personen met hersenletsel gebaseerd is op de meest actuele inzichten, en transparant, persoonsgericht, doelmatig en kwalitatief van hoog niveau is;
- het ondersteunen van de beroepsgroep bij de behandeling en begeleiding van deze doelgroep, zodat de juiste zorg op het juiste moment aan de juiste persoon wordt geboden;
- het ondersteunen van de ergotherapeut bij het ontwikkelen van zelfmanagement van personen met hersenletsel en diens naaste(n).

Doelgroep

In deze richtlijn wordt de volgende definitie van hersenletsel gehanteerd: zowel traumatisch hersenletsel (THL) als niet-traumatisch hersenletsel (CVA/TIA). Onder THL valt in deze richtlijn ook licht traumatisch hersenletsel (LTH). Binnen deze richtlijn worden voor beide vormen van hersenletsel alle fasen van herstel geïncorporeerd. Adviezen in de richtlijn richten zich op deze afbakening van hersenletsel in het algemeen. De pathofysiologie van de verschillende typen hersenletsel die onder de definitie vallen zijn echter verschillend. De diagnose specifieke achtergrond is bepalend voor de klachten en daarmee voor de behandeling. Door professioneel redeneren toe te passen binnen de ergotherapie kunnen juiste keuzes worden gemaakt met betrekking tot meetinstrumenten en interventies waardoor persoonsgerichte zorg wordt geleverd. De adviezen binnen deze richtlijn kunnen niet

automatisch gegeneraliseerd worden naar andere doelgroepen, maar kunnen wel, wanneer weloverwogen, gebruikt worden bij personen met vergelijkbare stoornissen en/of klachten. Dit is in de lijn met de essentie van ergotherapie. [Module 1 bevat meer informatie over professioneel redeneren.](#)

Aandoeningen die niet onder deze richtlijn vallen zijn onder andere: complexe problematiek waarvoor een aanpak vanuit meerdere zorgcategorieën nodig is, en beperkingen die direct of indirect samenhangen met hersenbeschadiging (NAH+), langdurige bewustzijnsstoornissen (LBS), degeneratieve neurologische aandoeningen, aangeboren hersenletsel en tumoren.

Voor het opstellen van de afbakening van de doelgroep zijn landelijke ontwikkelingen gevolgd. De definitie is gebaseerd op de begripsbepaling van de Hersenstichting (Hersenstichting, 2024). Deze begripsbepaling wordt ook gebruikt door de Hersenletsel Alliantie (Hersenletsel Alliantie, 2024). Door dezelfde definitie te hanteren draagt de richtlijn bij aan een uniforme terminologie en werkwijze in Nederland. De verdere afbakening is geformuleerd op basis van adviezen van de werk- en klankbordgroep.

Beoogde gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair bedoeld voor ergotherapeuten. Daarnaast is de richtlijn mogelijk ook relevant voor personen met hersenletsel, hun naaste(n), andere zorgprofessionals betrokken in de zorg voor personen met hersenletsel en beleidsmakers.

Leeswijzer

De informatie van de richtlijn is verdeeld over drie verschillende documenten, waarbij elk document een extra laag van verdieping geeft:

- Praktijkrichtlijn (eerste laag):
 - Inleidende hoofdstukken
 - Modules
 - Aanbevelingen
 - Aanleiding
 - Uitgangsvraag
 - Conclusies op basis van literatuur
 - Rationale
- Verantwoording (tweede laag):
 - Modules
 - Methode/literatuur
 - Van bewijs naar aanbeveling
- Bijlagen (derde laag):
 - Zoekacties
 - Rapportage van evidence synthese

Doorverwijzingen naar websites

Om beschreven meetinstrumenten en interventies gemakkelijk aan te bieden aan lezers zijn zoveel mogelijk verwijzingen naar websites opgenomen in de richtlijn. Er zijn alleen links opgenomen die doorlinken naar onpartijdige websites of verzamelpagina's. Wanneer een meetinstrument lastig verkrijgbaar was, is geprobeerd om deze op te nemen als bijlage in de richtlijn.

Methodiek

De Ergotherapie richtlijn Hersenletsel is ontwikkeld volgens de AQUA-Leidraad (Zorginstituut Nederland, 2021) en EBRO-methodiek (Everdingen et al., 2014). Hieronder wordt per fase beschreven hoe de methodiek is toegepast.

Vorbereidingsfase

Voor aanvang van de voorbereidingsfase zijn de werkgroep en klankbordgroep samengesteld, waarbij rekening is gehouden met het vertegenwoordigen van het cliëntperspectief en andere relevante beroepsgroepen. Er heeft een uitgebreide knelpuntenanalyse plaatsgevonden tussen oktober 2022 en januari 2023. De activiteiten en methoden om deze informatie te verzamelen bestonden uit:

- oriënterend literatuuronderzoek;
- focusgroep met cliënten en naaste(n);
- invitational conference voor stakeholders;
- een schriftelijke knelpuntenanalyse onder leden van Ergotherapie Nederland;
- focusgroep met ergotherapeuten;
- werkgroep bijeenkomst;
- klankbordgroepbijeenkomst.

Door middel van deze activiteiten zijn de knelpunten geïnventariseerd en geprioriteerd. Vanwege de hoge prioritering van meerdere knelpunten zijn op verzoek van de werkgroep meer knelpunten geselecteerd dan initieel gepland. De knelpunten vormen de basis voor de uitgangsvragen en zoekvragen van de richtlijn. Er zijn veertien uitgangsvragen geformuleerd over zeven relevante thema's. Elk thema heeft een uitgangsvraag betreffende klinimetrie en een uitgangsvraag betreffende interventies.

Ontwikkelfase

De uitgangsvragen zijn uitgewerkt onder leiding van het projectteam in samenwerking met de werkgroep, waarbij de werkgroep is verdeeld in verschillende subgroepen per uitgangsvraag. De werkgroep heeft gedurende de ontwikkelfase meerdere keren feedback gegeven op de conceptmodules en externe experts zijn geraadpleegd voor commentaar. De klankbordgroep heeft schriftelijk commentaar geleverd op de conceptmodules.

Zes uitgangsvragen over interventies zijn uitgewerkt met behulp van systematisch literatuuronderzoek. Het systematisch literatuuronderzoek is uitgevoerd door Cochrane Netherlands, in samenwerking met het projectteam. Per uitgangsvraag gericht op interventie is een onderzoeksvraag opgesteld volgens PICO (Patient or Problem, Intervention, Comparison, Outcome). Vervolgens is systematisch naar literatuur gezocht. De bewijskracht van de gevonden literatuur is waar mogelijk beoordeeld met de GRADE-methodiek (GRADE) (Langedam & Kuijpers, 2022). De resultaten zijn met de werkgroep besproken, waarna door middel van het GRADE evidence-to-decision-proces de aanbevelingen zijn opgesteld.

Eén uitgangsvraag over interventies is consensus-based uitgewerkt, vanwege beperkte middelen en tijd. Zeven vragen over meetinstrumenten zijn uitgewerkt met behulp van het KNGF Raamwerk Klinimetrie voor Evidence Based Products (Swinkels et al., 2016).

Bronnen, informatie en overwegingen zijn beoordeeld op niveau van bewijs volgens onderstaande indeling:

Terminologie	Soort bewijs	Niveau van bewijs
Evidence-based	Systematische reviews Experimentele studies Niet-vergelijkend onderzoek Surveys en casestudies	Hoog Redelijk Laag Laag
Best-practice	Binnen het werkveld algemeen geaccepteerd als beste werkwijze	Redelijk
Practice-based	Bewijs over effectiviteit gebaseerd op expertise van zorgprofessionals en ervaringen van cliënten	Laag
Expert-based	Meningen van geraadpleegde experts/deskundigen, ervaringen vanuit de werkgroep	Laag

Aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van niveau van bewijs en overige overwegingen, en kunnen sterk of zwak zijn. Het niveau van bewijs is met name bepalend voor de kracht van de aanbeveling.

De werkgroep heeft in de ontwikkelfase besloten een hoofdstuk over professioneel redeneren toe te voegen aan de richtlijn, omdat hier duidelijk behoefte aan was. Professioneel redeneren ligt ten grondslag aan goede zorg. In de uitgewerkte modules kwamen steeds dezelfde principes en methoden naar voren die gebundeld zijn in aanbevelingen ten aanzien van professioneel redeneren. Het hoofdstuk over professioneel redeneren is opgesteld door middel van consensus-based methodiek en input van experts.

De richtlijn is vanuit een breed perspectief uitgewerkt. De werkgroep heeft ervoor gekozen om meer onderwerpen te includeren in de richtlijn in plaats van verdiepende modules te ontwikkelen. Een keuze was noodzakelijk in verband met beperkte middelen en tijd. In de uitwerking van de modules wordt hierdoor zelden onderscheid gemaakt in fase van herstel of soort hersenletsel. De werkgroep is zich er bewust van dat dit een hiaat is in de richtlijn en adviseert bij een herziening de richtlijn aan te vullen met verdiepende (sub)modules.

Commentaar- en autorisatiefase

In de commentaarfase is de conceptringrichtlijn voor commentaar verstuurd naar leden van EN en partijen in de werkgroep en klankbordgroep. De commentaren zijn verzameld in een commentarentabel en voorgelegd aan de werkgroep. Het projectteam en de werkgroep hebben de opmerkingen doorgenomen en de conceptringrichtlijn aangepast. De klankbordgroep heeft in dit proces de werkgroep geadviseerd. Na vaststelling is de richtlijn aangeboden ter autorisatie aan alle betrokken partijen.

Disseminatie- en implementatiefase

Na publicatie van de richtlijn worden verschillende activiteiten aangeboden om de richtlijn te implementeren, waaronder:

- een lanceringsevenement;
- scholing;
- een samenvattingskaart;
- informatie voor personen met hersenletsel en hun naaste(n).

Betrokkenheid belanghebbenden

Ergotherapeuten

De primaire gebruikers van de richtlijn zijn ergotherapeuten. Zij hebben in alle fases van de richtlijn een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling. Ergotherapeuten zijn betrokken geweest als inhoudsdeskundige, als lid van werkgroep en klankbordgroep, in de commentaarfase, in verschillende focusgroepen en surveys en hebben tijdens de implementatie meegewerkt aan de ontwikkeling van implementatieproducten.

Personen met hersenletsel

Perspectief, ervaringen, verwachtingen en voorkeuren van personen met hersenletsel zijn tijdens het project zorgvuldig en meermaals nagegaan en meegewogen. In de fase van de knelpuntenanalyse heeft een focusgroep bijeenkomst plaatsgevonden met personen met hersenletsel en hun naaste(n). De knelpunten die uit deze bijeenkomst naar voren kwamen zijn in de knelpuntenanalyses meegenomen en meegewogen bij het vormgeven van het raamwerk. Ook werd deze informatie meegenomen in de verdere ontwikkeling van de richtlijn bij onder meer het bepalen van de belangrijkste uitkomstmaten, het beschrijven en wegen van de verschillende overwegingen en de formulering van de aanbevelingen.

Daarnaast is een cliëntvertegenwoordiger van patiëntenvereniging Hersenletsel.nl geraadpleegd bij het opstellen van het raamwerk van de richtlijn. In de ontwikkelfase van de richtlijn is nauw samengewerkt met de patiëntenvereniging Hersenletsel.nl. Er is een cliëntvertegenwoordiger betrokken als lid van de

werkgroep en een ervaringsdeskundige die werkzaam is bij patiëntenvereniging Hersenletsel.nl neemt deel aan de klankbordgroep. Tevens heeft Beroepsvereniging Mantelzorgmakelaars een lid afgevaardigd om deel te nemen aan de klankbordgroep. Ook worden via patiëntenvereniging Hersenletsel.nl (cliëntvertegenwoordigers van) personen met hersenletsel geraadpleegd in de commentaarroude en wordt nauw samengewerkt met de patiëntenvereniging Hersenletsel.nl bij het ontwikkelen van de cliënteninformatie.

Overige belanghebbenden

Een aantal overige belanghebbenden is betrokken geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn. Experts en partijen zijn benaderd om commentaar te geven op specifieke modules. Deze staan vermeld onder het hoofdstuk Projectgroep.

Belangenverstrengeling

Voorafgaand aan het project hebben de projectleden een belangenverklaring ingevuld. De belangenverklaringen zijn beoordeeld door de richtlijnadviseur en de hoofdaanvrager. Er is geen schijn of sprake van belangenverstrengeling geweest.

Bronnen

- Everdingen, J. J. E. v., Dreesens, D. H. H., Burgers, J. S., Swinkels, J. A., Barneveld, T. A. v., & Weijden, T. v. d. (2014). *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling* (Vol. 2). Bohn Stafleu van Loghum.
- Hersenletsel Alliantie. (2024). *Onze missie en visie*. Hersenletsel Alliantie. Retrieved 24-04-2024 from <https://www.hersenletselalliantie.nl/missie-visie/>
- Hersenstichting. (2024). *NAH (niet-aangeboren hersenletsel)*. Hersenstichting. Retrieved 24-04-2024 from <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/niet-aangeboren-hersenletsel/>
- Langedam, M., & Kuijpers, T. (2022). *Toepassen GRADE voor interventies* (Dutch GRADE Network, Issue).
- Steultjens, E. M. J., Cup, E. H. C., Zajec, J., & van Hees, S. (2013). *Ergotherapie richtlijn CVA*.
- Swinkels, R., Meerhoff, G., Beekman, E., & Beurskens, A. (2016). *Raamwerk klinimetrie voor Evidence Based Products*. KNGF. <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/kwaliteit/klinimetrie/raamwerk-klinimetrie-november-2016-def.pdf>
- Taskforce Zorg op de Juiste Plek. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek*. W. e. S. Ministerie van Volksgezondheid. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-7241c365-d8f3-4eb0-befe-6de4dc088f60/pdf>
- Utrecht, C. T.-v., Ven-Stevens, L. v. d., Sturkenboom, I., & Graff, M. (2020). *Inventarisatie Kwaliteitsstandaarden Ergotherapie*.
- van Hartingsveldt, M., Kos, D., & le Granse, M. (2023). *Grondslagen van ergotherapie* (Vol. 6de druk). Bohn Stafleu van Loghum.
- Ven-Stevens, L. v. d., Kuiper, C., Graff, M., & Tüski, A. (2018). *Kennisagenda ergotherapie*.
- Zorginstituut Nederland. (2021). *AQUA-Leidraad*.
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader Passende zorg*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/passende-zorg/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>

Achtergrond

Prevalentie

Hersenletsel vormt wereldwijd een aanzienlijk gezondheidsprobleem, met een impact die verstrekende gevolgen heeft voor personen, gezinnen en de samenleving als geheel. Hersenletsel kan variëren van mild tot ernstig en wordt veroorzaakt door een breed scala aan factoren, waaronder ongevallen en CVA.

Het begrijpen van de prevalentie van hersenletsel is essentieel voor het ontwikkelen van effectieve preventie- en behandelstrategieën. Hoewel exacte cijfers variëren afhankelijk van de bron en de definitie van hersenletsel, rapporteert het RIVM jaarlijks tienduizenden nieuwe gevallen in Nederland alleen. Naar schatting zijn er ongeveer 650.000 mensen in Nederland met een niet-aangeboren hersenaandoening (NAH) (Patiëntenvereniging hersenletsel.nl, 2024; RIVM, 2017).

Preventie

Het identificeren van risicofactoren voor hersenletsel en het implementeren van maatregelen voor preventie en vroegtijdige interventie zijn cruciale stappen in het voorkomen van hersenletsel (Maas et al., 2022). Preventie van hersenletsel kan veel menselijk leed voorkomen.

Maatschappelijke impact

Hersenletsel kan mensen van alle leeftijden en achtergronden treffen. Hoewel jongeren vaker het slachtoffer zijn van traumatisch hersenletsel als gevolg van verkeersongevallen of sportblessures, zijn beroertes en andere vasculaire gebeurtenissen vaak de oorzaak van hersenletsel bij oudere personen (Esch, Nielen, & Korevaar, 2019). De gevolgen van hersenletsel kunnen verwoestend zijn, met een breed scala aan fysieke, cognitieve, gedragsmatige en emotionele veranderingen die de kwaliteit van het leven van de getroffen persoon aanzienlijk kunnen verminderen (Esch, Nielen, & Korevaar, 2019). Dit kan leiden tot verlies van werk, financiële druk en emotionele stress voor de persoon met hersenletsel en diens naaste(n).

De zorg in Nederland staat onder druk (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022). Er is minder zorgpersoneel en een toenemende vraag naar zorg door vergrijzing en complexe problematiek (Nederlandse Zorgautoriteit, 2023). Dit heeft geleid tot een verschuiving van zorg naar de eerste lijn (Ministerie van Volksgezondheid, 2022). De zorgkosten voor de overkoepelende doelgroep hersenaandoeningen (hieronder vallen ook psychische stoornissen, chronische progressieve aandoeningen, slaapaandoeningen en hersenaandoeningen die in het eerste levensjaar tot uiting komen) worden geschat op jaarlijks 25 miljard euro. Dit is 27% van de totale zorgkosten in Nederland (RIVM, 2017).

Concluderend is de maatschappelijke impact van hersenletsel groot. Preventie, vroege interventie en geïntegreerde zorg zijn daarom essentieel om deze impact te verminderen.

Definities, begrippen en afkortingen

Begrip en/of afkorting	Definitie
Aanhoudende klachten na licht traumatisch hoofd-/hersenletsel	De doelgroep personen die drie maanden na het ongeval klachten houdt en waarbij er geen aanwijzingen zijn voor matig tot ernstig traumatisch hersenletsel.
ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen; binnen ergotherapie wordt gesproken over (betekenisvolle) dagelijkse activiteiten. ADL kan gecategoriseerd worden als basale ADL en instrumentele ADL (Ghaffari, Rostami, & Akbarfahimi, 2021).
Arbeid	Doelgericht betekenisvolle diensten leveren voor een gepaste beloning (Kuiper & Heerkens, 2019, p. 18).
Arm-hand	In deze richtlijn wordt met de term arm-handproblematiek de gehele keten arm, hand en schouder aangeduid.
BADL	Basale algemene dagelijkse levensverrichtingen; activiteiten die nodig zijn om zelfstandig te leven, zoals eten, naar het toilet gaan en persoonlijke hygiëne.
Balans in het dagelijks handelen/ occupational balance	De beleving van een persoon over het hebben van de juiste hoeveelheid en variatie aan activiteiten in het persoonlijke handelingspatroon (Wagman & Håkansson, 2019; Wagman, Håkansson, & Björklund, 2012).
Cliëntvertegenwoordiger	Binnen deze richtlijn zijn cliënten deels vertegenwoordigd door een persoon die is afgevaardigd namens een belangen- en/of patiëntenvereniging. Deze persoon spreekt namens een bepaalde doelgroep cliënten. Cliënten worden geraadpleegd voordat input wordt geleverd.
CVA	Cerebro vasculair accident, beroerte, herseninfarct of bloeding.
Eigen regie	Het vermogen om je eigen leven en noodzakelijke ondersteuning te regelen en het praktische vermogen om jezelf te redden in lichamelijk, sociaal en psychisch opzicht (Zorg voor Beter, 2023). Eigen regie is een onderdeel van zelfmanagement.
Ervaringsdeskundige	“Een ervaringsdeskundige is iemand die op basis van persoonlijke en collectieve ervaringskennis in staat is deze kennis, in welke vorm dan ook, door te geven aan anderen.” (Eerden, 2017, p. 40).
Fasen van herstel	Onderscheid wordt gemaakt tussen acute, revalidatie en chronische fase. In de Zorgstandaard Hersenletsel, die waarschijnlijk gepubliceerd wordt in 2024, wordt een andere en meer persoonsgerichte indeling gepresenteerd.
Graded activity	Een gedragsmatig en fysiek trainingsprogramma gebaseerd op operante en cognitieve leerprincipes waarbij gezond gedrag wordt aangeleerd en positief bekrachtigd (Evenhuis & Eyssen, 2012). In kleine stapjes wordt de conditie en de belastbaarheid weer opgebouwd en waardoor de persoon geleidelijk meer gaat bewegen.
Hersenletsel	Onder hersenletsel wordt in deze richtlijn verstaan zowel THL als niet-traumatisch hersenletsel (CVA/TIA). Onder THL valt in deze richtlijn ook licht traumatisch hersenletsel (LTH). Aandoeningen die niet onder deze richtlijn vallen zijn onder andere: complexe problematiek, waarvoor een aanpak vanuit meerdere zorgcategorieën nodig is, en beperkingen die direct of indirect samenhangen met hersenbeschadiging (NAH+), degeneratieve neurologische aandoeningen, aangeboren hersenletsel en tumoren.
Hersenletsel Alliantie	Landelijke organisatie die in 2018 is opgericht op initiatief van de Hersenstichting en partners bestaande uit: landelijke beroepsverenigingen, (kennis)netwerkorganisaties, de patiëntenvereniging Hersenletsel.nl en actie- en behandelprogramma's.

Begrip en/of afkorting	Definitie
Herstel belemmerende factoren	Factoren die niet direct veroorzaakt zijn door hersenletsel, maar wel invloed hebben op het herstel, zoals stemming, vermoeidheid, copingstijl en stress.
IADL	Instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen; activiteiten waar meer complexere vaardigheden voor nodig zijn, bijvoorbeeld koken, schoonmaken en financiële zaken regelen.
Interdisciplinair samenwerken	Vanuit verschillende disciplines gezamenlijk doelen stellen en verantwoordelijkheid dragen voor de zorg van een cliënt. Er vindt coördinatie en afstemming plaats tussen betrokken disciplines om persoonsgerichte zorg op maat te leveren. Gebaseerd op het artikel Interdisciplinair overleg (Tsakitzidis & Philips, 2013).
LTH	Licht traumatisch hersenletsel.
Mantelzorg	Persoon die vrijwillig en vaak langdurig en intensief zorg draagt voor een ander persoon (met hersenletsel).
Naaste	Persoon die dichtbij de cliënt staat, zoals bijvoorbeeld een partner, goede vriend of vriendin, mantelzorg.
TIA	Transient ischemic attack, kortdurende afsluiting van een bloedvat in de hersenen.
THL	Traumatisch hersenletsel.
Synergievorming na hersenletsel	In deze richtlijn wordt met synergievorming het ontstaan van een vaste synergie na hersenletsel bedoeld. Dit is een bepaald patroon van co-activatie van spieren, waardoor een vaste koppeling ontstaat van gewrichten die tegelijkertijd betrokken zijn bij de uitvoering van een beweging (McMorland, Runnalls, & Byblow, 2015).
Tijdschrijflijst	Ook wel daglijst of activiteitenlijst genoemd; een middel om het activiteitenpatroon van een persoon in kaart te brengen, waarbij dagelijks de activiteiten worden genoteerd. Eventueel worden de duur en belasting ook genoteerd.
Voorwaardenscheppende activiteiten	Activiteiten die voorwaardelijk zijn aan het weer kunnen participeren in werk. Wanneer adviezen binnen de ergotherapiebehandeling hierop gericht zijn, valt het onder (vergoede) zorg.
Waardegedreven zorg	Zorg die aantoonbaar effectief is, met een optimale inzet van mensen, middelen en materialen; onderdeel van Passende Zorg (ZonMw, 2024).
Zelf-effectiviteit/self-efficacy	Het vertrouwen dat een persoon heeft in het eigen kunnen om zelf activiteiten te kunnen uitvoeren (Bandura, 1994).
Zelfmanagement	De individuele mogelijkheid om, eventueel in samenwerking met familie, naasten en professionals, om te gaan met lichamelijke, psychische en sociale consequenties van een aandoening/beperking en bijbehorende aanpassingen in leefstijl. Zelfmanagement betekent dat de persoon zelf kan kiezen in hoeverre hij/zij de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet. Gebaseerd op de definitie in de KNGF-richtlijn Zelfmanagement (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)/ Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM), 2022) en het proefschrift van Ton Satink (2016).

Bronnen

- Bandura, A. (1994). *Self-Efficacy* (Vol. 4). Academic Press. https://happyheartfamilies.citymax.com/f/Self_Efficacy.pdf
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). *Helpt zorgwerknemers vindt werkdruk te hoog*. Retrieved 19-10-2023 from <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/46/helpt-zorgwerknemers-vindt-werkdruk-te-hoog>
- Eerden, E. v. d. (2017). Vereniging vn Ervareingsdeskundigen; tegen misstanden; Pleidooi. *Tijdschrift voor sociale Vraagstukken*, 2.
- Esch, T. v., Nielen, M., & Korevaar, J. (2019). *(On)zichtbare gevolgen van hersenaandoeningen. Een longitudinale studie in de Nederlandse huisartsenpraktijk*. Nivel.
- Evenhuis, E., & Eyssen, I. C. J. M. (2012). *Ergotherapiegerichtlijn vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson*
- Ghaffari, A., Rostami, H. R., & Akbarfahimi, M. (2021). Predictors of Instrumental Activities of Daily Living Performance in Patients with Stroke. *Occup Ther Int*, 2021, 6675680. <https://doi.org/10.1155/2021/6675680>
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)/Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). (2022). *KNGF-richtlijn Zelfmanagement*. KNGF/VvOCM.
- Kuiper, C., & Heerkens, Y. (2019). Wat is arbeid, wat is gezondheid? In *Handboek arbeid & gezondheid*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Maas, A. I. R., Menon, D. K., Manley, G. T., Abrams, M., Åkerlund, C., Andelic, N., & et al. (2022). Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology Commissions*, 21(11), 56. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00309-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00309-X)
- McMorland, A. J. C., Runnalls, K. D., & Byblow, W. D. (2015). A neuroanatomical framework for upper limb synergies after stroke. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00082>
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2022). *Integraal Zorgakkoord*.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2023). *Stand van de zorg 2023*. <https://www.nza.nl/onderwerpen/stand-van-de-zorg>
- Patiëntenvereniging hersenletsel.nl. (2024). *Alles over NAH: Feiten & getallen*. Patiëntenvereniging hersenletsel.nl. Retrieved 13-6-2024 from <https://www.hersenletsel.nl/alles-over-nah/feiten-getallen/>
- RIVM. (2017). *Een op vier Nederlanders heeft hersenaandoening*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Retrieved 27-5-24 from <https://www.rivm.nl/nieuws/op-vier-nederlanders-heeft-hersenaandoening>
- Satink, T. (2016). *Zelfmanagement in de CVA-revalidatie: uitdagingen voor CVA-getroffenen, partners en professionals* Hogeschool van Arnhem en Nijmegen]. https://www.revalidatie.nl/wp-content/uploads/2022/08/ton_satink_-_2016_samenvatting_phd_what_about_selfmanagement_post_stroke.pdf
- Tsakitzidis, G., & Philips, H. (2013). Interdisciplinair overleg: is er nood aan opleiding over 'samenwerken'? *Huisarts Nu*, 42(6), 4. https://www.domusmedica.be/sites/default/files/h42_6_08_interdisciplinair_overleg.pdf
- Wagman, P., & Håkansson, C. (2019). Occupational balance from the interpersonal perspective: A scoping review. *Journal of Occupational Science*, 26(4), 537-545. <https://doi.org/10.1080/14427591.2018.1512007>
- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. *Scand J Occup Ther*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>
- ZonMw. (2024). *Waardegedreven zorg*. ZonMw. Retrieved 26-6-2024 from <https://www.zonmw.nl/nl/waardegedreven-zorg>
- Zorg voor Beter. (2023). *Zelfredzaamheid, zelfmanagement en eigen regie*. Zorg voor Beter. Retrieved 7-12-2023 from <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/zelfredzaamheid/zelfredzaamheid-en-zelfmanagement#:~:text=Eigen%20regie%20gaat%20om%20het,lichamelijk%2C%20sociaal%20en%20psychisch%20oepzicht>



Professioneel redeneren

Module 1

Professioneel redeneren

Uitgangsvragen

- Hoe neem je als ergotherapeut professionele beslissingen?
- Hoe pas je het proces van professioneel redeneren toe?
- Hoe sluit je zo goed mogelijk aan bij de persoon met hersenletsel? Denk hierbij aan factoren zoals wensen en behoeften, diagnose, prognose en cognitieve mogelijkheden.

Aanbevelingen

- Wees bewust bezig met professioneel redeneren en geef het een vaste plek in je werkroutine.
- Redeneer persoonsgericht.
 - Sluit aan bij de (hulp)vraag van de persoon met hersenletsel, diens wensen en behoeften en waarden en normen en verdiep je in diens (culturele) achtergrond, coping, hobby's, werkzaamheden en activiteiten.
 - Sluit aan bij de diagnose, prognose en cognitieve mogelijkheden van de persoon met hersenletsel.
- Volg de principes van samen beslissen.
- Betrek de naaste(n) van de persoon met hersenletsel bij de behandeling.
- Maak gedurende het gehele ergotherapeutische proces keuzes waarin je verschillende perspectieven meeneemt: van de persoon met hersenletsel, de naaste(n), jezelf, beschikbare data, de wetenschap, de eventuele organisatie en de maatschappij. Waardegedreven zorg is hierbij het uitgangspunt.

Aanleiding

Op basis van de ontwikkelingen in de huidige gezondheidszorg is het belangrijk te streven naar Passende Zorg. Passende Zorg is persoonsgericht, waardegedreven, de juiste zorg op de juiste plek en gaat over gezondheid in plaats van ziekte (Zorginstituut Nederland, 2022). De doelgroep van deze richtlijn is personen met hersenletsel, waarbij Passende Zorg altijd het uitgangspunt moet zijn. Hersenletsel beïnvloedt naast het leven van de persoon met hersenletsel ook het leven van de naaste(n). Wanneer er gesproken wordt over de persoon met hersenletsel, wordt in de meeste gevallen de persoon met hersenletsel en diens naaste(n) bedoeld. Er zijn grote verschillen tussen de verschillende vormen van hersenletsel en de gevolgen van het hersenletsel voor het dagelijks handelen.

Ook de normen, waarden en verwachtingen van personen met hersenletsel zijn verschillend. Zelfs met een ogenschijnlijk identiek letsel kan de variatie van klachten en beperkingen heel verschillend zijn. Ook is het voor elke persoon verschillend wat het betekent voor het dagelijks leven. Daarom is het niet mogelijk om te werken aan de hand van een protocol, maar is het noodzakelijk om voor elke persoon met hersenletsel opnieuw te kijken en te besluiten.

Het gebruik van deze richtlijn ondersteunt hierin. Tijdens de begeleiding van personen met hersenletsel en diens naaste(n) maak je als professional voortdurend keuzes. Het is van belang om als professional in dialoog met alle betrokkenen goed na te denken over wat voor de persoon met hersenletsel en diens naaste(n), in die situatie en op dat moment het meest passend is om te doen. Dit proces heet professioneel redeneren. Professioneel redeneren wordt in hoofdstuk 7 van de Grondslagen van ergotherapie gedefinieerd als 'het proces van nadenken en het samen beslissen, plannen, evalueren en verantwoorden van acties in de praktijk' (Gils & Huijzen, 2023,

p. 114). Professioneel redeneren leidt tot professionele besluitvorming. Bij besluitvorming worden het perspectief van de persoon, de naaste(n), de therapeut en van het bewijs afgewogen en met elkaar geïntegreerd. Dat besluit wordt beïnvloed door:

- waarden, normen en wereldbeeld van zowel de persoon met hersenletsel als van jou als ergotherapeut (microniveau);
- de invloed van de omgeving, bijvoorbeeld de werkwijze binnen een organisatie (mesoniveau);
- de invloed van regionaal en landelijk beleid, zoals de vergoedingen van een zorgverzekeraar (macroniveau).

Het is essentieel om binnen het ergotherapeutische proces professionele beslissingen te nemen op basis van professioneel redeneren. De meerwaarde hiervan is:

- de personen met hersenletsel en hun naaste(n) krijgen inzicht in waarop keuzes gebaseerd zijn;
- het verbeteren van de ergotherapeutische zorg en tevredenheid van cliënten;
- de zichtbaarheid van ergotherapie vergroten in jouw werkgebied;
- nieuwe collega's opleiden tot experts met goede redeneervaardigheden.

Methodie

Voor het beantwoorden van de uitgangsvragen in deze module is ervoor gekozen om de consensus-based methodiek te hanteren. Hoofdstuk 7 van de Grondslagen van ergotherapie (Gils & Huijzen, 2023) vormt de basis voor de uitwerking van deze module, aangevuld met informatie uit twee artikelen (Baars-Elsinga et al., 2023; Döpp et al., 2022). Informatie wordt beschreven en concluderend beoordeeld door experts. Hieruit volgen de aanbevelingen.

Literatuur

In het gehele ergotherapeutische proces neem je voortdurend beslissingen en verantwoord je deze beslissingen. Dit gebeurt in alle verschillende fases van het ergotherapeutische proces. De verschillende fases die te onderscheiden zijn: vraagstelling, kennismaking, inventarisatie en analyse, doelbepaling, opstellen en uitvoeren van plan van aanpak, en evaluatie, afronding en vervolg. In al deze fases worden besluiten genomen. Hieronder worden verschillende methoden beschreven die ergotherapeuten, als professionals, kunnen gebruiken.

Two-body-practice

Ergotherapeuten kijken vanuit een holistische visie naar de persoon, taak en de omgeving. In deze visie worden twee perspectieven meegenomen en geïntegreerd, namelijk het perspectief vanuit het lichaam of de aandoening en het perspectief over hoe de aandoening het leven van de persoon beïnvloedt. Dit wordt two-body-practice genoemd (Gils & Huijzen, 2023). Hierin worden het perspectief van de persoon met hersenletsel en het therapeutperspectief meegenomen.

Perspectief van de persoon met hersenletsel

Het is belangrijk om een duidelijk beeld te hebben van het perspectief van de persoon met hersenletsel, denkend vanuit deze persoon, wat diens wensen, waarden en behoeften zijn. Wat is voor deze persoon op dit moment belangrijk, de omgeving en taken meenemend, maar ook rekening houdend met de omgeving waarin de persoon functioneert en diens taken en handelingen in relatie tot de verwachtingen en eisen die gesteld worden. In dit perspectief wordt de persoon benaderd vanuit gezondheid en niet vanuit ziekte. Het perspectief van de naaste(n) wordt ook meegenomen.

Daarnaast het is belangrijk dat de persoon met hersenletsel zoveel als mogelijk eigen regie heeft over diens (herstel) proces, door de persoon te betrekken bij alle besluiten en zo samen te beslissen. Daarvoor is het belangrijk dat de persoon met hersenletsel oprecht gezien en gehoord wordt om zo goed bij diegene aan te sluiten. Hiervoor dient

rekening gehouden te worden met:

- diens levensverhaal;
- diens mogelijkheden;
- wat betekenisvol is voor de persoon;
- diens diagnose, co-morbiditeit en prognose;
- diens belastbaarheid zowel fysiek als mentaal;
- de cognitieve mogelijkheden, waaronder de mate van ziekte-inzicht;
- mogelijkheden van communicatie (verbaal en non-verbaal);
- gezondheidsvaardigheden (zie checklist: www.pharos.nl/kennisbank/checklist-herkennen-laaggeletterdheid);
- de invloed van medicatie.

Door rekening te houden met het perspectief van de persoon met hersenletsel en daar zo goed mogelijk bij aan te sluiten wordt een persoonsgerichte benadering gevolgd.

Therapeutperspectief

Hoe bepaal je of jij op dit moment en bij deze persoon de geschikte ergotherapeut bent? Wanneer verwijst je door naar een andere ergotherapeut met (meer passende) expertise of naar een andere discipline? Het is belangrijk om je continu af te vragen of jij op dit moment de juiste professional voor deze persoon bent. Onderstaande vragen kunnen hierbij ondersteunen:

- *Kan ik als ergotherapeut de begeleiding bieden die voor de persoon met hersenletsel op dit moment nodig is, of is een andere professional meer geschikt?*
- *Heb ik de benodigde kennis en vaardigheden voor deze persoon en voel ik mij bekwaam? Of weet ik waar ik ontbrekende kennis kan halen?*
- *Heb ik een duidelijk beeld van het perspectief van de persoon met hersenletsel, diens wensen, behoeften en mogelijkheden?*
- *Heb ik voldoende kennis van de andere professionals? Weet ik wat hun expertise is en waarvoor ik naar hen kan doorverwijzen?*
- *Welke diagnostiek is op dit moment minimaal nodig bij deze persoon? Meet ik niet om te meten?*

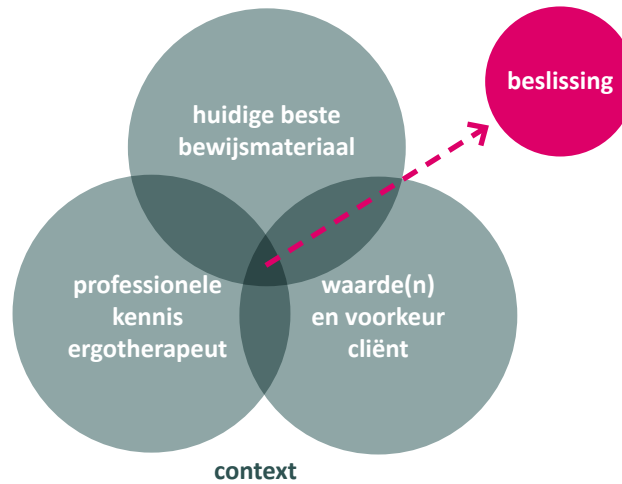
Evidence-based practice

Om evidence-based practice (EBP) toe te passen bij de besluitvorming wordt het derde, het wetenschappelijke perspectief, toegevoegd (Gils & Huijzen, 2023). Samen met het perspectief van de persoon met hersenletsel en het therapeutenperspectief, leiden deze drie perspectieven tot een unaniem besluit (zie *figuur 1.1*). De methodiek van EBP bestaat uit **vijf stappen**:

1. het probleem omzetten naar een beantwoorbare vraag;
2. zoeken naar het beste bewijsmateriaal;
3. beoordelen van dit bewijsmateriaal;
4. toepassen in de praktijk;
5. evalueren.

Het toepassen van EBP vraagt zorgvuldig professioneel redeneren. Heb je als ergotherapeut meer ervaring, dan zal het makkelijker worden om het wetenschappelijk bewijs te integreren in je behandeling en de interventies aan te passen aan de wensen en de situatie van de persoon met hersenletsel en diens naaste(n).

Fig. 1.1 | Elementen van evidence-based practice (EBP). Bron: Grondslagen van ergotherapie (Gils & Huijzen, 2023)



Wetenschappelijk perspectief

Wetenschappelijk redeneren is het proces waarbij je als ergotherapeut wetenschappelijke kennis en bewijskracht gaat opzoeken, begrijpen, interpreteren en toepassen om te gebruiken bij gezamenlijke besluitvorming. Het is het redeneren van ergotherapeuten gebaseerd op een systematische en logische wetenschappelijke methode, op basis van kennis en wetenschap.

Vraag je bij het gebruik van deze richtlijn bijvoorbeeld het volgende af:

- Is er aangetoond hersenletsel bij de persoon waarvoor ik deze richtlijn raadpleeg?
 - Welke informatie is er beschikbaar over het type hersenletsel?
 - Wat is de prognose op basis van beschikbare data?
- Welke aanbevelingen uit de richtlijn passen bij de (hulp)vraag en bij de werksetting?
 - Is het wetenschappelijk bewijs geschikt en toepasbaar in de context van de persoon?

Best-practice

Voor ergotherapeutische interventies is vaak nog weinig wetenschappelijk bewijs. Gelukkig zijn er veel situaties waarin we weten wat werkt op basis van onze ervaringen uit de dagelijkse praktijk. Het is belangrijk dat we als beroepsgroep samen kijken hoe we deze ervaringen uit de praktijk kunnen bundelen tot een gezamenlijke werkwijze. Wanneer een werkwijze binnen het werkveld algemeen is geaccepteerd als beste werkwijze dan noemen we dit best-practice. De zorgverzekeraars accepteren best-practice ook als onderbouwing van zorg. Medische interventies die worden vergoed door de zorgverzekeraar moeten voldoen aan 'de stand van wetenschap of praktijk'.

Practice-based evidence

Practice-based evidence (PBE) kent een lage kwaliteit van bewijs. Bij PBE draait het om jouw ervaringen als professional. Je bepaalt op basis van jouw ervaringen uit de dagelijkse praktijk of een interventie werkt of niet. Stel in dit geval van tevoren een meetbaar doel op en evalueer kort-cyclisch of het doel behaald wordt met jouw werkwijze en stel zo nodig bij.

Vormen en kaders voor professioneel redeneren

Er zijn verschillende vormen van redeneren. Deze verschillende vormen van professioneel redeneren pas je toe bij zowel two-body-practice, EBP en PBE om vanuit verschillende perspectieven de benodigde informatie te verzamelen. In de Grondslagen van ergotherapie vind je meer informatie en een tabel met voorbeeldvragen die je ondersteunen en helpen om te redeneren (Gils & Huijzen, 2023).

Kaders voor professioneel redeneren

De keuzes die we als ergotherapeuten maken zijn zichtbaar, maar het onderliggende redeneren niet. Het is belangrijk om bewust te zijn vanuit welke kaders je kan denken en input mee kan nemen in je besluit. Deze kaders worden hieronder beschreven.

Diagnose en prognose

Ondanks dat het belangrijk is om te benaderen vanuit een gezondheidsperspectief en het levensverhaal van de persoon met hersenletsel, is het ook essentieel om te weten wat de aard, oorzaak en locatie van het hersenletsel is, hoe en wanneer het hersenletsel is ontstaan en wat het beloop is tot op heden. Als de persoon met hersenletsel deze informatie niet zelf kan verstrekken, staat deze informatie vaak in een verwijsbrief of is het op te vragen bij een medisch specialist of huisarts. Vervolgens is het essentieel dat je nagaat wat de prognose is. Wordt er nog spontaan herstel verwacht?

Cognitieve mogelijkheden

Tot slot is het essentieel om na te gaan wat de cognitieve mogelijkheden van de persoon met hersenletsel zijn. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van bijvoorbeeld het Cognitive Disabilities Model (CDM) (zie [module 6 'Cognitie'](#)). Door aan te sluiten bij cognitieve mogelijkheden zorg je dat de persoon met hersenletsel zo goed mogelijk begrijpt wat er bedoeld en gevraagd wordt en is het leerrendement ook het grootst. Het premorbide cognitieve functioneren is vaak terug te leiden naar het opleidings- en/of werkniveau. Door dit uit te vragen krijg je al een voorzichtig beeld van iemands premorbide cognitieve mogelijkheden. Hersenletsel kan het toepassen van de cognitie echter beperken. Bijvoorbeeld doordat iemand de aandacht minder of slechts kortdurend kan richten op een taak of gesprek, of doordat iemand moeite heeft met het herinneren en onthouden van informatie. Soms is er bij de persoon met hersenletsel ook sprake van een verminderd inzicht in het eigen functioneren of de gevolgen die het hersenletsel heeft op het functioneren. Dit laatste noemen we verminderd ziekte-inzicht. De mate van ziekte-inzicht heeft vaak gevolgen voor de ervaren ziektelast, de hulpvraag en de motivatie om nieuw gedrag aan te leren. Zie voor het in kaart brengen van de cognitieve mogelijkheden [module 6.1 'Cognitie in kaart brengen'](#).

Samenwerken met andere professionals

Naast het samen beslissen met de persoon met hersenletsel is het ook belangrijk om professionele besluiten te nemen samen met andere professionals die betrokken zijn bij de persoon met hersenletsel; interprofessioneel samenwerken. Dit betekent niet alleen samenwerken, maar juist ook samen verantwoordelijkheid nemen, en samen beslissingen nemen en streven naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek (Taskforce Zorg op de Juiste Plek, 2018). De inzichten, kennis en ervaring van andere professionals kan van invloed zijn op het professioneel redeneren van jou als ergotherapeut (Gils & Huijzen, 2023). Het is belangrijk om naar de vraag van de persoon met hersenletsel te kijken vanuit verschillende referentiekaders en ieders expertise te gebruiken om samen de persoon met hersenletsel zo optimaal mogelijk te ondersteunen, elkaar aan te vullen en te werken aan een gezamenlijk doel met de persoon met hersenletsel. Hierdoor wordt er meer zorg op maat geleverd.

In het werken met personen met hersenletsel vraag je je continu af of jij de juiste professional bent om aan de (hulp)vraag te werken. Om goed te kunnen doorverwijzen naar andere professionals is het belangrijk dat je een goed beeld hebt van de zorgkaart van jouw werkgebied. Welke zorgprofessionals werken met personen met

hersensletsel en welke expertise hebben zij? Ook de website van Ergotherapie Nederland, waar ergotherapeuten hun expertise hebben aangegeven, en Breinlijn (<https://www.breinlijn.nl/>) kunnen ondersteunend zijn.

Overige aandachtspunten

Om persoonsgerichte zorg te leveren is het naast bovenstaande aandachtspunten belangrijk om rekening te houden met de belastbaarheid van de persoon met hersensletsel, de mogelijkheden van communicatie, de eventuele invloed van medicatie, de culturele achtergrond en de gezondheidsvaardigheden. Om de gezondheidsvaardigheden in kaart te brengen kan je gebruik maken van de [checklist](#).

Conclusie

Maak gebruik van professioneel redeneren en gebruik hiervoor de verschillende modellen, vormen van redeneren en kaders voor redeneren. Neem je professionele beslissingen op basis van het ergotherapeutisch perspectief, het perspectief van de persoon met hersensletsel en het wetenschappelijk perspectief (EBP). Wanneer er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is, maak je gebruik van een door de beroepsgroep algemeen geaccepteerde werkwijze (best-practice) of maak je gebruik van je eigen ervaringen (practice-based evidence). Deze richtlijn is zoveel mogelijk uitgewerkt op basis van EBP. Bewijs uit literatuur voor het effect van (ergotherapeutische) interventies is echter gering. Daarom zijn de modules voor een groot deel gebaseerd op best-practice en PBE. Het is belangrijk om volgens de richtlijn te werken. Echter, als je de stappen van professioneel redeneren volgt, kan je tot de conclusie komen dat je van de richtlijn moet afwijken. Dit benadrukt het belang van professioneel redeneren en Passende Zorg.

Zorg ervoor dat je aansluit bij de persoon met hersensletsel en daarbij rekening houdt met diens diagnose en prognose, fysieke en mentale belastbaarheid, cognitieve mogelijkheden waaronder het cognitief niveau en de mate van ziekte-inzicht, mogelijkheden van communicatie (verbaal en non-verbaal), gezondheidsvaardigheden en de invloed van medicatie.

Zorg ervoor dat je de persoon met hersensletsel oprecht ziet en hoort en verdiep je in diens hulpvraag. Het leven van de naaste(n) wordt ook beïnvloed door hersensletsel. Daarnaast hebben zij vaak ook een rol als mantelzorg. Betrek de naaste(n) bij de behandeling om ervoor te zorgen dat de persoon met hersensletsel en de naaste(n) op één lijn zitten. Op deze manier kan je ook betere zorg bieden aan de cliënt.

Zorg dat samen beslissen en aansluiten bij de cognitieve mogelijkheden van de persoon met hersensletsel uitgangspunt zijn van de ergotherapeutische behandeling. Gebruik vanuit de specifieke situatie en hulpvraag van de persoon met hersensletsel de aanbevelingen uit deze richtlijn.

Bronnen

- Baars-Elsinga, A., Heugten, C. v., Jonkers, S., Strikwerda, T., & Visser-Meily, A. (2023). Cognitieve stoornissen versus cognitieve klachten. *Ergotherapie Magazine*, 19-23.
- Döpp, C., Martens, K., Huijzen, S. v., Gils, A. v., Rothuizen-Lindenschot, M., & Graff, M. (2022). Hoe bewust bezig zijn met professioneel redeneren jou kan helpen! *Ergotherapie Magazine*, (5), 6.
- Gils, A. v., & Huijzen, S. v. (2023). Professioneel redeneren. In M. v. Hartingsveldt, D. Kos, & M. I. Granse (Eds.), *Grondslagen van ergotherapie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Taskforce Zorg op de Juiste Plek. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek*. W. e. S. Ministerie van Volksgezondheid. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-7241c365-d8f3-4eb0-befe-6de4dc088f60/pdf>
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader Passende zorg*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/passende-zorg/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>



Zelfmanagement

Module 2

Zelfmanagement

Aanleiding

Uit de knelpuntenanalyse bleek onder andere dat personen met hersenletsel vaak onvoldoende eigen regie ervaren gedurende het ergotherapeutische behandeltraject. Eigen regie is in deze richtlijn gedefinieerd als het vermogen om je eigen leven en noodzakelijke ondersteuning te regelen en het praktische vermogen om jezelf te redden in lichamelijk, sociaal en psychisch opzicht (Zorg voor Beter, 2023). De oorzaak van verminderde eigen regie kan zijn dat er bijvoorbeeld beslissingen worden genomen door zorgprofessionals waarin het cliëntperspectief onvoldoende is meegenomen. De zorg of behandeling voelt opgelegd in plaats van dat er sprake is van [Samen Beslissen](#). Het kan ook komen doordat de cliënt vanwege hersenletsel onvoldoende in staat is om eigen regie te voeren. Ergotherapie richt zich op het bevorderen van eigen regie. Het is daarbij essentieel om aan te sluiten bij de wensen en mogelijkheden van de persoon. Eigen regie is een onderdeel van zelfmanagement. In deze richtlijn wordt onder zelfmanagement verstaan: de individuele mogelijkheid om, eventueel in samenwerking met familie, naasten en professionals, om te gaan met lichamelijke, psychische en sociale consequenties van een aandoening/beperking en bijbehorende aanpassingen in leefstijl. Zelfmanagement betekent dat de persoon zelf kan kiezen in hoeverre diegene de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet. Deze definitie is gebaseerd op de definities in de KNGF-richtlijn Zelfmanagement (2022) en het proefschrift van Ton Satink (2016). Zelfmanagement wordt onderverdeeld in medisch management, rolmanagement en emotioneel management. Medisch management richt zich op het kunnen managen van de medische aspecten van een chronische ziekte, zoals medicijngebruik, het nemen van rust of het managen van spasticiteit. Rolmanagement is het kunnen managen van de gevolgen van een (chronische) ziekte voor het dagelijks leven en richt zich op de betekenisgeving aan het leven, rollen en dagelijkse activiteiten. Emotioneel management richt zich op het kunnen managen van de emotionele gevolgen en veranderingen als gevolg van een (chronische) ziekte, zoals onzekerheid en angst. Als ergotherapeut lever je een belangrijke bijdrage aan alle vormen van management en met name aan rolmanagement. Naast zelfmanagement is co-management belangrijk, wat betekent dat zelfmanagement in samenwerking met de naaste(n) plaatsvindt (Satink & Cup, 2014).

Het is belangrijk om in te gaan op de vraag hoe de persoon met hersenletsel en diens naaste(n) in gezamenlijkheid besluiten kunnen nemen zodat er een gelijkwaardige verantwoordelijkheid wordt ervaren voor het managen van het dagelijks leven. Dit kan de persoon met hersenletsel ondersteunen en het gevoel van 'alles-zelf-doen' als opvatting van zelfmanagement verminderen (Satink, 2016).

In de praktijk worden veel verschillende zelfmanagementinterventies toegepast. Om bij te dragen aan het bevorderen van eigen regie en zelfmanagement van personen met hersenletsel is ervoor gekozen om een module te wijden aan zelfmanagement bij personen met hersenletsel. Daarnaast draagt deze module bij aan de ontwikkeling van een uniforme werkwijze op het gebied van zelfmanagement binnen de ergotherapie en mogelijk in interdisciplinaire setting. In [module 2.1](#) worden meetinstrumenten beschreven en aanbevolen om de mate van zelfmanagement in kaart te brengen bij personen met hersenletsel. [Module 2.2](#) beschrijft interventies gericht op het bevorderen van zelfmanagement.

Bronnen

- Mensendieck (VvOCM). (2022). KNGF-richtlijn Zelfmanagement. KNGF/VvOCM.
- Satink, T. (2016). Zelfmanagement in de CVA-revalidatie: uitdagingen voor CVA-getroffenen, partners en professionals Hogeschool van Arnhem en Nijmegen]. https://www.revalidatie.nl/wp-content/uploads/2022/08/ton_satink_-_2016_samenvatting_phd_what_about_selfmanagement_post_stroke.pdf
- Satink, T., & Cup, E. (2014). De aspecten van zelfmanagement. Ergotherapie Magazine, 2, 5.
- Zorg voor Beter. (2023). Zelfredzaamheid, zelfmanagement en eigen regie. Zorg voor Beter. Retrieved 7-12-2023 from <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/zelfredzaamheid/zelfredzaamheid-en-zelfmanagement#:~:text=Eigen%20regie%20gaat%20om%20het,lichamelijk%2C%20sociaal%20en%20psychisch%20opzicht>

Module 2.1

Zelfmanagement in kaart brengen

Uitgangsvraag

Welke betrouwbare, valide en responsieve meetinstrumenten kan een ergotherapeut gebruiken om zelfmanagement in kaart te brengen bij personen met hersenletsel?

Aanbevelingen

- Neem de [Canadian Occupational Performance Measure \(COPM\)](#) af bij personen met hersenletsel om **zelf ervaren problemen op verschillende activiteitengebieden in het dagelijks handelen** vast te stellen en te evalueren.
- Laat de persoon met hersenletsel de [Patient Reported Outcome voor Ergotherapie \(PRO-Ergo\)](#) invullen om inzicht te krijgen in diens **kijk op het eigen dagelijkse functioneren en de bijdrage van ergotherapie** hierin.
- Overweeg het [Self Management Screening Instrument \(SeMaS\)](#) af te nemen om **barrières voor zelfmanagement** in kaart te brengen.
- Overweeg om door middel van de [gesprekstool Positieve Gezondheid](#) de **ervaren gezondheid** van een persoon met hersenletsel in kaart te brengen om vervolgens samen te bepalen wat de persoon wil veranderen en hoe dit aan te pakken.
- Overweeg de [Activity Card Sort \(ACS\)](#) te gebruiken wanneer de persoon met hersenletsel de gesproken en/of geschreven taal onvoldoende beheerst om **het huidige activiteitenpatroon** vast te stellen en te bepalen **met welke activiteiten de participatie vergroot kan worden**.

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Tabel 2.1 | Schematische weergave van beschreven meetinstrumenten om zelfmanagement in kaart te brengen op basis van uitgewerkte stappen. S: screeningsinstrument; D: diagnostisch instrument; P: prognostisch instrument; E: evaluatief instrument

Meetinstrument	S	D	P	E	Wat je meet	Hanteerbaarheid/ gebruiksgemak	Afnameduur	Scholing vereist	Waar te vinden
Self Management Screening Instrument (SeMaS)	X				Mate van zelfmanagement; welke vorm van zelfmanagement het meest geschikt is	Goed	± 10 minuten	Nee	Gratis te downloaden via meetinstrumentenindezorg.nl
Canadian Occupational Performance Measure (COPM)		X		X	Ervaren problemen in dagelijks handelen op het gebied van zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning en de mate van uitvoer en tevredenheid daarover	Redelijk	± 30-60 minuten 10-15 minuten (herhalingsonderzoek)	Nee	Online aan te schaffen, zie meetinstrumentenindezorg.nl

Meetinstrument	S	D	P	E	Wat je meet	Hanteerbaarheid/ gebruiksgemak	Afnameduur	Scholing vereist	Waar te vinden
Activity Card Sort (ACS)	X			X	Uitvoer van dagelijkse activiteiten; welke activiteiten kunnen bijdragen aan het vergroten van de participatie	Redelijk	± 30-60 minuten	Nee	Gratis te downloaden via website hva.nl ; ten tijde van ontwikkeling van de richtlijn staat op meetinstrumentenonzorg.nl een verouderde versie welke in revisie is
Gesprekstool Positieve Gezondheid	X				Hoe het met de persoon gaat; wat de persoon wil veranderen; hoe de persoon dat wil bereiken	Redelijk	Tool: ± 5-10 minuten Gesprek over uitkomsten: ± 30-60 minuten	Nee	Direct toegankelijk via de website van Institute for Positive Health.
Patient Reported Outcome voor Ergotherapie (PRO-Ergo)	X			X	Kijk op het dagelijks functioneren op het gebied van zelfmanagement, dagelijks handelen en sociale omgeving; de bijdrage van ergotherapie	Goed	< 5 minuten	Nee	Gratis te downloaden via website van Ergotherapie Nederland

Conclusie en rationale van de aanbeveling

De beschreven meetinstrumenten om zelfmanagement in kaart te brengen zijn schematisch weergegeven in tabel 2.1. Binnen de gezondheidszorg wordt zelfmanagement steeds belangrijker. Het is belangrijk om een beeld te krijgen van de mate van zelfmanagement van de persoon met hersenletsel. In de dagelijkse praktijk wordt er nog weinig gebruikt gemaakt van screeningsinstrumenten. Wanneer barrières voor zelfmanagement in kaart worden gebracht geeft dit handvatten voor hoe de persoon met hersenletsel ondersteund kan worden. De aanbevelingen richten zich daarom op het in kaart brengen van de juiste informatie met betrekking tot aandachtsgebieden, barrières en ervaring van de persoon met hersenletsel. Met deze informatie kunnen ergotherapeuten een passend behandelplan opzetten, rekening houdend met de mate van zelfmanagement van de persoon met hersenletsel.

De mate van bewijs voor het SeMaS is laag, maar gezien het belang van screening en de goede hanteerbaarheid is de werkgroep van mening dat het SeMaS overwogen moet worden om af te nemen bij personen met hersenletsel. Daarom is ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren.

De COPM is geschikt om in kaart te brengen welke problemen een persoon ervaart in zijn dagelijks handelen. De COPM meet niet de mate van eigen regie, maar geeft inzicht in op welke activiteiten iemand regie wil voeren. Het helpt om gerichte doelen te stellen en samen te beslissen. Daarnaast kan de COPM gebruikt worden om het effect van de behandeling te evalueren. In verschillende richtlijnen wordt het gebruik van de COPM aanbevolen. Ook is het een geaccepteerde werkwijze voor ergotherapeuten om problemen over activiteitsgebieden in het dagelijks handelen vast te stellen en te evalueren. Dit maakt de mate van bewijs redelijk waardoor de werkgroep sterk aanbeveelt om de COPM af te nemen bij personen met hersenletsel.

Wanneer de persoon met hersenletsel de gesproken en/of geschreven taal onvoldoende beheerst is de ACS geschikt om in kaart te brengen welke activiteiten de persoon nu uitvoert en welke activiteiten mogelijk opgepakt kunnen worden om de participatie te vergroten. Dit ondersteunt om gericht doelen te stellen en samen te beslissen. De ACS dient aangeschaft te worden waardoor het gebruik minder laagdrempelig is. Gezien dit het enige instrument is waarbij geen gesprek gevoerd hoeft te worden, is dit te adviseren. Er is voorzichtig bewijs voor de klinimetrische kwaliteit van de ACS-NL (18-64). De mate van bewijs voor de oudere versie van de ACS is goed en kan waarschijnlijk

gegeneraliseerd worden naar de versies voor verschillende leeftijdsgroepen. De werkgroep heeft ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren, omdat het bewijs niet met zekerheid gegeneraliseerd kan worden, het meetinstrument niet in alle situaties toepasbaar is en het aangeschaft moet worden.

Daarnaast is het belangrijk een beeld te krijgen van hoe de persoon met hersenletsel de eigen gezondheid ervaart, welke problemen worden ervaren, wat de persoon zou willen veranderen en hoe. De gesprekstool Positieve Gezondheid is een tool waarmee deze stappen onder de juiste begeleiding gezet kunnen worden. Het is nog geen algemeen geaccepteerde werkwijze in de dagelijkse praktijk en er is geen wetenschappelijk bewijs. Hierdoor is de mate van de bewijs laag. Ook vraagt het invullen en bespreken van het spinnenweb een tijdsinvestering bij de start van de behandeling. De werkgroep is echter van mening dat het inzetten van deze gesprekstool bij de start van de behandeling een investering is die zich verderop in de behandeling uitbetaalt. De informatie uit het gesprek draagt bij aan een efficiënt proces voor wat betreft persoonsgerichte interventiekeuze. Het is belangrijk om daarbij de juiste begeleiding te bieden, gericht op activiteiten die van belang zijn voor de persoon met hersenletsel. Om deze redenen is ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren.

De PRO-Ergo geeft informatie over hoe de persoon met hersenletsel kijkt naar het eigen dagelijks functioneren en de bijdrage van de ergotherapeut hierin. Het meetinstrument is goed hanteerbaar, gratis verkrijgbaar en snel af te nemen. Een tussen- of eindmeting met de PRO-Ergo geeft op een objectieve manier de persoon met hersenletsel en de ergotherapeut inzicht in de voortgang en/of het management van de dagelijkse activiteiten en participatie. Het gebruik van de PRO-Ergo draagt bij aan het analyseren van de interventie en aan het vaststellen van de waarde van ergotherapie. Mede door de COVID-19-pandemie is het gebruik van de PRO-Ergo toegenomen en ingezet bij wetenschappelijk onderzoek. De mate van bewijs is redelijk waardoor de werkgroep sterk aanbeveelt om de PRO-Ergo af te nemen.

Module 2.2

Interventies om zelfmanagement te bevorderen

Uitgangsvraag

Welke interventies kan een ergotherapeut inzetten om zelfmanagement te bevorderen bij personen met hersenletsel?

Aanbevelingen

- Bevorder de ontwikkeling van zelfmanagement bij personen met hersenletsel en hun naasten passend bij diens behoeften en mogelijkheden.
 - Gebruik het Goal Setting en Action Planning (G-AP) framework om systematisch te werk te gaan bij het opstellen en begeleiden van doelen.
 - Pas één, meerdere, of componenten van de onderstaande zelfmanagementinterventies toe:
 - Motivational Interviewing (MI).
 - Oplossingsgerichte Gespreksvoering (OGT).
 - Acceptance and Commitment Therapy (ACT).
 - Geef voorlichting aan personen met hersenletsel en hun naasten over de gevolgen van hersenletsel om zelfmanagement te bevorderen.
- Overweeg het Managing Fatigue programma te gebruiken wanneer het gaat om het bevorderen van zelfmanagement om vermoeidheid te verminderen. Zie [module 3.2 voor meer interventies gericht op balans in het dagelijks handelen](#).
- Overweeg de Taxonomy of Everyday Self-management Strategies (TEDDS) te gebruiken ter ondersteuning van het bevorderen van zelfmanagement en voor de (team)evaluatie van de inhoud van de gebruikte zelfmanagement interventies.

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Conclusies op basis van de literatuur

Onderstaand worden de conclusies uit het systematische literatuuronderzoek beschreven. Geëxtraheerde data met betrekking tot effectgrootte en bewijskracht worden objectief samengevat.

- Bij mensen die een CVA hebben doorgemaakt lijkt een zelfmanagementinterventie de mate van zelfmanagement (2 RCT's; GRADE: laag) en zelfeffectiviteit (12 RCT's; GRADE: laag) te vergroten (Oh 2022; Pedersen 2020).
- Een zelfmanagementinterventie lijkt bij mensen die een CVA hebben doorgemaakt, het uitvoeren BADL enigszins te verbeteren (5 RCT's; GRADE: laag), maar lijkt niet te resulteren in verbetering van het uitvoeren van IADL (6 RCT's; GRADE: laag)(Oh 2022). Gemeten met een subschaal van de Stroke Impact Scale (combinatie van basale en instrumentele ADL) lijkt een zelfmanagementinterventie niet of nauwelijks effect te hebben op ADL, maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag) (Pedersen 2020).
- Een zelfmanagementinterventie verhoogt de sociale participatie van mensen die een CVA hebben doorgemaakt waarschijnlijk niet (5 RCT's; GRADE: laag) (Zhou 2022).
- Een zelfmanagementinterventie lijkt niet of nauwelijks te resulteren in een verbeterde kwaliteit van leven bij mensen die een CVA doorgemaakt hebben (14 RCT's; GRADE laag) (Oh 2022; Pedersen 2020).

Rationale van de aanbeveling

Uit het systematisch literatuuronderzoek komen een geringe mate van effect en een lage kwaliteit van bewijs naar voren. Dit komt niet overeen met het signaal vanuit de praktijk, dat zelfmanagementinterventies waardevol zijn in de behandeling bij personen met hersenletsel. Dit signaal komt zowel vanuit de persoon met hersenletsel als vanuit de ergotherapeut. De Richtlijn Zelfmanagementondersteuning van SKILZ, gericht op de doelgroep cliënten in de langdurige zorg, heeft dezelfde (geringe) bevindingen uit literatuuronderzoek. De aanbevelingen in die richtlijn zijn op basis van expertise van de werkgroep en met behulp van de PRISMS-taxonomie geformuleerd (Pearce et al., 2016). De aanbevelingen in deze module zijn ook gebaseerd op de bevindingen uit het systematisch literatuuronderzoek, expert-based opinion, informatie uit andere evidence-based richtlijnen en aanvullende bronnen. De werkgroep heeft deze informatie vertaald naar ergotherapie bij hersenletsel.

De werkgroep concludeert dat het stimuleren van zelfmanagement voor iedere persoon met hersenletsel belangrijk is. Voor het systematisch opstellen van en begeleiden bij doelen kan het G-AP framework worden gebruikt. Omdat dit wordt bevestigd door evidence-based richtlijnen en als best-practice wordt beschouwd, zijn hier sterke aanbevelingen voor geformuleerd.

Er is geen overtuigend bewijs gevonden in het systematisch literatuuronderzoek. Wel wordt geconcludeerd dat interventies met de componenten action planning, doelen stellen en gedragsverandering, een positief effect kunnen hebben. De interventies MI, OGG, ACT en voorlichting geven bevatten deze componenten. Om gedragsveranderingen op gang te brengen in relatie tot het dagelijks leven wordt daarom aanbevolen om principes uit MI, OGG en/of ACT toe te passen. Het bewijs is gebaseerd op best-practice en evidence-based richtlijnen en wordt daarmee door de werkgroep beoordeeld als een redelijke mate van bewijs. Er zijn geen verzwakkende argumenten op het gebied van bijvoorbeeld kosteneffectiviteit, aanvaardbaarheid, gelijkheid of haalbaarheid. Dat alles maakt dat er sterke aanbevelingen zijn geformuleerd.

Voor het bepalen van doelen en het opstellen van een actie-/copingplan en het stimuleren van verandertaal bieden MI en OGG waardevolle handvatten. Bij het bespreken van oplossingen voor problemen in het dagelijks handelen kunnen de principes van OGG toegepast worden bij mensen met hersenletsel. Bij het leren omgaan met lichamelijke gezondheidsproblemen kunnen de principes van ACT ingezet worden binnen het ergotherapeutisch behandel- en begeleidingsproces.

MF is een ergotherapeutisch en bewezen effectief programma dat in Nederland wordt geïntroduceerd ten tijde van de ontwikkeling van de richtlijn. De interventie is evidence-based, maar het effect moet nog onderzocht worden in Nederlandse setting. Daarom is er op dit moment voor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren.

Het TEDDS-framework is geen interventie, maar wel een bruikbare tool ter ondersteuning van zelfmanagement-interventies. De werkgroep is ervan overtuigd dat het systematisch toepassen van het framework bijdraagt aan betere zorg, doordat het effect van zelfmanagementinterventies wordt gemonitord. Daarom is ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren.

Bronnen

Systematisch literatuuronderzoek

- Kristine Stage Pedersen, S., Lillelund Sørensen, S., Holm Stabel, H., Brunner, I., & Pallesen, H. (2020). Effect of Self-Management Support for Elderly People Post-Stroke: A Systematic Review. *Geriatrics (Basel)*, 5(2). <https://doi.org/10.3390/geriatrics5020038>
- Oh, H. X., De Silva, D. A., Toh, Z. A., Pikkarainen, M., Wu, V. X., & He, H. G. (2022). The effectiveness of self-management interventions with action-taking components in improving health-related outcomes for adult stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil*, 44(25), 7751-7766. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2001057>
- Zhou, X., Du, M., & Hu, Y. (2022). The effect of self-management programs on post-stroke social participation: A systematicreviewandmeta-analysis. *ClinRehabil*, 36(9), 1141-1152. <https://doi.org/10.1177/02692155221095477>

Aanvullende literatuur

- Pearce, G., Parke, H. L., Pinnock, H., Epiphaniou, E., Bourne, C. L., Sheikh, A., & Taylor, S. J. (2016). The PRISMS taxonomy of self-management support: derivation of a novel taxonomy and initial testing of its utility. *J Health Serv Res Policy*, 21(2), 73-82. <https://doi.org/10.1177/1355819615602725>

A large, bold white number '3' is centered on the right side of a vibrant red background. The background is decorated with several thin, white, curved lines that sweep across the page, creating a sense of movement and depth. The overall design is clean and modern.

3

Balans in het dagelijks handelen

Module 3

Balans in het dagelijks handelen

Aanleiding

Balans in het dagelijks handelen of *'occupational balance'* wordt omschreven als de beleving van een persoon over het hebben van de juiste hoeveelheid en variatie aan activiteiten in het persoonlijke handelingspatroon (Wagman & Håkansson, 2019; Wagman, Håkansson, & Björklund, 2012). Deze module is gericht op de disbalans in het dagelijks handelen die veroorzaakt kan worden door vermoeidheid. Voor de leesbaarheid wordt verder gesproken over balans in het dagelijks handelen. Hersenletsel verandert de balans in het dagelijks handelen in de meeste gevallen. Personen met hersenletsel kunnen vaak niet meer dezelfde activiteiten of dezelfde hoeveelheid activiteiten uitvoeren vergeleken met de periode voorafgaand aan het letsel. Vermoeidheid is een veel voorkomend symptoom na hersenletsel en een van de redenen waarom een persoon met hersenletsel uit balans kan raken in het dagelijks leven. Er kan sprake zijn van zowel fysieke als mentale vermoeidheid. Deze staan niet los van elkaar. Lichamelijke vermoeidheid kan overgaan in mentale vermoeidheid en andersom. Bij personen met een CVA wordt na twee jaar in 50% van de gevallen vermoeidheidsklachten gerapporteerd (Zhan et al., 2023). Vermoeidheid leidt tot inactiviteit, een lagere kwaliteit van leven bij zowel de persoon met hersenletsel als diens naaste(n) en een hogere kans op overlijden (Glader, Stegmayr, & Asplund, 2002; van de Port et al., 2007). Daarnaast heeft vermoeidheid effect op het (kunnen) uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten. Als de balans in het dagelijks handelen langdurig verstoord is kunnen er verschillende klachten en depressie ontstaan (Hersenz, 2023). Voorbeelden van deze klachten zijn hoofdpijn, emotionele en/of cognitieve overprikkeling, verminderde concentratie, angst en stemming (Heugten, Bertens, & Spikman, 2017; Veen et al., 2021). Maar ook andersom kunnen emoties van invloed zijn op de balans in het dagelijks handelen (Veen et al., 2021).

Bij LTH spelen andere onderliggende factoren een rol dan bij andere vormen van hersenletsel. Dit vraagt om een andere benadering van balans in het dagelijks handelen en vermoeidheid (Federatie Medisch Specialisten, 2024). Beïnvloedende factoren voor aanhoudende vermoeidheid bij LTH kunnen zijn een passieve coping-stijl en psychische spanning na het letsel (Bruijtel et al., 2023; Rakers et al., 2021). Deze vragen een andere benadering dan de vermoeidheid die veroorzaakt wordt door een trager mentaal tempo en andere cognitieve problematiek bij andere vormen van hersenletsel (Rakers, 2022). Het is belangrijk als ergotherapeut de factoren die herstel beïnvloeden goed in kaart te brengen en hierin samen te werken met andere disciplines.

Ergotherapeuten kunnen personen met hersenletsel ondersteunen in het leren omgaan met vermoeidheid. Dit hangt deels samen met het bevorderen van zelfmanagement. Zie [module 2](#) voor meer informatie over het onderwerp zelfmanagement. Juist in de acute fase en revalidatie fase is er opbouw van energie en dagelijks handelen mogelijk. Ook in de chronische fase kan ergotherapie bijdragen aan het vinden en behouden van een juiste energiebalans. Het zoeken naar een nieuwe balans in het dagelijks handelen gebeurt altijd in samenwerking met de persoon met hersenletsel. Uit de knelpuntenanalyse blijkt dat dit onderdeel van de behandeling van grote waarde is voor personen met hersenletsel. Het is voor ergotherapeuten niet altijd duidelijk welke valide en betrouwbare meetinstrumenten beschikbaar zijn voor het in kaart brengen van de balans in het dagelijks handelen en welke het best gebruikt kunnen worden. Hetzelfde geldt voor welke effectieve interventies er beschikbaar zijn en het best ingezet kunnen worden.

Bronnen

- Bruijtel, J., Vermeeren, A., Stapert, S. Z., & van Heugten, C. M. (2023). Mental effort and recovery from task-induced fatigue in people with traumatic brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 45(2), 244-251. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2030416>
- Federatie Medisch Specialisten. (2024). Aanhoudende klachten na Licht Traumatisch Hoofd/Hersenletsel. F. M. Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/aanhoudende_klachten_na_licht_traumatisch_hoofd_hersenletsel_thl/startpagina_-_aanhoudende_klachten_na_licht_traumatisch_hersenletsel_thl.html
- Glader, E. L., Stegmayr, B., & Asplund, K. (2002). Poststroke fatigue: a 2-year follow-up study of stroke patients in Sweden. *Stroke*, 33(5), 1327-1333. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000014248.28711.d6>
- Hersenz. (2023). NAH en depressie. Hersenz. Retrieved 13-11-2023 from <https://hersenz.nl/hersenletsel/gevolgen-niet-aangeboren-hersenletsel/depressie#:~:text=Veel%20mensen%20met%20hersenletsel%20hebben,door%20een%20gebrek%20aan%20energie>
- Heugten, C. v., Bertens, D., & Spikman, J. (2017). Richtlijn Neuropsychologische revalidatie.
- Rakers, S. E. (2022). Determinants of recovery after traumatic brain injury: a neuropsychological perspective on symptoms across the severity spectrum [University of Groningen]. Groningen.
- Rakers, S. E., Timmerman, M. E., Scheenen, M. E., de Koning, M. E., van der Horn, H. J., van der Naalt, J., & Spikman, J. M. (2021). Trajectories of Fatigue, Psychological Distress, and Coping Styles After Mild Traumatic Brain Injury: A 6-Month Prospective Cohort Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(10), 1965-1971.e1962. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.06.004>
- van de Port, I. G., Kwakkel, G., Schepers, V. P., Heinemans, C. T., & Lindeman, E. (2007). Is fatigue an independent factor associated with activities of daily living, instrumental activities of daily living and health-related quality of life in chronic stroke? *Cerebrovasc Dis*, 23(1), 40-45. <https://doi.org/10.1159/000095757>
- Veen, C. v., Strikwerda, T., Baars-Elsinga, A., Heugten, C. v., & Visser-Meily, A. (2021). Niet Rennen Maar Plannen - Handleiding voor behandelaars. https://www.kcrutrecht.nl/wp-content/uploads/2021/07/NRMP-Handleiding-behandelaar_-2021.pdf
- Wagman, P., & Håkansson, C. (2019). Occupational balance from the interpersonal perspective: A scoping review. *Journal of Occupational Science*, 26(4), 537-545. <https://doi.org/10.1080/14427591.2018.1512007>
- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. *Scand J Occup Ther*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>
- Zhan, J., Zhang, P., Wen, H., Wang, Y., Yan, X., Zhan, L., Chen, H., Xu, N., & Lu, L. (2023). Global prevalence estimates of poststroke fatigue: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stroke*, 18(9), 1040-1050. <https://doi.org/10.1177/17474930221138701>

Module 3.1

Balans in het dagelijks handelen in kaart brengen

Uitgangsvraag

Welke betrouwbare en valide meetinstrumenten kunnen ergotherapeuten inzetten bij personen met hersenletsel om de balans in het dagelijks handelen in kaart te brengen?

Aanbevelingen

- Neem de [Occupational Balance Questionnaire](#) (OBQ11-NL) af om bij personen met hersenletsel de **balans in het dagelijks handelen** in kaart te brengen.
- Overweeg om de Dutch Multifactor Fatigue Scale (DMFS) of de Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI) in te zetten om de **vermoeidheid** op de verschillende dimensies in kaart te brengen.
- Overweeg om de [Stoplichtmethode](#) in te zetten om **signalen van vermoeidheid** in kaart te brengen.
- Overweeg om het **activiteitenpatroon** bij personen met hersenletsel in kaart te brengen met een tijdschrijflijst wanneer de persoon over voldoende cognitieve mogelijkheden beschikt (zie ook [module 6.1 'Cognitie'](#)).
 - Overweeg tijdschrijflijsten te gebruiken uit de volgende interventies/protocollen:
 - [Niet Rennen Maar Plannen 2.0](#).
 - De [Activiteitenweger](#).
 - Overweeg technologische hulpmiddelen in te zetten, zoals een activiteitenmonitor.
- Breng de **slaapgewoonten** en **slaapkwaliteit** in kaart van de persoon met hersenletsel:
 - Vraag slaap uit tijdens de intake.
 - Overweeg de [Pittsburgh Sleep Quality Index](#) (PSQI) in te zetten om **slaapgewoonten** en **slaapkwaliteit** in kaart te brengen.
 - Overweeg de persoon met hersenletsel een [slaapdagboek](#) te laten invullen om **de slaapkwaliteit en slaapgewoonten** in kaart te brengen.
 - Overweeg de [Epworth Sleepiness Scale](#) (ESS) in te zetten om de **mate van slaperigheid** in kaart te brengen.
- Ga na het afnemen van een meetinstrument(en) het gesprek aan met de persoon. Vraag door over de uitkomsten en reflecteer. Op basis van de uitkomsten van meetinstrument(en) en het gesprek kunnen doelen opgesteld worden, vervolgenterventies worden ingezet of kan er worden doorverwezen.

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Tabel 3.1 | Schematische weergave van beschreven meetinstrumenten om balans in het dagelijks leven in kaart te brengen op basis van uitgewerkte stappen. S: screeningsinstrument; D: diagnostisch instrument; P: prognostisch instrument; E: evaluatief instrument

Meetinstrument	S	D	P	E	Domein waarin gemeten wordt	Hanteerbaarheid/gebruiksgemak	Afnameduur	Scholing vereist	Waar te vinden
Occupational Balance Questionnaire (OBQ11-NL)		X			Occupational balance	Goed	± 10 minuten	Nee	Gratis te downloaden via radboudumc.nl
Tijdschrijfflijsten	X			X	Activiteitenpatroon; vermoeidheid	In het algemeen: redelijk Als onderdeel van de Activiteitenweger: matig	Gedurende een aantal dagen ± 10 minuten per dag	Nee	Gratis te downloaden, bijvoorbeeld via de website van Activity matters
Technologische hulpmiddelen	X			X	Activiteitenpatroon	Afhankelijk van hulpmiddel	Afhankelijk van hulpmiddel	Nee	Dient cliënt in bezit te hebben of zelf aan te schaffen
Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI)		X		X	Mate van vermoeidheid	Redelijk	± 5 minuten	Nee, wordt wel geadviseerd	Gratis te downloaden via meetinstrumentenindezorg.nl
Dutch Multifactor Fatigue Scale (DMFS)		X		X	Mate van vermoeidheid; aard van vermoeidheid; omgaan met vermoeidheid	Slecht	Beantwoorden vragenlijst: 5-10 minuten Score berekenen: 5 minuten	Nee	Onduidelijk
Stoplichtmethode	X				Signalen van vermoeidheid	Redelijk	1 minuut	Nee	Beschreven in 'Handreiking ergotherapie bij COVID-19 in de herstelfase' (2021); gratis te downloaden via info.ergotherapie.nl
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)		X		X	Slaapkwaliteit	Goed	5-10 minuten	Nee	Gratis te downloaden via brainclinics.com
Slaapdagboek	X			X	Slaapgewoonten	Goed	Gedurende een aantal dagen ± 10 minuten per dag	Nee	Format beschikbaar via thuisarts.nl
Epworth Sleepiness Scale (ESS)		X		X	Mate van slaperigheid	Goed	< 5 minuten	Nee	Gratis online verkrijgbaar via mcc-klik.nl

Conclusie en rationale van de aanbeveling

De beschreven meetinstrumenten om balans in het dagelijks handelen in kaart te brengen zijn schematisch weergegeven in tabel 3.1. Voor het in kaart brengen van **de balans in het dagelijks handelen** wordt door de werkgroep sterk aanbevolen om de OBQ11-NL af te nemen. Dit meetinstrument is goed hanteerbaar en geeft een goede indruk van de tevredenheid van de persoon met hersenletsel over de balans in het dagelijks handelen. De klinimetrische eigenschappen zijn niet onderzocht voor de doelgroep hersenletsel, maar wel voldoende beoordeeld bij een algemene populatie. De werkgroep verwacht dat het meetinstrument in de toekomst ook voldoende beoordeeld zal worden bij de doelgroep hersenletsel.

Daarnaast wordt aanbevolen om het **activiteitenpatroon** in kaart te brengen door middel van een tijdschrijfflijst, gecombineerd met vermoeidheidsscores gedurende de dag. Voor het invullen van een tijdschrijfflijst moet de

persoon met hersenletsel over voldoende cognitieve vaardigheden beschikken. Dit vraagt namelijk om het gestructureerd bijhouden van activiteiten gedurende de dag en het kunnen reflecteren hierop in de vorm van het noteren van een vermoeidheidsscore. Tijdschijflijsten zijn redelijk hanteerbaar. Ondanks dat de klinimetrische eigenschappen niet onderzocht zijn heeft de werkgroep besloten om een zwakke aanbeveling te formuleren op basis van de practice-based overwegingen. Omdat de tijdschijflijsten subjectieve informatie geven is het aan te bevelen om een activiteitenmonitor ernaast in te zetten die objectieve data geeft.

Aanvullend op de balans in het dagelijks handelen en het activiteitenpatroon kan overwogen worden om expliciet naar vermoeidheid en slaap te vragen. Voor het in kaart brengen van de ervaren mate van **vermoeidheid** worden de DMFS en MVI aanbevolen. De DMFS meet vermoeidheid op meerdere domeinen, is ontwikkeld voor de doelgroep personen met hersenletsel, maar is slecht hanteerbaar vanwege de onduidelijke verkrijgbaarheid. De MVI meet ook op meerdere domeinen, maar is niet specifiek gericht op de doelgroep personen met hersenletsel en is redelijk hanteerbaar. Daarom heeft de werkgroep ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren voor de DMFS en de MVI. De stoplichtmethode kan ingezet worden om signalen van vermoeidheid in kaart te brengen. Dit is belangrijk om de persoon met hersenletsel inzicht te geven in de signalen van vermoeidheid. Het middel is redelijk hanteerbaar en goed verkrijgbaar. Er is een zwakke aanbeveling geformuleerd, omdat het wel practice-based is, maar er geen wetenschappelijk bewijs voor is.

Slaapkwaliteit en slaapgewoonten zijn van grote invloed op de balans in het dagelijks handelen. Daarom heeft de werkgroep een sterke aanbeveling geformuleerd om dit uit te vragen tijdens de intake. Daarnaast kunnen aanvullend aan een gesprek verschillende meetinstrumenten of tools ingezet worden. De werkgroep heeft besloten om een zwakke aanbeveling te formuleren voor het in kaart brengen van **slaap** met behulp van de PSQI. Deze keuze is gebaseerd op enerzijds de afweging dat slaap niet bij alle personen met hersenletsel in kaart gebracht dient te worden en anderzijds op evidence-based overwegingen met betrekking tot goede betrouwbaarheid en validiteit en practice-based overwegingen met betrekking tot goede hanteerbaarheid. Daarnaast wordt het bijhouden van een slaapdagboek ook zwak aanbevolen op basis van best-practice overwegingen. De ESS is een goed hanteerbaar meetinstrument van goede klinimetrische kwaliteit. Maar het is geen ergotherapeutisch meetinstrument, waardoor ervoor is gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren.

Voor de genoemde meetinstrumenten geldt dat de uitkomst een aanleiding vormt om hier als ergotherapeut verder het gesprek over aan te gaan. Dit betekent doorvragen en reflecteren op de gegeven antwoorden. Naar aanleiding van de uitkomsten van het meetinstrument en het gesprek worden doelen opgesteld en interventies ingezet en wordt waar nodig doorverwezen.

Module 3.2

Interventies om balans in het dagelijks handelen te bevorderen

Uitgangsvraag

Welke effectieve interventies kan een ergotherapeut inzetten bij personen met hersenletsel ten aanzien van het vinden en behouden van balans in het dagelijks handelen?

Aanbevelingen

- Maak op basis van diagnose, fase van hersenletsel, soort vermoeidheid en persoonsfactoren een weloverwogen keuze voor een ergotherapeutische interventie voor het bereiken van balans in het dagelijks handelen.
- Geef voorlichting aan personen met hersenletsel om hen te informeren over de gevolgen van hersenletsel voor de balans in het dagelijks handelen.
 - Overweeg om aanvullend elementen uit Cognitieve Gedragstherapie (CGT) in te zetten op advies van de psycholoog.
- Instrueer de naaste(n) van de persoon met hersenletsel met (ernstige) cognitieve problemen en vermoeidheid.
- Betrek andere zorgprofessionals om vermoeidheid te behandelen en werk interdisciplinair samen.
- Overweeg de module Vermoeidheid in balans van Niet Rennen Maar Plannen 2.0 in te zetten bij personen met hersenletsel bij wie de balans in het dagelijks handelen verstoord is door vermoeidheid.
- Overweeg de Activiteitenweger in te zetten bij personen met hersenletsel bij wie de balans in het dagelijks handelen verstoord is door vermoeidheid.
- Overweeg Graded activity in te zetten om de balans in het dagelijks handelen gericht te herstellen en op te bouwen wanneer gedachten en gedragingen de belemmerende factoren zijn.
- Overweeg het inzetten van een groepsprogramma naast individuele behandeling voor het omgaan met vermoeidheid bij personen met hersenletsel met vermoeidheid.

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Conclusies op basis van de literatuur

Eén ingesloten systematische review van hoge kwaliteit (op basis van AMSTAR 2) includeerde onderzoeken naar het effect van (ergotherapeutische) interventies voor het verminderen van vermoeidheid bij *mensen die een CVA hadden doorgemaakt* (Wu, 2015). Aanvullend is een RCT geïncludeerd die het effect onderzocht van het toevoegen van cognitieve strategie training aan taakspecifieke training (Wolf, 2021). Op basis hiervan kan het volgende worden geconcludeerd:

Voor mensen met vermoeidheidsklachten

- Vergeleken met gebruikelijke zorg of geen actieve interventie:
 - lijkt er geen verschil in effect te zijn van een ergotherapeutische interventie gericht op vermoeidheid op de ernst van de vermoeidheid, maar de evidence is zeer onzeker (2 RCTs; GRADE: zeer laag);
 - lijkt er geen verschil in effect te zijn van een ergotherapeutische interventie gericht op vermoeidheid op kwaliteit van leven, maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag);

- lijkt er geen verschil in effect te zijn van een ergotherapeutische interventie gericht op vermoeidheid op het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten (1 RCT; GRADE: zeer laag);
- werden er geen studies gevonden waarin het effect van een ergotherapeutische interventie gericht op vermoeidheid werd vergeleken met gebruikelijke zorg of geen actieve interventie op de uitkomsten omgaan met belastbaarheid, participatie en balans in het dagelijks handelen.
- Bij de vergelijking van twee niet-medicamenteuze behandelingen gericht op vermoeidheid:
 - lijkt er direct na de behandeling en 6 maanden later geen verschil in vermoeidheid te zijn tussen COgnitive and GRaded Activity Training (COGRAT) en cognitieve therapie, maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag);
 - lijkt er geen verschil in kwaliteit van leven te zijn tussen COgnitive and GRaded Activity Training (COGRAT) en cognitieve therapie, maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag);
 - werden er geen studies gevonden waarin het effect van ergotherapeutische interventies gericht op vermoeidheid onderling werd vergeleken op de uitkomsten omgaan met belastbaarheid, participatie, uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten en balans in het dagelijks handelen.

Voor mensen zonder (vastgestelde) vermoeidheidsklachten

- Vergeleken met gebruikelijke zorg of geen actieve interventie:
 - lijkt een ergotherapeutische interventie die niet primair gericht is op de behandeling of preventie van vermoeidheid, geen effect te hebben op vermoeidheid, maar de evidence is zeer onzeker (2 RCTs; GRADE: zeer laag);
 - lijkt een ergotherapeutische interventie die niet primair gericht is op de behandeling of preventie van vermoeidheid, geen effect te hebben op participatie, maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag);
 - lijkt een ergotherapeutische interventie die niet primair gericht is op de behandeling of preventie van vermoeidheid, geen effect te hebben op het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten, maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag);
 - werden er geen studies gevonden waarin het effect van een ergotherapeutische interventie die niet primair gericht is op de behandeling of preventie van vermoeidheid, werd vergeleken met gebruikelijke zorg of geen actieve interventie op de uitkomsten omgaan met belastbaarheid, kwaliteit van leven en balans in het dagelijks handelen.
- Er werden geen studies gevonden waarin ergotherapeutische interventies met elkaar vergeleken werden.

Er werd één RCT geïdentificeerd die **bij mensen met traumatisch hersenletsel en vermoeidheidsklachten** een ergotherapeutische interventie onderzocht gericht op de balans tussen belasting en belastbaarheid (Silverberg, 2022). Op basis hiervan kan het volgende worden geconcludeerd:

- vergeleken met *graded exposure therapie* lijkt een *pacing* interventie niet te leiden tot een verschil in het omgaan met belastbaarheid, maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag);
- effecten op de uitkomsten vermoeidheid, participatie, kwaliteit van leven, uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten en balans in het dagelijks handelen werden niet gemeten.

Er werden geen studies gevonden waarin een ergotherapeutische interventie gericht op de balans tussen belasting en belastbaarheid werd vergeleken met gebruikelijke zorg of geen (actieve) behandeling bij mensen met traumatisch hersenletsel en vermoeidheidsklachten.

Discussie

Ter overweging bij de interpretatie van de resultaten van deze evidence synthese:

- Er is uitgegaan van de informatie zoals gepresenteerd in de systematische review en de publicaties van de hierin geïnccludeerde studies zijn niet bekeken.
- Strikt genomen valt een populatie zonder vermoeidheidsklachten niet onder de PICO. Deze evidence moet dan ook gezien worden als indirect bewijs. Hiermee werd rekening gehouden bij de GRADE-beoordeling.

Rationale van de aanbeveling

Vanuit het systematisch literatuuronderzoek is zeer onzeker bewijs gevonden over ergotherapeutische interventies voor het bereiken van balans in het dagelijks handelen bij personen met hersenletsel. In de praktijk worden diverse interventies gebruikt door ergotherapeuten. Op basis van de kennis van experts en expertise van de werkgroep is een selectie gemaakt van best-practice interventies die in Nederland vaak met succes worden toegepast bij personen met hersenletsel. Het gaat hierbij om een selectie van en niet een volledige lijst met alle mogelijke interventies gericht op vermoeidheid. De geselecteerde interventies zijn allen toepasbaar in de Nederlandse setting.

De keuze voor een interventie hangt van meerdere factoren af. Het is belangrijk dat vermoeidheid eerst goed in kaart wordt gebracht, zie hiervoor [module 3.1 'Balans in het dagelijks handelen in kaart brengen'](#). Afhankelijk van de diagnose, de fase van hersenletsel, de soort vermoeidheid en persoonsfactoren kan gekozen worden voor een van de beschreven interventies. Met persoonsfactoren worden onder andere waarden, normen, cognitief functioneren, copingstijl, motivatie en vertrouwen bedoeld (van Hartingsveldt, Kos, & le Granse, 2023).

Voor de individuele interventies voorlichting geven, NRMP, Graded Activity en de Activiteitenweger geldt dat scholing wordt aanbevolen, maar niet verplicht is. De interventies kunnen door alle ergotherapeuten worden ingezet en worden door personen met hersenletsel gewaardeerd. Op basis van practice-based overwegingen is ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren.

Er is geen eenduidige aanpak rondom vermoeidheid omdat veel verschillende factoren van invloed zijn. De laatste jaren is er veel onderzoek gedaan naar vermoeidheid bij diverse diagnosegroepen. De relatie tussen persoonsfactoren en vermoeidheid staat steeds centraal bij de behandeling van vermoeidheid. Zoals beschreven in [module 6.1 'Cognitie in kaart brengen'](#), zien we dit ook bij personen met hersenletsel die cognitieve klachten rapporteren zonder aanwezigheid van onderliggende cognitieve stoornissen. In dit kader wordt CGT steeds vaker genoemd. Dit is geen ergotherapeutische interventie, maar in de praktijk passen ergotherapeuten principes hieruit toe, al dan niet in samenwerking met een psycholoog. Een belangrijk element hierbij is voorlichting geven. De werkgroep is van mening dat voorlichting geven ingezet moet worden bij balansverstoring in het dagelijks handelen na hersenletsel. Op basis van best-practice overwegingen wordt dit sterk aanbevolen. Wanneer gedachten en gedragingen belemmerend zijn, kunnen elementen uit de cognitieve gedragstherapie ingezet worden op advies van de psycholoog. Op basis van practice-based overwegingen wordt dit zwak aanbevolen.

Graded Activity is een andere passende ergotherapeutische interventie om de balans in dagelijks handelen te herstellen en uit te bouwen. Hiermee wordt los van gedachten en gedragingen gewerkt aan opbouw.

Bij personen met hersenletsel en vermoeidheidsklachten bij wie milde tot matige cognitieve stoornissen aanwezig zijn kan NRMP ingezet worden. Het gebruik van de Activiteitenweger kan overwogen worden bij mensen met voldoende cognitieve mogelijkheden. Bij personen met hersenletsel met ernstige cognitieve problemen en vermoeidheid richt de ergotherapeut zich op het instrueren van de naasten en aanpassing van omgeving.

Naast individuele interventies zijn er meerdere groepsprogramma's ontwikkeld voor het behandelen van vermoeidheid. In deze module zijn het MF-programma en COGRAT beschreven. Het MF-programma is van oorsprong ontwikkeld en onderzocht binnen de doelgroep spierziekten, ziekte van Parkinson en chronisch vermoeidheidssyndroom. Het MF-programma is vertaald naar de Nederlandse context onder de naam 'Omgaan met vermoeidheid'. De originele versie richt zich voornamelijk op het lichamelijke aspect van vermoeidheid. In het vernieuwde programma (2023) is echter ook aandacht voor mentale vermoeidheid. Het programma kan door alle ergotherapeuten worden toegepast bij jaarlijkse aanschaf van een licentie. Vanwege de kosten heeft de werkgroep deze interventie beoordeeld als matig haalbaar. Een andere groepsbehandeling is COGRAT. Deze interventie is beoordeeld als redelijk haalbaar, vanwege de interdisciplinaire aanpak. COGRAT is niet in alle settings en voor alle ergotherapeuten haalbaar om interdisciplinair in te zetten. De werkgroep is echter van mening dat lotgenotencontact door middel van groepseducatie van meerwaarde is bij de behandeling van vermoeidheid, bij voorkeur gecombineerd met individuele behandeling.

Naast de beschreven ergotherapeutische interventies voor balans in het dagelijks handelen is de werkgroep van mening dat het van meerwaarde is om vermoeidheid interdisciplinair te behandelen aangezien op vermoeidheid vele factoren van invloed zijn, waaronder medische factoren, deconditionering, slaap-/waakpatroon, stress en psychopathologie (Evenhuis & Eyssen, 2012, p. 15). Daarnaast is er vaak sprake van een interdisciplinaire behandeling bij personen met hersenletsel. De mate en kwaliteit van samenwerking en afstemming kan van invloed zijn op de balans in het dagelijks handelen van de persoon met hersenletsel. Professionals die van meerwaarde kunnen zijn, zijn bijvoorbeeld een (psychosomatisch) fysiotherapeut, oefentherapeut, psycholoog of praktijkondersteuner van de huisarts. Daarnaast is het van belang dat de ergotherapeut overweegt of er aanvullende interventies ingezet dienen te worden gericht op slaap, medicatie, voeding, stress of onderliggende aandoeningen. In de praktijk werkt de ergotherapeut dan ook vaak vanuit een interdisciplinaire setting aan balans in het dagelijks handelen. Op basis van best-practice overwegingen is er een sterke aanbeveling geformuleerd.

Bronnen

Systematisch literatuuronderzoek

- Silverberg, N. D., Cairncross, M., Brasher, P. M. A., Vranceanu, A. M., Snell, D. L., Yeates, K. O., Panenka, W. J., Iverson, G. L., Debert, C. T., Bayley, M. T., Hunt, C., Baker, A., & Burke, M. J. (2022). Feasibility of Concussion Rehabilitation Approaches Tailored to Psychological Coping Styles: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 103(8), 1565-1573.e1562. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.12.005>
- Wolf, T. J., Doherty, M., Boone, A., Rios, J., Polatajko, H., Baum, C., & McEwen, S. (2021). Cognitive oriented strategy training augmented rehabilitation (COSTAR) for ischemic stroke: a pilot exploratory randomized controlled study. *Disabil Rehabil*, 43(2), 201-210. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1620877>
- Wu, S., Kutlubaev, M. A., Chun, H. Y. Y., Cowey, E., Pollock, A., Macleod, M. R., Dennis, M., Keane, E., Sharpe, M., & Mead, G. E. (2015). Interventions for post-stroke fatigue. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007030.pub3>

Aanvullende literatuur

- Evenhuis, E., & Eyssen, I. C. J. M. (2012). Ergotherapierichtlijn vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson
- van Hartingsveldt, M., Kos, D., & le Granse, M. (2023). Grondslagen van ergotherapie (Vol. 6de druk). Bohn Stafleu van Loghum.

4

Arm-handvaardigheid

Module 4

Arm-handvaardigheid

Aanleiding

Personen met hersenletsel ervaren in veel gevallen arm-handproblematiek en verminderde functionele vaardigheden van de aangedane arm-hand. Dit uit zich bijvoorbeeld in de vorm van parese en/of spasticiteit (Lawrence et al., 2001; Nakayama et al., 1994). Ook kan er sprake zijn van pijn of sensibiliteitsklachten. In deze richtlijn wordt met de term arm-handproblematiek de gehele keten arm, hand en schouder aangeduid. Bij 85% van de personen die een CVA hebben gehad is er sprake van langdurige verminderde arm-handvaardigheid (Lawrence et al., 2001). Hierbij worden de beperkingen in arm-handvaardigheid veroorzaakt door centraal neurologisch letsel. Wanneer er sprake is van THL kan er naast centraal neurologisch letsel ook sprake zijn van perifere zenuwletsel. Deze module richt zich op de gevolgen van het centraal neurologisch letsel.

Verminderde arm-handvaardigheid heeft effect op het kunnen uitvoeren van (betekenisvolle) dagelijkse activiteiten (Morris et al., 2013). Ergotherapeutische behandeldoelen van personen met hersenletsel zijn direct/indirect gericht op het inzetten van de aanwezige arm-handvaardigheid om (betekenisvolle) dagelijkse activiteiten opnieuw, beter of anders uit te kunnen voeren. Afhankelijk van de context en de fase van herstel waarin de persoon met hersenletsel zit, kunnen de doelen meer gericht zijn op vaardigheidsherstel of compensatie. Voorafgaand aan het inzetten van een interventie is het noodzakelijk om de arm-handvaardigheid in kaart te brengen. Uit de knelpuntenanalyse blijkt dat onvoldoende duidelijk is wat een ergotherapeut in kaart moet brengen ten aanzien van arm-handvaardigheid bij personen met hersenletsel, wanneer de ergotherapeut dat moet doen en welke valide meetinstrumenten passend zijn. Een gerichte analyse van de arm-handvaardigheid draagt bij aan het in kaart brengen van de mogelijkheden en beperkingen hiervan binnen de (betekenisvolle) dagelijkse activiteiten. Op basis van deze informatie kan de behandeling doelgericht en adequaat worden vormgegeven. In de Ergotherapierichtlijn CVA worden verschillende motorische revalidatieprogramma's beschreven (Steultjens et al., 2013). Uit de knelpuntenanalyse bleek dat er behoefte is aan een update van deze module vanwege recente ontwikkelingen en publicaties. De meeste ergotherapeuten richten de behandeling op het verbeteren van (betekenisvolle) dagelijkse activiteiten. Het is belangrijk om bij het selecteren van interventies voor arm-handvaardigheid op activiteitsniveau duidelijk het doel voor ogen te hebben. Wanneer het gaat om het zelfstandig kunnen uitvoeren van een activiteit met inzet van de aanwezige arm-handvaardigheid waarbij de activiteit het doel is, worden activiteiten aangepast aan het niveau van arm-handvaardigheid. Wanneer het doel is het verbeteren van de arm-handvaardigheid waarbij gebruik wordt gemaakt van activiteiten als middel, dient ook rekening gehouden en getraind te worden op onderliggende functies.

Voor het verbeteren van arm-handvaardigheid is kennis nodig van de mechanismen van neurologisch herstel, fysiologie, anatomie, prognose en onderliggende functies van de arm-hand. Het gaat binnen deze module te ver om hier uitgebreid op in te gaan. Hiervoor worden specifieke scholingen geadviseerd.

Bronnen

- (2001). Estimates of the Prevalence of Acute Stroke Impairments and Disability in a Multiethnic Population. *Stroke*, 32(6), 1279-1284. <https://doi.org/doi:10.1161/01.STR.32.6.1279>
- Morris, J. H., van Wijck, F., Joice, S., & Donaghy, M. (2013). Predicting health related quality of life 6 months after stroke: the role of anxiety and upper limb dysfunction. *Disability and Rehabilitation*, 35(4), 291-299. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.691942>
- Nakayama, H., Jørgensen, H. S., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1994). Recovery of upper extremity function in stroke patients: the Copenhagen Stroke Study. *Arch Phys Med Rehabil*, 75(4), 394-398. [https://doi.org/10.1016/0003-9993\(94\)90161-9](https://doi.org/10.1016/0003-9993(94)90161-9)
- Steultjens, E. M. J., Cup, E. H. C., Zajec, J., & van Hees, S. (2013). *Ergotherapie richtlijn CVA*.

Module 4.1

Arm-handvaardigheid in kaart brengen

Uitgangsvraag

Welke betrouwbare en valide meetinstrumenten kunnen ergotherapeuten inzetten bij personen met hersenletsel om de arm-handvaardigheid in kaart te brengen?

Aanbevelingen

- Observeer het **gebruik van de arm-hand binnen de dagelijkse activiteiten** bij personen met hersenletsel. Uitkomsten uit de observatie(s) geven een indicatie van mogelijke arm-handproblematiek en of vervolgonderzoeken naar basisvaardigheden van de arm-hand en/of arm-handfuncties nodig zijn.
- Gebruik de [Fugl-Meyer Motor Assessment- Upper Extremity \(FMA-UE\)](#) bij (een vermoeden van) arm-handproblematiek bij personen met hersenletsel om de **mate van synergievorming** in kaart te brengen.
- Gebruik de [Action Research Arm Test \(ARAT\)](#) bij arm-handproblematiek bij personen met hersenletsel om **de basisvaardigheden van de arm-hand** in kaart te brengen en deze te evalueren.
 - Gebruik de [Nine Hole Peg Test \(NHPT\)](#) om **basisvaardigheden** in kaart te brengen, indien er maximaal gescoord wordt op de ARAT en er sprake is van een plafondeffect.
- Overweeg de [Motor Activity Log \(MAL\)](#) aansluitend aan de observatie om het perspectief van de persoon met hersenletsel ten aanzien van **het gebruik van de arm-hand binnen de dagelijkse activiteiten** in kaart te brengen en te evalueren.
- Overweeg de [Stroke Upper Limb Capacity Scale \(SULCS\)](#) of [Utrechtse Arm Test \(UAT\)](#) te gebruiken bij arm-handproblematiek bij personen met hersenletsel om een globale inschatting te maken van het niveau van **basisvaardigheden arm-hand**.
- Overweeg bij arm-handproblematiek bij personen met hersenletsel de volgende **arm-handfuncties** in kaart te brengen. Gebruik hiervoor de volgende meetinstrumenten:
 - **Kracht:** [Motricity Index \(MI\)](#)
 - **Sensibiliteit:** [Erasmus modified Nottingham Sensory Assessment \(EmNSA\)](#)
 - **Weerstand bij passief bewegen:** [Perceived Resistance to Passive Movement \(PRPM\)](#)
- Neem bij personen met een CVA binnen 72 uur na het ontstaan hiervan [SAFE-paradigma](#) af om een **prognose voor herstel van arm-handvaardigheid** te kunnen stellen.
- Overweeg een van onderstaande meetinstrumenten te gebruiken bij personen met hersenletsel om **secundaire gevolgen** bij een verminderde arm-handvaardigheid in kaart te brengen en te monitoren:
 - **Oedeem:** volumemeting
 - **Pijnklachten:** [Visual Analog Scale \(VAS\)](#) of [Numeric Rating Scale \(NRS\)](#)

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Tabel 4.1 | Tabel 4.1: Doelen en meetbare domeinen meetinstrumenten om arm-handvaardigheid in kaart te brengen. S: screeningsinstrument; D: diagnostisch instrument; P: prognostisch instrument; E: evaluatief instrument

Meetinstrument	D	P	E	Domein waarin gemeten wordt	Hanteerbaarheid/gebruiksgemak	Afnameduur	Scholing vereist	Waar te vinden
Motor Activity Log (MAL)	X		X	Gebruik arm-hand binnen dagelijkse activiteiten	Goed	± 15 minuten	Nee	Beschreven in Profits onderzoek
Action Research Arm Test (ARAT)	X		X	Unilaterale arm-handvaardigheid, met name reiken en grijpen	Matig	± 15 minuten	Nee	Beschreven in Profits onderzoek Testkit is aan te schaffen via verschillende (web)shops
Nine Hole Peg Test (NHPT)	X		X	Snelheid van bewegen en fijne handmotoriek	Redelijk	± 10 minuten	Nee	Meetinstrumentenindezorg.nl Testkit is aan te schaffen via verschillende (web)shops
Stroke Upper Limb Capacity Scale (SULCS)	X			Globale arm-handvaardigheid	Goed	± 10 minuten	Nee	Meetinstrumentenindezorg.nl
Utrechtse Arm Test (UAT)	X			Arm-handfunctie	Goed	< 5 minuten	Nee	Meetinstrumentenindezorg.nl
Fugl-Meyer Motor Assessment voor de bovenste extremiteit (FMA-UE)	X	X		Willekeurige bewegingen van de arm	Redelijk	± 15-30 minuten	Nee	Beschreven in Profits onderzoek
Motricity Index (MI)	X		X	Willekeurige bewegingen en isometrische spierkracht van de hand	Goed	± 10 minuten	Nee	Beschreven in Profits onderzoek
SAFE-paradigma	X	X		Screeningsinstrument	Goed	± 5 minuten	Nee	Beschreven in Profits onderzoek
Perceived Resistance to Passive Movement (PRPM)	X			Ervaren weerstand bij passief bewegen (spasticiteit)	Redelijk	< 5 minuten	Nee	Protocol staat beschreven in Richtlijn cerebrale en/of spinale spasticiteit
Erasmus modified Nottingham Sensory Assessment (EmNSA)	X			Tastzin, scherp-diep discriminatie en proprioceptie	Goed	10-20 minuten	Nee	Meetinstrumentenindezorg.nl
Handknijp krachtmeter	X		X	Isometrische spierkracht van verschillende spiergroepen	Slecht	< 5 minuten	Nee	Instrument is aan te schaffen via verschillende (web)shops
Volumemeting	X		X	Oedeem	Matig	± 10 minuten		Testkit is aan te schaffen via verschillende (web)shops
Figure of eight	X		X	Oedeem	Redelijk	< 5 minuten	Nee	Instructie beschreven in studie van Lavelle et (2013) en instrument is aan te schaffen via verschillende (web)shops
Numeric Rating Scale (NRS)	X			Ervaren pijn	Goed	< 5 minuten	Nee	Meetinstrumentenindezorg.nl
Visual Analog Scale (VAS)	X			Ervaren pijn	Goed	< 5 minuten	Nee	Meetinstrumentenindezorg.nl

Conclusie en rationale

De beschreven meetinstrumenten om arm-handvaardigheid in kaart te brengen zijn schematisch weergegeven in *tabel 4.1*. Voor het in kaart brengen van het **gebruik van arm-hand binnen dagelijkse activiteiten** wordt door de werkgroep sterk aanbevolen altijd te starten met een observatie van het handelen. Een observatie kan bijvoorbeeld ook informeel en kortdurend plaatsvinden door de persoon te observeren tijdens begroeting. De observatie dient bij voorkeur plaats te vinden buiten een gestructureerde context om een indruk te krijgen van de spontane inzet van de arm-hand. Een observatie geeft de ergotherapeut veel en relatief objectieve informatie. Een observatie uitvoeren valt onder de standaard werkwijze en expertise van ergotherapeuten. Tijdens de observatie wordt het gebruik van de arm-hand binnen dagelijkse activiteiten geanalyseerd. Om de observatie te ondersteunen met informatie over het perspectief van de persoon met hersenletsel wordt de MAL zwak aanbevolen om af te nemen op basis van evidence-based en practice-based overwegingen en expert opinion. De MAL is zeer goed hanteerbaar en de klinimetrische eigenschappen worden bevestigd door wetenschappelijk onderzoek. De combinatie van een observatie van een ergotherapeut met de beleving van de persoon met hersenletsel geven een volledig beeld van het gebruik van de arm-hand binnen dagelijkse activiteiten.

Voor het in kaart brengen van **basisvaardigheden arm-hand** beveelt de werkgroep sterk aan om de ARAT af te nemen op basis van evidence-based en practice-based overwegingen en expert opinion. Ondanks de matige hanteerbaarheid is de ARAT een uitermate geschikt meetinstrument om de verschillende facetten van de basisvaardigheden reiken, grijpen en loslaten in kaart te brengen. De initiële aanschafkosten kunnen een barrière vormen. De klinimetrische kwaliteit is goed en het meetinstrument valt onder de aanbevolen coreset van de International Stroke Recovery and Rehabilitation Alliance (ISRRA) (Kwakkel et al., 2017). De ARAT kan meermaals worden ingezet om voor- of achteruitgang te meten. De ARAT heeft een plafondeffect, wat inhoudt dat voor sommige personen het meetinstrument dermate makkelijk is dat een maximum score wordt behaald terwijl er alsnog sprake kan zijn van (milde) beperkingen in arm-handvaardigheid. Indien er sprake is van een maximale score, beveelt de werkgroep aan om de NHPT in te zetten voor het meten van fijn motorische vaardigheden. De NHPT is goed hanteerbaar en de klinimetrische eigenschappen worden bevestigd door de literatuur.

De SULCS en de UAT kunnen optioneel worden ingezet om een globale inschatting te maken van het niveau van **basisvaardigheden arm-hand**. Op deze manier kan bij aanvang van de behandeling snel worden bepaald op welk niveau de persoon met hersenletsel kan starten met oefenen. De betrouwbaarheid van beide instrumenten is goed en de SULCS is in staat groepen met een verschillend niveau van arm-handvaardigheid van elkaar te onderscheiden. Beide meetinstrumenten zijn minder geschikt voor het evalueren van voor- of achteruitgang, gezien het beperkte aantal testitems en het feit dat er geen MCD of MCID bekend zijn. Op basis van practice-based overwegingen is ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren.

Bij het in kaart brengen van **arm-handfuncties** wordt FMA-UE sterk aanbevolen voor het meten van de mate van synergievorming. Voor het trainen van arm-handvaardigheid is het van belang de onderliggende mechanismen van herstel op structuur-, functie- en vaardigheidsniveau te kennen. De mate van synergievorming speelt daarbij een belangrijke rol. Om die reden is het belangrijk om de FMA-UE af te nemen bij een (vermoeden) van arm-handproblematiek bij personen met hersenletsel. De klinimetrische kwaliteit is goed en het meetinstrument is opgenomen in de coreset van ISRRA (Kwakkel et al., 2017). De werkgroep is van mening dat de FMA-UE belangrijk is binnen het professioneel redeneren bij het vormgeven van arm-handtraining. Daarnaast kan op basis van de interpretatie van de FMA-UE bepaald worden bij welke dagelijkse activiteiten het haalbaar is om de arm-hand in te zetten. De hanteerbaarheid is goed. Goede afname en interpretatie van de FMA-UE is niet eenvoudig en vraagt kennis van onderliggende herstelmechanismen en het vermogen de uitkomsten te vertalen naar het juiste niveau van arm-handtraining. De werkgroep is van mening dat het belangrijk is dat ergotherapeuten met deze expertise binnen hun regio zichtbaar zijn, zodat ergotherapeuten onderling kunnen doorverwijzen of samenwerken in een netwerk hersenletsel om de persoon met hersenletsel de beste behandeling te geven.

Aanvullend kunnen op basis van de gedane observaties overige **arm-handfuncties** in kaart worden gebracht als uit de observaties aanwijzingen komen dat er op dit vlak onderliggende problemen zijn. De MI is opgenomen om de kracht te meten in de gehele arm. De klinimetrische eigenschappen zijn goed en het instrument is zeer goed hanteerbaar. Het gebruik van een handknijpkrachtmeter wordt niet aanbevolen, omdat dit meetinstrument alleen handknijpkracht meet, de klinimetrische eigenschappen onbekend zijn bij personen met hersenletsel en alleen de handknijpkracht niet veel toegevoegde waarde heeft binnen het professioneel redeneren.

Ondanks dat er geen klinimetrische eigenschappen bekend zijn over de PRPM wordt dit meetinstrument aanbevolen als er een indicatie is voor weerstand tegen passief bewegen. De werkgroep volgt hierin de onderbouwing uit de richtlijn Cerebrale en/of Spinale Spasticiteit, waarin het gebruik van de PRPM voor het meten van weerstand tegen passief bewegen onderbouwd wordt.

Voor het meten van de sensibiteit bij centraal neurologische aandoeningen is de werkgroep van mening dat de EmNSA de voorkeur verdient boven andere meetinstrumenten voor sensibiteit. De EmNSA is ontwikkeld voor afname bij mensen met intracranieële aandoeningen, de klinimetrische kwaliteit is voldoende en de hanteerbaarheid is zeer goed. Daarom wordt dit instrument aanbevolen om in te zetten als er een indicatie voor is verminderde sensibiteit.

Voor het in kaart brengen van **secundaire gevolgen** worden verschillende meetinstrumenten aanbevolen ter monitoring. Complicaties zoals oedeem en schouderpijn komen regelmatig voor en kunnen het herstel belemmeren. Om oedeem te meten wordt aanbevolen een volumemeting te overwegen. Een volumemeting is matig hanteerbaar en de klinimetrische eigenschappen zijn niet onderzocht. Desondanks is bij andere doelgroepen aangetoond dat dit meetinstrument beter is dan de klinische blik om oedeemvorming te beoordelen, daarom is er een zwakke aanbeveling geformuleerd. Als om praktische redenen een volumemeting niet mogelijk is, kan de figure of eight methode overwogen worden.

Daarnaast wordt aanbevolen om het gebruik van een pijnschaal te overwegen voor het in kaart brengen van subjectief ervaren pijn. Een pijnschaal is zeer goed hanteerbaar en het perspectief van de persoon met hersenletsel staat centraal. Dit is belangrijk voor het vormgeven van het vervolg van de behandeling. Het gebruik van NRS of VAS maakt geen verschil.

Om in een vroege fase een voorspelling te kunnen doen voor het herstel van arm-handvaardigheid bij personen met een CVA, wordt aanbevolen om in de vroege fase het SAFE-paradigma te gebruiken. Dit model geeft een voorspelling voor de kans op terugkeer van enige arm-handvaardigheid. Het is een snelle bedside test, welke zonder extra middelen in enkele minuten eenvoudig af te nemen is. Dit is nauwelijks belastend voor de persoon met hersenletsel diens naaste(n) en de therapeut. De uitkomsten zeggen iets over de kans op terugkeer van enige armhandvaardigheid en kunnen grote impact hebben op de persoon met hersenletsel. Communicatie over prognostiek dient daarom voorzichtig en met empathie worden overgebracht.

Het gebruik van meetinstrumenten is ingebed binnen het professioneel redeneren. Het belangrijk om het doel van het meetinstrument te weten en een bewuste keuze te maken voor een specifiek meetinstrument en de momenten waarop gemeten wordt. De gegevens moeten dan ook bijdragen aan het proces van besluitvorming binnen het professioneel redeneren.

Behandelaren moeten transparant zijn over hun competenties en bereid zijn door- of terug te verwijzen wanneer zij niet over voldoende expertise beschikken om een goede analyse te kunnen maken van de arm-handvaardigheid. Dit geldt specifiek voor de relatie tussen arm-handvaardigheid en onderliggende functies, welke essentieel is voor het adequaat vormgeven van arm-handtraining (Arwert et al., 2023). Interdisciplinaire samenwerking wordt ook beschreven in de [Handreiking Eerstelijns Herstelzorg Hersenletsel](#). In de handreiking, die is ontwikkeld door onder andere Ergotherapie Nederland, Kennisnetwerk CVA Nederland en Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, wordt geadviseerd om aandachtsgebieden per behandelaar duidelijk te vermelden (Arwert et al., 2023). Zo kan onderlinge samenwerking en kennisuitwisseling worden versterkt.

Bronnen

- Arwert, H., Ewijk, v., L., Houts, v., E., Ormel, H., Veen, v. d., R., & Wijk, v., P. (2023). Handreiking Eerstelijns Herstelzorg Hersenletsel. <https://www.kennisnetwerkCVA.nl/wp-content/uploads/2023/05/KNCN-Handreiking-230502-online.pdf>
- Kwakkel, G., Lannin, N. A., Borschmann, K., English, C., Ali, M., Churilov, L., Saposnik, G., Winstein, C., Wegen, E. E. H. V., Wolf, S. L., Krakauer, J. W., & Bernhardt, J. (2017). Standardized measurement of sensorimotor recovery in stroke trials : Consensus-based core recommendations from the Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable. *International Journal of Stroke*, 12, 451-461. <https://doi.org/10.1177/1747493017711813>

Module 4.2

Interventies om arm-handvaardigheid te bevorderen

Uitgangsvraag

Welke effectieve interventies kan een ergotherapeut inzetten om arm-handvaardigheid te verbeteren bij personen met hersenletsel?

Aanbevelingen

- Maak in overleg met de persoon met hersenletsel en/of naaste(n) op basis van de prognose een keuze voor het doel van de interventie. Dit bepaalt of de activiteit als doel of als middel ingezet wordt.
 - Kies een activiteit die aansluit bij de mogelijkheden van de arm-hand. Om te bepalen bij welke activiteiten de arm-hand ingezet kan worden is kennis over de mate van synergievorming van belang. Door mogelijke synergievorming kunnen sommige activiteiten niet gekozen worden.
- Overweeg om een van onderstaande interventies in te zetten om arm-handvaardigheid te verbeteren bij personen met hersenletsel. Zoek hierbij indien nodig de samenwerking op met of verwijst door naar een therapeut die expert is in arm-handtraining bij hersenletsel:
 - modified constrained induced movement therapy (mCIMT);
 - taakgerichte training waarbij zoveel mogelijk de principes van mCIMT worden toegepast.
- Geef voorlichting aan de persoon met hersenletsel en/of diens naaste(n) over zorgdragen voor de aangedane arm-hand om secundaire gevolgen zoals pijn, subluxatie, oedeem of contracturen te voorkomen of beperken.

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Conclusies op basis van de literatuur

Eén ingesloten systematische review van redelijke kwaliteit (op basis van AMSTAR 2) voerde een netwerkmeta-analyse uit naar de onderlinge effectiviteit van diverse **ergotherapeutische interventies** ter verbetering van de arm-handfunctie van volwassenen met acute of subacute CVA (Tenberg, 2023).

Ten aanzien van het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten lijkt er:

- direct na de interventie niet of nauwelijks verschil te zijn bij een onderlinge vergelijking van de volgende interventies: actieve observatie, *constraint induced movement therapy* (CIMT) + spiegeltherapie, laag intensieve CIMT, actieve mobilisatie, *strengthening* + mobilisatie, robotisch + taakspecifieke training, actieve spiegeltherapie, *virtual reality*, bilaterale training, robotische interventie, taakspecifieke training, actieve niet-lokale therapie, niet-lokale therapie (actief en passief) *strengthening*, therapie van de bovenste ledematen (actief en passief), passieve mobilisatie, *sham* (64 RCTs; GRADE niet te beoordelen)¹;
- na maximaal 12 maanden follow-up lijkt laag intensieve CIMT superieur, terwijl er voor de volgende vergelijkingen niet of nauwelijks verschillen werden gevonden: robotische + taakspecifieke training, bilaterale training, actieve spiegeltherapie, upper extremity therapy (actief + passief), robotische interventie, taakspecifieke training, niet-lokale therapie (actief en passief), actieve niet-lokale therapie, actieve mobilisatie, *strengthening* en sham interventie (25 RCTs; GRADE niet te beoordelen).¹

¹ Interventies in de netwerkmeta-analyse die voor de Nederlandse ergotherapiepraktijk niet relevant werden geacht door de werkgroep, zijn buiten beschouwing gelaten.

Een volledige GRADE-beoordeling werd door de reviewauteurs niet gedaan en kon vanwege ontbrekende details in de publicatie niet door Cochrane Netherlands gedaan worden. Gezien de kans op vertekening in de geïncludeerde onderzoeken en het feit dat op één na alle netwerkschattingen voor de uitkomst algemeen dagelijkse levensverrichtingen een niet-significant verschil laten zien, is het aannemelijk dat een GRADE-beoordeling in veel gevallen op maximaal 'laag' zou uitkomen.

Eén ingesloten systematische review van hoge kwaliteit (op basis van AMSTAR 2) onderzocht de effectiviteit van **mental practice interventies** (alleen of in combinatie met een standaardbehandeling) ter verbetering van de arm-/handfunctie van volwassenen met een hemiparese na een CVA (Barclay, 2020). Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat:

- een *mental practice* interventie gecombineerd met een standaardbehandeling in vergelijking met alleen een standaardbehandeling niet of nauwelijks lijkt te resulteren in een verbetering in het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten (4 RCTs; GRADE: laag).

Eén ingesloten systematische review van redelijke kwaliteit (op basis van AMSTAR 2) includeerde onderzoeken naar de effectiviteit van **niet-robotische dynamische handortheses** ter verbetering van de arm-/handfunctie van volwassenen die een CVA hadden doorgemaakt (Alexander, 2021).

- Geen van de ingesloten onderzoeken in deze review rapporteerde resultaten voor de uitkomst uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten.
- Op basis van de overige uitkomsten in de review, concludeerden de auteurs dat er onvoldoende evidence is dat een niet-robotische dynamische handorthese het herstel van bovenste ledematen na een CVA bevordert.

Discussie

Ter overweging bij de interpretatie van de resultaten van deze evidence synthese:

- Er is uitgegaan van de informatie zoals gepresenteerd in de systematische reviews en er is niet naar de publicaties van de geïncludeerde studies gekeken.
- Hoewel de auteurs van ingesloten netwerkmeta-analyse aangeven dat ze de GRADE-methodiek hebben toegepast, zijn de methoden en resultaten ervan incompleet gerapporteerd in de publicatie. Contact met de reviewauteurs heeft niet de gewenste aanvullende informatie opgeleverd. Het toepassen van de GRADE-methodiek op netwerkmeta-analyses behelst voor elke vergelijking en uitkomst een GRADE-beoordeling van de directe effectschatting, de indirecte effectschatting en de netwerkschatting (Brignardello-Petersen et al., 2018) en dat lijkt voor deze netwerkmeta-analyse niet zo te zijn uitgevoerd. De publicatie (inclusief online supplement) bevat helaas onvoldoende informatie om de volledige GRADE-beoordeling zelf uit te voeren.

Rationale van de aanbeveling

Er is een klein effect, maar met onzeker bewijs gevonden voor de interventies actieve observatie, mCIMT en taakgerichte training in combinatie met elektrostimulatie op het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten bij personen met hersenletsel. De positieve effecten worden onderbouwd met practice-based overwegingen van de werkgroep en uitkomsten in verschillende studies (Kwakkel et al., 2015). Daarnaast vallen de interventies mCIMT en taakgerichte training onder best-practice binnen ergotherapie. Het uiteindelijke doel van beide interventies is om stapsgewijs op te bouwen naar uitvoer van de gehele activiteit. In de praktijk is deze aanpak effectief bevonden. De werkgroep is van mening dat voor het verbeteren van de arm-handvaardigheid bij personen met een CVA en een gunstige prognose voor herstel van enige arm-handvaardigheid de inzet van mCIMT de eerste voorkeur heeft omdat mCIMT een bewezen effectieve interventie is voor het verbeteren van de arm-handvaardigheid bij mensen met een gunstige prognose voor herstel na een CVA (Kwakkel et al., 2015). Wanneer de inzet van mCIMT niet

mogelijk is, bijvoorbeeld vanwege het niet voldoen aan de inclusiecriteria, is het aan te bevelen taakgerichte training toe te passen. Het advies is om daarbij de elementen van mCIMT die wel toepasbaar zijn te integreren. Voor de groep met een ongunstige prognose dienen de interventies zich te richten op onderhoud van mobiliteit en zorgdragen voor de arm en hand. Voor de doelgroep personen met CVA is veel onderzoek gedaan naar mechanismen van herstel en de factoren die van invloed zijn op de prognose (Buma, Kwakkel, & Ramsey, 2013; Nijland et al., 2010). Voor THL zijn deze nog onduidelijk, waardoor het herstelbeloop moeilijker in te schatten is. De werkgroep is van mening dat elementen uit mCIMT en taakgerichte training toegepast kunnen worden bij beide doelgroepen. Binnen het professioneel redeneren worden keuzes voornamelijk gemaakt op basis van de geobserveerde symptomen. Uit literatuur en praktijk blijkt dat het wenselijk is om interdisciplinaire samenwerking aan te gaan met een fysiotherapeut. Door taakgerichte training te combineren met elektrostimulatie lijkt er een groter positief effect te zijn op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten.

De mate van synergievorming vormt een belangrijk aspect bij personen met hersenletsel. Zowel bij het gebruik van activiteiten als doel en middel. De ergotherapeut moet in staat zijn om de mate van synergievorming te vertalen naar activiteiten, om te kunnen bepalen binnen welke activiteiten de arm ingezet kan worden of om te bepalen welke deelvaardigheden gebruikt kunnen worden voor training. Schouderpijn is multifactorieel en één van de factoren die mogelijk hieraan bijdraagt is het ontstaan van microtrauma door onzorgvuldig handelen (Roosink et al., 2011). Het trainen op een verkeerd of te hoog niveau geeft risico op schouderklachten. De praktijk leert ook dat eenmaal ontstane schouderklachten moeilijk te behandelen zijn. Preventie is daarom heel belangrijk. Naast schouderklachten is oedeem een veel voorkomende complicatie. In de praktijk zijn er verschillende interventies die ingezet worden voor het behandelen van oedeem. Er is geen evidentie voor het effect van deze interventies. De werkgroep adviseert bij het inzetten van interventies voor het verminderen van oedeem een duidelijke termijn af te spreken en goed te evalueren. Hierbij is goede afstemming binnen het team en met persoon met hersenletsel en diens naaste(n) van belang.

Het goed vormgeven van arm-handtraining is complex er is een wezenlijk risico op complicaties. Daarom is de werkgroep van mening dat deze bij voorkeur interdisciplinair en door experts plaats dient te vinden. Het maken van een goede probleemanalyse voor arm-hand vraagt specifieke deskundigheid van de ergotherapeut. Daarnaast is het voor een goede taakgerichte arm-handfunctietraining belangrijk dat er een taakanalyse (Taxonomic Code of Occupational Performance, TCOP) wordt gemaakt. Ook is vaak de expertise van een revalidatiearts van belang voor het overwegen van medische interventies. Ergotherapeuten die expertise hebben op het gebied van motorische revalidatie na hersenletsel dienen zichtbaar te zijn binnen het eigen regionale netwerk hersenletsel, zodat therapeuten kunnen samenwerken of doorverwijzen (Arwert et al., 2023).

In de literatuur is een geringe mate van bewijs gevonden van lage kwaliteit voor het effect van ergotherapeutische interventies gericht op het verbeteren van arm-handvaardigheid. Dit kan deels verklaard worden doordat er is gezocht naar het effect op het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten, in plaats van op arm-handfunctie en arm-handvaardigheid. De meeste onderzoeken zijn gericht op het verbeteren van de laatste twee uitkomstmaten. Daarnaast kan compensatie een grote rol spelen bij het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten. Ondanks dat er wellicht geen of weinig verbetering wordt gerapporteerd voor het kunnen uitvoeren van de activiteiten kan de kwaliteit van de uitvoer wel verbeteren doordat de arm-handfunctie en arm-handvaardigheid zijn verbeterd. De essentie van ergotherapie is het verbeteren van het kunnen uitvoeren van betekenisvolle activiteiten. Vandaar dat er is gekozen voor deze uitkomstmaat. Op basis van de bevindingen van het systematisch literatuuronderzoek adviseert de werkgroep om bij een update of herziening te overwegen om de uitkomstmaten voor arm-handfunctie en/of arm-handvaardigheid te includeren.

Bronnen

Systematisch literatuuronderzoek

- Alexander, J., Dawson, J., & Langhorne, P. (2022). Dynamic hand orthoses for the recovery of hand and arm function in adults after stroke: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Top Stroke Rehabil*, 29(2), 114-124. <https://doi.org/10.1080/10749357.2021.1878669>
- Barclay, R. E., Stevenson, T. J., Poluha, W., Semenko, B., & Schubert, J. (2020). Mental practice for treating upper extremity deficits in individuals with hemiparesis after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), Cd005950. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005950.pub5>
- Tenberg, S., Mueller, S., Vogt, L., Roth, C., Happ, K., Scherer, M., Behringer, M., & Niederer, D. (2023). Comparative Effectiveness of Upper Limb Exercise Interventions in Individuals With Stroke: A Network Meta-Analysis. *Stroke*, 54(7), 1839-1853. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.123.043110>

Aanvullende literatuur

- Arwert, H., Ewijk, v., L., Houts, v., E., Ormel, H., Veen, v. d., R., & Wijk, v., P. (2023). *Handreiking Eerstelijns Herstelzorg Hersenletsel*. <https://www.kennisnetwerkCVA.nl/wp-content/uploads/2023/05/KNCN-Handreiking-230502-online.pdf>
- Brignardello-Petersen, R., Bonner, A., Alexander, P. E., Siemieniuk, R. A., Furukawa, T. A., Rochwerf, B., Hazlewood, G. S., Alhazzani, W., Mustafa, R. A., Murad, M. H., Puhan, M. A., Schünemann, H. J., & Guyatt, G. H. (2018). Advances in the GRADE approach to rate the certainty in estimates from a network meta-analysis. *J Clin Epidemiol*, 93, 36-44. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.10.005>
- Buma, F., Kwakkel, G., & Ramsey, N. (2013). Understanding upper limb recovery after stroke. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 31, 707-722. <https://doi.org/10.3233/RNN-130332>
- Kwakkel, G., Veerbeek, J. M., van Wegen, E. E., & Wolf, S. L. (2015). Constraint-induced movement therapy after stroke. *Lancet Neurol*, 14(2), 224-234. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(14\)70160-7](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(14)70160-7)
- Nijland, R., Van Wegen, E., Verbunt, J., Van Wijk, R., Van Kordelaar, J., & Kwakkel, G. (2010). A comparison of two validated tests for upper limb function after stroke: The wolf motor function test and the action research arm test. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 694-696. <https://doi.org/10.2340/16501977-0560>
- Roosink, M., Renzenbrink, G. J., Buitenweg, J. R., Van Dongen, R. T., Geurts, A. C., & MJ, I. J. (2011). Persistent shoulder pain in the first 6 months after stroke: results of a prospective cohort study. *Arch Phys Med Rehabil*, 92(7), 1139-1145. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.02.016>

5

Visuele problematiek

Module 5

Visuele problematiek

Aanleiding

Visueel waarnemen is een van de belangrijkste vaardigheden van de mens om in een omgeving te kunnen functioneren. Het speelt een onmiskenbare rol in het dagelijks functioneren. De visuele functies zijn daarmee van invloed op het kunnen uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten. Bovendien kunnen ze de mate van prestatie in testen en behandeling beïnvloeden (Schouwen, 2015). Hersenletsel kan leiden tot visuele problematiek. De prevalentie van visuele problemen na hersenletsel is hoog. Ongeveer 60% van de mensen met een CVA heeft visuele problemen als gevolg van het CVA (Ali et al., 2013; Hepworth et al., 2016; Hepworth et al., 2015; Rowe et al., 2020). De ervaring uit de praktijk leert dat ook de prevalentie bij traumatisch hersenletsel hoog is, maar precieze cijfers zijn ten tijde van de ontwikkeling van deze richtlijn niet bekend. Ondanks dat visuele problemen na een CVA een grote impact hebben op dagelijkse handelingen, participatie in de maatschappij en kwaliteit van leven, worden ze toch vaak over het hoofd gezien (Hepworth, Rowe, & Burnside, 2019; Hepworth et al., 2015; Heugten, Bertens, & Spikman, 2017; Rowe et al., 2020; Schouwen, 2015).

In de Ergotherapierichtlijn CVA (Steultjens et al., 2013) zijn geen meetinstrumenten beschreven om visuele problematiek in kaart te brengen. Uit de knelpuntenanalyse kwam naar voren dat ergotherapeuten onvoldoende expertise hebben op het gebied van de visuele gevolgen van hersenletsel. Gezien de samenhang met het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten is het belangrijk dat ergotherapeuten aandacht hebben voor visuele problematiek. Ergotherapeuten kunnen een signalerende rol vervullen. Er zijn namelijk centra die gespecialiseerd zijn in visuele problematiek waar samenwerking mee kan worden gezocht of waarnaar doorverwezen kan worden. Er zijn verschillende screeningmethodes ontwikkeld voor visuele problematiek na een CVA, maar er is nog geen gouden standaard. Daarnaast hangt de gevoeligheid van dergelijke screeningsinstrumenten samen met of de persoon met hersenletsel in staat is om visuele problemen aan te geven (Hanna, Hepworth, & Rowe, 2017). De gevoeligheid neemt bijvoorbeeld af wanneer er sprake is van cognitieve of communicatieve beperkingen. Deze module is gericht op screeningsinstrumenten die ergotherapeuten kunnen inzetten als aanvulling op observaties die al gedaan worden, zodat visuele problematiek wordt opgemerkt en niet onbehandeld blijft.

In de Ergotherapierichtlijn CVA (Steultjens et al., 2013) worden drie interventies beschreven. De aanbeveling ten aanzien van interventies gericht op visuele problematiek berustte op practice-based opinion, aangezien er onvoldoende bewijs uit de literatuur kwam. Uit de knelpuntenanalyse kwam de behoefte naar voren voor een update, zodat recente literatuur wordt meegenomen in de overwegingen. Daarnaast gaven ergotherapeuten uit het werkveld aan dat het onduidelijk is welke interventies geschikt zijn om toe te passen bij visuele problematiek en wanneer het beste doorverwezen kan worden naar specialistische zorg.

Bronnen

- Ali, M., Hazelton, C., Lyden, P., Pollock, A., & Brady, M. (2013). Recovery from poststroke visual impairment: evidence from a clinical trials resource. *Neurorehabil Neural Repair*, 27(2), 133-141. <https://doi.org/10.1177/1545968312454683>
- Hanna, K. L., Hepworth, L. R., & Rowe, F. (2017). Screening methods for post-stroke visual impairment: a systematic review. *Disabil Rehabil*, 39(25), 2531-2543. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1231846>

- Hepworth, L., Rowe, F., Walker, M., Rockliffe, J., Noonan, C., Howard, C., & Currie, J. (2016). Post-stroke Visual Impairment: A Systematic Literature Review of Types and Recovery of Visual Conditions. *Ophthalmology Research: An International Journal*, 5, 1-43. <https://doi.org/10.9734/OR/2016/21767>
- Hepworth, L. R., Rowe, F. J., & Burnside, G. (2019). Development of a patient reported outcome measures for measuring the impact of visual impairment following stroke. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 348. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4157-3>
- Hepworth, L. R., Rowe, F. J., Harper, R., Jarvis, K., Shipman, T., & Rodgers, H. (2015). Patient reported outcome measures for visual impairment after stroke: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*, 13, 146. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0338-x>
- Heugten, C. v., Bertens, D., & Spikman, J. (2017). *Richtlijn Neuropsychologische revalidatie*.
- Rowe, F. J., Hepworth, L., Howard, C., Bruce, A., Smerdon, V., Payne, T., Jimmieson, P., & Burnside, G. (2020). Vision Screening Assessment (VISA) tool: diagnostic accuracy validation of a novel screening tool in detecting visual impairment among stroke survivors. *BMJ Open*, 10(6), e033639. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033639>
- Schouwen, E. T. v. (2015). *Cognitieve revalidatie therapie: ergotherapeutische diagnostiek* (Vol. 2). Hersenwerk.
- Steultjens, E. M. J., Cup, E. H. C., Zajec, J., & van Hees, S. (2013). *Ergotherapierichtlijn CVA*.

Module 5.1

Screenen op visuele problematiek

Uitgangsvraag

Welke meetinstrumenten kan een ergotherapeut inzetten om personen met hersenletsel te screenen op visuele problematiek?

Aanbevelingen

- Screen standaard op **visuele problemen** bij personen met hersenletsel:
 - Observeer of er bij de uitvoering van een (betekenisvolle) dagelijkse activiteit **visuele problemen** zijn. Maak hiervoor bij voorkeur gebruik van het [Perceive, Recall, Plan en Perform Systeem van Taakanalyse \(PRPP\)](#), de [Assessment of Motor and Process Skills \(AMPS\)](#) en/of de [Árnadóttir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation \(A-ONE\)](#). Observeer ook specifiek het lezen en de mobiliteit om eventuele visuele problemen in kaart te brengen.
 - Observeer bij (een vermoeden van) visuele problemen hoe de persoon hier mee omgaat. Is er sprake van compensatie of negeert de persoon de visuele problemen?
 - Zet aanvullend aan de observatie onderstaande screeningsinstrumenten in:
 - [Screeningslijst Visuele Klachten \(SVK\)](#) voor een korte globale screening van **de visuele problemen op het gebied van participatie, activiteiten en functies**.
 - [Visual Impairment Screening Assessment tool \(VISA\)](#) voor een screening van **visuele functies**. Goed toepasbaar bij verminderd ziekte-inzicht en afasie.
- Overweeg om aansluitend op de eerste screening en observatie onderdelen van de volgende instrumenten in te zetten:
 - Voor een uitgebreidere screening van **visuele problematiek op functieniveau**:
 - Motor-Free Visual Perception Test (MVPT)
 - Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA)
 - Brain Injury Visual Assessment Battery for Adults (biVABA)
 - **Visuele verwerkingsprocessen** in kaart brengen met onderdelen van:
 - LOTCA
 - MVPT
- Zoek indien wenselijk de samenwerking op met andere zorgprofessionals om **signalen van visuele problemen** in kaart te brengen. Stem met je samenwerkingspartners af wie wat in kaart brengt, zodat dubbel testen zoveel mogelijk voorkomen wordt. Denk hierbij aan:
 - psycholoog; onder andere in verband met de afname door psycholoog van het [Montreal Cognitive Assessment \(MoCA\)](#)/neuropsychologisch onderzoek (NPO);
 - logopedist; onder meer vanwege hun expertise op gebied van lezen/schrijven;
 - fysiotherapeut; onder meer vanwege hun expertise op het gebied van mobiliteit;
 - verpleegkundige; onder meer vanwege de observaties in dagelijks handelen.
- Neem bij een vermoeden van ernstige visuele problemen en/of blijvend gezichtsvelduitval bij de persoon met hersenletsel contact op met een expertisecentrum voor blinde en slechtziende mensen, gespecialiseerd in hersenletsel, zoals Bartiméus of Koninklijke Visio. In de volgende situaties kan de samenwerking worden gezocht met ergotherapeuten van een expertisecentrum:
 - wanneer er sprake is van (complexe) visuele problemen;

- bij blijvend gezichtsvelduitval;
- bij visuele overprikkeling;
- wanneer er onduidelijkheid is over de visuele problematiek;
- bij vragen over verkeersmobiliteit, waaronder autorijden, langzaam gemotoriseerd verkeer, fietsen en lopen;
- wanneer algemene compensatiestrategieën onvoldoende blijken.

Deze samenwerking kan bestaan uit consultatie, screening of aanmelding. Samen met de experts op het gebied van visuele verwerkingsproblematiek kan de ergotherapeutische behandeling gericht op dagelijks handelen worden vormgegeven. Laat hiervoor een medisch specialist (revalidatiearts, specialist ouderengeneeskunde, oogarts, neuroloog) doorverwijzen naar een van de expertisecentra voor blinde en slechtziende mensen.

- Indien bij screening sprake is van visuele problematiek die nog niet bekend is, moet worden doorverwezen naar de hoofdbehandelaar voor nadere diagnostiek en eventueel beleid.
- Vraag actief naar brilgebruik en laat mensen indien nodig naar de opticien gaan om een bril op juiste sterkte te laten aanpassen of aanmeten.
- Vraag actief naar het gebruik van hoorapparaten en adviseer zo nodig een gehoortest af te nemen bij een audicien of audiologisch centrum. De inzet van het gehoor is ook een belangrijke compensatie bij problemen in de visuele waarneming. Dit is met name relevant wanneer de persoon op leeftijd is.

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Tabel 5.1 | Schematische weergave van beschreven meetinstrumenten om te screenen op visuele problematiek op basis van uitgewerkte stappen. S: screeningsinstrument; D: diagnostisch instrument; P: prognostisch instrument; E: evaluatief instrument

Meetinstrument	S	D	P	E	Wat je meet	Hanteerbaarheid/ gebruiksgemak	Afnameduur	Scholing vereist	Waar te vinden
Screeningslijst Visuele Klachten (SVK)	X				Subjectieve visuele klachten	Goed	± 10 minuten	Nee	Gratis te downloaden via kennisoverzien.nl
Motorbron-Free Visual Perception Test (MVPT)	X				Visuele waarneming onafhankelijk van de motorische vaardigheden	Matig	20-25 minuten	Nee	In het Engels verkrijgbaar bij particuliere aanbieders tegen betaling
Brain Injury Visual Assessment Battery for Adults (biVABA)	X				Visuele informatie verwerking	Redelijk	Onbekend	Nee	In het Engels verkrijgbaar bij particuliere aanbieders tegen betaling
Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA)	X				Cognitieve basisvaardigheden die nodig zijn voor het dagelijks functioneren	Goed	± 45 minuten	Nee	In het Engels verkrijgbaar bij particuliere aanbieders tegen betaling
Visual Impairment Screening Assessment tool (VISA)	X				Visuele functies	Goed	10-15 minuten	Nee	Nederlands versie is vrij verkrijgbaar na registratie via: VISA - Institute of Population Health - University of Liverpool

Conclusie en rationale van de aanbeveling

De beschreven instrumenten om visuele problematiek in kaart te brengen zijn schematisch weergegeven in tabel 5.1. Vanwege de hoge prevalentie van visuele problemen na hersenletsel, de impact op het dagelijkse handelen en het feit dat visuele problemen vaak onopgemerkt blijven, adviseert de werkgroep standaard te screenen op visuele problematiek bij personen met hersenletsel. Door altijd te screenen op visuele problemen tijdens de acute en post-acute fase zijn de persoon met hersenletsel, diens omgeving en diens behandelaars op de hoogte van de aanwezigheid van visuele problemen en kunnen passende interventies ingezet worden. Door middel van observeren kunnen visuele problemen worden gesignaleerd. Daarom heeft de werkgroep een sterke aanbeveling geformuleerd om door middel van een observatie van een (betekenisvolle) dagelijkse activiteit eventuele visuele problemen in kaart te brengen bij personen met hersenletsel. Daarnaast zijn lezen en mobiliteit belangrijk om te observeren, omdat het zien hierbij een grote rol speelt. De PRPP, AMPS en A-ONE bevatten in verschillende mate elementen om visuele problemen te signaleren. De meetinstrumenten screenen niet specifiek of uitgebreid op visuele problemen, waardoor deze instrumenten in deze module niet verder zijn uitgewerkt. Wel is er binnen de PRPP een kwadrant gericht op waarnemen. Visuele informatieverwerking is daar een belangrijk onderdeel van.

Aanvullend op een observatie van het dagelijks handelen, kunnen er meetinstrumenten ingezet worden die uitgebreid screenen op visuele problematiek. Een selectie van veel gebruikte meetinstrumenten is beschreven in deze module. Voor het uitwerken van de module is voornamelijk gebruik gemaakt van de practice-based expertise binnen de werkgroep en expert opinion.

De VISA is beschikbaar in het Nederlands en kan goed ingezet worden om te screenen op visuele functieproblematiek. De klinimetrische eigenschappen zijn bevestigd in de literatuur en het meetinstrument is goed hanteerbaar. De SVK brengt signalen op de verschillende niveaus (functie, activiteiten en participatie) van visuele problemen in kaart en geeft een indicatie of en naar wie door te verwijzen. Hiermee is de SVK goed hanteerbaar in de praktijk. De klinimetrische eigenschappen zijn bevestigd voor de doelgroep personen met neurodegeneratieve aandoeningen. De werkgroep verwacht dat dit geëxtrapoleerd kan worden naar de doelgroep personen met hersenletsel. De VISA en SVK vullen elkaar aan. Door ze te combineren is voor een eerste screening visuele problematiek voldoende gedekt met betrekking tot invloed op participatie-, activiteiten- en functieniveau. Het is dan ook wenselijk om beide screeningstools in te zetten. Hier moet echter wel tijd voor zijn en er moet rekening gehouden worden met de belastbaarheid van de persoon met hersenletsel. De SVK wordt ten tijde van de ontwikkeling van de richtlijn gevalideerd voor de doelgroep NAH. Naar verwachting wordt deze versie medio 2024 gepubliceerd. Vanwege de screeningsitems, goede hanteerbaarheid en klinimetrische kwaliteit heeft de werkgroep ervoor gekozen om een sterke aanbeveling te formuleren.

De instrumenten MVPT, LOTCA en biVABA kunnen ingezet worden om de ernst van de eventueel aanwezige visuele problematiek verder in kaart te brengen. Daarmee geven genoemde instrumenten de ergotherapeut informatie over de ernst van de visuele problematiek, waarna de ergotherapeut kan bepalen of de persoon moet worden doorverwezen naar specialisten op het gebied van visuele problematiek. De bevindingen van de instrumenten geven richting aan de mogelijke interpretatie van de gevolgen op het handelen en op interventiemogelijkheden. Elke subtest heeft een interpretatiesectie. Het geeft een duiding voor verschillende reacties die de cliënt kan geven. Bijvoorbeeld: als de pupillen zijn samengetrokken in de pupilrespons subtest, dan is er een sectie over waarom dat kan zijn en over aanpassingen die moeten worden gemaakt voor de cliënt, zoals helderder licht. De initiële screening is het meest belangrijk. De MVPT, LOTCA en biVABA kunnen daarop voortborduren door uitbreider te screenen op visuele functies. Vanwege de langere afnameduur en beperkter bewijs met betrekking tot klinimetrische eigenschappen is ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren.

De Catherine Bergego Scale (CBS) is niet uitgewerkt, aangezien deze niet specifiek gericht is op visueel neglect, maar op neglect in al zijn aspecten. Informatie over interventies bij een neglect zijn te vinden in [module 6.2](#)

'Interventies gericht op cognitie om het dagelijks handelen te bevorderen'.

De werkgroep adviseert door te verwijzen naar experts wanneer er sprake is van complexe visuele problematiek, wanneer algemene adviezen onvoldoende effect hebben en bij onduidelijkheid over oorzaak/type van visuele problematiek. Bijvoorbeeld wanneer het onduidelijk is of er sprake is van neglect of hemianopsie.

Module 5.2

Interventies bij visuele problematiek

Uitgangsvraag

Welke effectieve interventies kunnen ergotherapeuten inzetten bij personen met hersenletsel ten aanzien van visuele problematiek?

Aanbevelingen

- Houd rekening met de effecten van de oogandoening(en) op het dagelijks handelen in het vormgeven van de behandeling. Personen met hersenletsel kunnen vaak minder goed compenseren door reeds aanwezige oogandoeningen.
- Overweeg om compensatiestrategieën toe te passen om het zien optimaal te ondersteunen en leer de persoon met hersenletsel om hier ook zelf zorg voor te dragen tijdens het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten. Denk hierbij onder meer aan de volgende strategieën:
 - Maak gebruik van het vergroten van informatie die wordt aangeboden, wanneer de persoon een verlaagde nabij visus heeft. Bij gezichtsveldbeperkingen zoals hemianopsie kan vergroten echter nadelig zijn voor het lezen.
 - Breng duidelijk contrast aan in de (directe) omgeving wanneer de persoon moeite heeft met scherpstellen of dieptezien. Denk er ook aan om op- en/of afstappen te markeren.
 - Leer de persoon om zichzelf te oriënteren op duidelijke herkenningspunten en leer zo nodig vaste routes aan wanneer de persoon moeite heeft zich te oriënteren in de ruimte.
 - Zorg dat er voldoende licht aanwezig is bij het uitvoeren van activiteiten, wanneer de persoon moeite heeft met scherpstellen of inzoomen op visuele informatie.
 - Maak bij het lezen gebruik van een leesliniaal en/of het markeren van het begin van de regel wanneer de persoon moeite heeft met het maken van oogbewegingen of bij beperkingen in het gezichtsveld.
 - Dek bij het lezen niet-relevante informatie af of beperk de hoeveelheid onnodige materialen op een werkvlak bij visuele overgevoeligheid.
 - Geef het advies om spullen zoveel mogelijk op vaste plaatsen neer te leggen en leer routines aan wanneer de persoon moeite heeft met het zoeken en vinden van spullen.
 - Probeer de persoon bewuster gebruik te laten maken van zijn andere zintuigen, zoals het inzetten van de tast.
 - Praktische adviezen op allerlei gebieden zijn online te vinden op de kennisportalen van [Koninklijke Visio](#) en [Bartiméus](#). In de nabije toekomst is gebundelde kennis te vinden op [kennisoverzien.nl](#).
 - Wanneer er sprake is van een gezichtsveldbeperking:
 - Geef inzicht aan de persoon met hersenletsel en diens naasten in wat wel en wat niet wordt gezien.
 - *In de acute fase:* Overweeg om (betekenisvolle) dagelijkse activiteiten te oefenen om erachter te komen wat veilig en haalbaar is. Maak de persoon met hersenletsel bewust van diens kijkgedrag tijdens het zich verplaatsen en leer de risico's in te schatten. Kom, in overleg met eventuele naasten, samen tot keuzes over verkeersdeelname voor wat betreft zelfstandigheid, zichtbaarheid en routes.
 - *In de chronische fase:* Overweeg om een horizontaal kijkritme/visueel scannen aan te leren. Doe dit bij het zich verplaatsen alleen wanneer de training Inzicht Hemianopsie Compensatoire Scanning Training bij een expertisecentrum voor visuele problematiek is gevolgd om deze interventie toe te passen. Hiermee wordt de persoon met hersenletsel geleerd, door middel van gestructureerde oogbewegingen, te compenseren voor de gezichtsveldbeperking tijdens verkeersdeelname. Dit voorkomt dat er foute scanpatronen worden aangeleerd.

Neglect

- Wees je ervan bewust dat een neglect er in de praktijk uit kan zien als een visueel probleem, maar dat dit valt onder cognitie omdat het een aandachtsprobleem is. Bij een vermoeden van een neglect raadpleeg je de [module 6 'Cognitie'](#) voor mogelijke meetinstrumenten cognitie en interventies op het gebied van cognitie.

Doorverwijzen

- Neem bij een vermoeden van ernstige visuele problemen en/of blijvende gezichtsvelduitval bij de persoon met hersenletsel contact op met een expertisecentrum voor blinde en slechtziende mensen, gespecialiseerd in hersenletsel, zoals Bartiméus of Koninklijke Visio. In de volgende situaties kan de samenwerking worden gezocht met ergotherapeuten van een expertisecentrum:
 - wanneer er sprake is van (complexe) visuele problemen;
 - bij blijvend gezichtsvelduitval;
 - bij visuele overprikkeling;
 - wanneer er onduidelijkheid is over de visuele problematiek;
 - bij vragen over verkeersmobiliteit, waaronder autorijden, langzaam gemotoriseerd verkeer, fietsen en lopen;
 - wanneer algemene compensatiestrategieën onvoldoende blijken.

Deze samenwerking kan bestaan uit consultatie, screening of aanmelding. Samen met de experts op het gebied van visuele verwerkingsproblematiek kan de ergotherapeutische behandeling gericht op dagelijks handelen worden vormgegeven. Laat hiervoor een medisch specialist (revalidatiearts, specialist ouderengeneeskunde, oogarts, neuroloog) doorverwijzen naar een van de expertisecentra voor blinde en slechtziende mensen.

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Conclusies op basis van de literatuur

Op basis van de gevonden evidence kan het volgende worden geconcludeerd:

Gezichtsvelduitval

- Vergeleken met geen (actieve) interventie:
 - lijkt er geen verschil in effect te zijn van een compensatie-interventie op het uitvoeren van instrumentele dagelijkse activiteiten, maar de evidence is zeer onzeker (2 RCTs; GRADE: zeer laag). De evidence is zeer onzeker over het effect van een substitutie-interventie op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (1 RCT; GRADE: zeer laag) en instrumentele dagelijkse activiteiten (2 RCTs; GRADE: zeer laag);
 - lijkt er geen effect te zijn van een beoordelingsinterventie (extra informatie over het orthoptische onderzoek voor therapeuten) op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag);
 - werden er geen studies gevonden waarin het effect van een restitutie-interventie op het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten werd onderzocht ten opzichte van geen (actieve) interventie.
- Bij vergelijken van twee actieve interventies:
 - lijkt er een effect op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten te zijn in het voordeel van audiovisuele training (compensatie) ten opzichte van visuele exploratietraining (compensatie), maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag);

- is de evidence zeer onzeker over een verschil in effect op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten tussen gecomputeriseerde compensatietherapie en compensatietraining bij standaard ergotherapie (1 RCT; GRADE: zeer laag);
- lijkt er geen verschil in effect op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten te zijn tussen gecomputeriseerde restitutietherapie en compensatietraining bij standaard ergotherapie, maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag);
- lijkt er geen verschil in effect op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten te zijn tussen prisma's (substitutie) en visuele scanning training (compensatie) (1 RCT; GRADE: laag).

Oogbewegingsstoornissen

- Visuele scanningsoefeningen (compensatie-interventie) lijken in vergelijking met placebo-oog oefeningen een positief effect te hebben op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (1 RCT; GRADE: laag).

Visuele perceptieproblematiek

- De evidence is zeer onzeker over een verschil in effect op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten tussen een gecomputeriseerd interactief visueel perceptieprogramma (compensatie interventie) en een ander gecomputeriseerd cognitief revalidatieprogramma (compensatie interventie) (1 RCT; GRADE zeer laag).

Discussie

Ter overweging bij de interpretatie van de resultaten van deze evidence synthese:

- Er is uitgegaan van de informatie zoals gepresenteerd in de systematische review. De publicaties van de hierin geïnccludeerde studies zijn niet bekeken.
- De in de PICO gedefinieerde uitkomst betreft het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten. Er zijn (subschalen van) kwaliteit van leven instrumenten die zich richten op ADL. De uitkomst kwaliteit van leven valt echter buiten de PICO en om die reden zijn resultaten op dergelijke (subschalen van) instrumenten niet opgenomen in de evidence synthese. De ingesloten systematische review (Pollock, 2019) rapporteert wel resultaten voor kwaliteit van leven en de werkgroep neemt deze mee in de overige overwegingen bij het formuleren van aanbevelingen.

Rationale van de aanbeveling

Uit het systematisch literatuuronderzoek kunnen geen conclusies getrokken worden over de effecten van ergotherapeutische interventies gericht op visuele problematiek vanwege de zeer lage kwaliteit van bewijs. De aanbevelingen berusten met name op de practice-based overwegingen vanuit de werkgroep en expert opinion van betrokken experts. Daarom zijn er zwakke aanbevelingen geformuleerd.

De werkgroep is ervan overtuigd dat ergotherapeuten een belangrijke rol kunnen spelen op het gebied van visuele problematiek en dat deze problemen vaak onvoldoende worden gesignaleerd. Het is van belang dat ergotherapeuten het beperkte zien optimaal ondersteunen. Hiervoor kunnen algemene tips en adviezen gebruikt worden, die online vrij toegankelijk zijn via kennisportalen. Daarnaast zijn er algemene compensatiestrategieën die toepasbaar zijn in iedere setting. Ook moeten ergotherapeuten zich realiseren dat er los van de visuele problemen als gevolg van het hersenletsel ook sprake kan zijn van (al eerder bestaande) oogaandoeningen. Deze kunnen invloed hebben op het functioneren en hiermee moet dan ook rekening gehouden worden in de behandeling.

Niet alle ergotherapeuten hebben voldoende expertise om personen met visuele beperkingen als gevolg van hersenletsel te begeleiden. In dat geval wordt geadviseerd om samenwerking te zoeken met ergotherapeuten van een expertisecentrum voor blinde en slechtziende mensen.

Scantraining is een vaak gebruikte interventie bij gezichtsveldbeperking. Wanneer deze niet vanaf de start op de juiste manier aangeleerd wordt, kan de interventie averechts werken. De onjuist aangeleerde strategieën moeten eerst afgeleerd worden voordat deze juist kunnen worden aangeleerd. Gespecialiseerde organisaties hebben een gestructureerd protocol voor het uitvoeren van scantraining en bieden scholing aan. Er kan bij gezichtsveldbeperking wel informatie gegeven worden over de werking van het visuele systeem en de ontstane gezichtsvelduitval. Ook kan inzicht gegeven worden in wat de persoon wel en wat de persoon niet ziet. Het oefenen van activiteiten kan helpend zijn om bewustwording te creëren over de gezichtsveldbeperking. Daarnaast kan een ergotherapeut met de persoon met hersenletsel en eventuele naaste(n) het gesprek aangaan over verkeersdeelname en advies geven over veilige deelname aan het verkeer.

Bronnen

Systematisch literatuuronderzoek

- Batool, S., Zafar, H., Gilani, S. A., Ahmad, A., & Hanif, A. (2022). Effects of visual scanning exercises in addition to task specific approach on balance and activities of daily livings in post stroke patients with eye movement disorders: a randomized controlled trial. *BMC Neurol*, 22(1), 312. <https://doi.org/10.1186/s12883-022-02843-7>
- Kang, S. H., Kim, D. K., Kyung Mook, S., Kwang Nam, C., Jin Yong, Y., Sang Yoon, S., & Heon Jong, P. (2009). A computerized visual perception rehabilitation programme with interactive computer interface using motion tracking technology -- a randomized controlled, single-blinded, pilot clinical trial study. *Clin Rehabil*, 23(5), 434-444. <https://doi.org/10.1177/0269215508101732>
- Pollock, A., Hazelton, C., Rowe, F. J., Jonuscheit, S., Kernohan, A., Angilley, J., Henderson, C. A., Langhorne, P., & Campbell, P. (2019). Interventions for visual field defects in people with stroke. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), Cd008388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008388.pub3>



Cognitie

Module 6

Cognitie

Aanleiding

Cognitie is een begrip dat verwijst naar alle processen die betrokken zijn bij het verwerken van informatie in de hersenen. Het omvat onder andere het begrijpen, opslaan, gebruiken en leren van informatie. Cognitieve vaardigheden spelen een belangrijke rol in ons dagelijks leven en in hoe we de dagelijkse activiteiten uitvoeren. Ze hebben invloed op hoe we communiceren, problemen oplossen en onze omgeving waarnemen. Ongeveer 75% van alle personen met een beroerte ervaart cognitieve stoornissen na een beroerte. Dit is van invloed op het functionele herstel, kwaliteit van leven en sociale participatie (Federatie Medisch Specialisten, 2019; Steultjens et al., 2013). In de acute en de subacute fase na hersenletsel is de zorg en behandeling vaak gericht op het voorkomen van complicaties, het inschatten van het beloop van het herstel en het weer oppakken van dagelijkse handelingen en participatie. Cognitieve stoornissen kunnen net als lichamelijke beperkingen een grote invloed hebben op het dagelijks leven van een persoon met hersenletsel en diens naasten. De mate van herstel na een beroerte blijkt dan ook voor een belangrijk deel te worden bepaald door het cognitieve functioneren (de Haan, Nys, & Van Zandvoort, 2006). Het is daarom belangrijk om in een vroeg stadium na het hersenletsel het cognitieve functioneren van de persoon met hersenletsel in kaart te brengen.

Bij het grootste deel van de personen met LTH na een val, klap of stoot op het hoofd, vindt goed tot volledig herstel plaats binnen enkele dagen tot weken. Een percentage van 33% heeft zes maanden na het letsel nog één of meerdere posttraumatische klachten die van invloed zijn op dagelijkse activiteiten, werkhervatting en kwaliteit van leven (van der Naalt et al., 2017). Het blijkt dat naast de ernst van het ongeval, psychologische factoren in combinatie met al bestaande gezondheidsproblemen en opleiding voorspellende factoren zijn voor herstel binnen zes maanden na het letsel (Silverberg et al., 2015). Vroegtijdige signalering van aanhoudende klachten na LTH en herstel-belemmerende factoren, zoals een sombere stemming, angst of passieve coping, zijn van belang om te signaleren of een persoon een verhoogd risico heeft op een ongunstig herstel (van der Naalt et al., 2017; Verberne, 2020). Deze klachten en factoren kunnen interacterend zijn (Federatie Medisch Specialisten, 2024). Een tijdige signalering van klachten, het geven van informatie en het monitoren van patiënten zijn aandachtspunten bij de zorg na LTH en dragen bij aan het voorkomen van aanhoudende posttraumatische klachten (Zadoks & Gijzen, 2015). Aanhoudende klachten na LTH/hersenletsel worden vaak mede bepaald door trans-diagnostische factoren, zoals omgevingsfactoren en sociale factoren (Baars-Elsinga et al., 2023). Bij aanwijzingen voor herstelbelemmerende factoren is het belangrijk om te verwijzen naar de hoofdbehandelaar voor passend beleid.

Uit de knelpuntenanalyse blijkt dat onvoldoende duidelijk is wat en wanneer een ergotherapeut moet vastleggen ten aanzien van cognitie en welke valide meetinstrumenten passend zijn bij de diagnostiek van functies, vaardigheden en klachten. Er is een veelvoud aan meetinstrumenten en vragenlijsten beschikbaar. Deze zijn ter ondersteuning van het in kaart brengen van de cognitieve mogelijkheden en beperkingen van personen met hersenletsel. Het is waardevol om de cognitieve mogelijkheden en beperkingen zo snel mogelijk na het hersenletsel en vanuit verschillende perspectieven, interdisciplinair, in kaart te brengen. Daarnaast is er behoefte aan adviezen met betrekking tot interventies.

Bronnen

- Baars-Elsinga, A., Heugten, C. v., Jonkers, S., Strikwerda, T., & Visser-Meily, A. (2023). Cognitieve stoornissen versus cognitieve klachten. *Ergotherapie Magazine*, 19-23.
- de Haan, E. H., Nys, G. M., & Van Zandvoort, M. J. (2006). Cognitive function following stroke and vascular cognitive impairment. *Curr Opin Neurol*, 19(6), 559-564. <https://doi.org/10.1097/01.wco.0000247612.21235.d9>
- Federatie Medisch Specialisten. (2019). *Herseninfarct en hersenbloeding* (Mantelzorg na na herseninfarct/-bloeding Issue. F. M. Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/herseninfarct_en_hersenbloeding/revalidatie_na_herseninfarct_-_bloeding/mantelzorg_na_herseninfarct_-_bloeding.html
- Federatie Medisch Specialisten. (2024). *Aanhoudende klachten na Licht Traumatisch Hoofd/Hersenletsel*. F. M. Specialisten. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/aanhoudende_klachten_na_licht_traumatisch_hoofd_hersenletsel_thl/startpagina_-_aanhoudende_klachten_na_licht_traumatisch_hersenletsel_thl.html
- Silverberg, N. D., Gardner, A. J., Brubacher, J. R., Panenka, W. J., Li, J. J., & Iverson, G. L. (2015). Systematic review of multivariable prognostic models for mild traumatic brain injury. *J Neurotrauma*, 32(8), 517-526. <https://doi.org/10.1089/neu.2014.3600>
- Steultjens, E. M. J., Cup, E. H. C., Zajec, J., & van Hees, S. (2013). *Ergotherapie richtlijn CVA*.
- van der Naalt, J., Timmerman, M. E., de Koning, M. E., van der Horn, H. J., Scheenen, M. E., Jacobs, B., Hageman, G., Yilmaz, T., Roks, G., & Spikman, J. M. (2017). Early predictors of outcome after mild traumatic brain injury (UPFRONT): an observational cohort study. *Lancet Neurol*, 16(7), 532-540. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(17\)30117-5](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(17)30117-5)
- Verberne, D. (2020). *Psychosocial outcome after stroke and traumatic brain injury: longitudinal perspectives and recommendations for aftercare* [Maastricht University]. Maastricht.
- Zadoks, J., & Gijzen, R. (2015). *Zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel*. Tesink.

Module 6.1

Cognitie in kaart brengen

Uitgangsvraag

Welke betrouwbare en valide meetinstrumenten kunnen ergotherapeuten inzetten bij personen met hersenletsel om de invloed van cognitie op het dagelijks handelen in kaart te brengen in de diagnostische fase?

Aanbevelingen

- Overweeg om de [Cognitive Complaints – Participation](#) (CoCo-P) in te zetten om inzicht te krijgen in de klachten die de persoon met hersenletsel of zijn naaste(n)/mantelzorger ervaart tijdens **activiteiten en participatie**.
- Gebruik een observatie van een (betekenisvolle) dagelijkse activiteit om **cognitieve vaardigheden** in kaart te brengen bij personen met hersenletsel. Gebruik, zo mogelijk, een van de onderstaande gestandaardiseerde meetinstrumenten:
 - Gebruik de [Assessment of Motor and Process Skills](#) (AMPS) om valide en betrouwbaar een uitspraak te doen over de mate van fysieke inspanning, efficiëntie, veiligheid en zelfstandigheid op basis van (de score op) procesvaardigheden en motorische vaardigheden van de persoon met hersenletsel binnen het handelen.
 - Gebruikt het [Perceive, Recall, Plan and Perform Systeem van taakanalyse](#) (PRPP) systeem om het betekenisvol handelen van een persoon met hersenletsel met problemen in de informatieverwerking vast te leggen op zowel het niveau van beheersing van de geobserveerde activiteit als de sterktes en zwaktes in de items van informatieverwerking.
 - Overweeg de [Árnadóttir Occupational therapy ADL Neurobehavioral Evaluation](#) (A-ONE) om valide de ADL-zelfstandigheid en beïnvloedende gedragsneurologische stoornissen vast te stellen bij personen met hersenletsel en een lage belastbaarheid die problemen in de primaire zelfzorgactiviteiten ervaren.
 - Overweeg de Allen Cognitive Level Screen (ACLS) in combinatie met twee observaties van betekenisvolle activiteiten om het niveau van cognitief functioneren te bepalen en de daaraan gekoppelde zorgadviezen aan professionals en naasten te kunnen verstrekken.
- Overweeg om de Weekly Calendar Planning Activity (WCPA) in te zetten bij personen met hersenletsel om een indruk te krijgen van het **executieve functioneren binnen complexe, cognitieve, instrumentele activiteiten van het dagelijks leven** (IADL).
- Gebruik de [Montreal Cognitive Assessment](#) (MoCA) om te screenen op de aanwezigheid van cognitieve stoornissen bij personen met hersenletsel. Zorg voor juiste afstemming over welke discipline het meetinstrument inzet binnen interdisciplinaire werkplekken.
- Gebruik de [Checklijst cognitie en emotionele consequenties](#) (CLCE-24) voor het inventariseren van **cognitieve klachten** die door de persoon met hersenletsel en/of naasten worden aangegeven. Het instrument kan gebruikt worden ter ondersteuning van het vraagverhelderende gesprek.
- Gebruik de Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire (RPQ) voor het inventariseren van **cognitieve klachten** die door de persoon met licht traumatisch hersenletsel en/of naasten worden aangegeven.
- Overweeg om de [Multi-Modal Evaluation of Sensory Sensitivity](#) (MESSY) af te nemen om de **gevoeligheid voor verschillende sensorische prikkels** in kaart te brengen.

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Tabel 6.1 | Schematische weergave van beschreven meetinstrumenten om te screenen op visuele problematiek op basis van uitgewerkte stappen. S: screeningsinstrument; D: diagnostisch instrument; P: prognostisch instrument; E: evaluatief instrument

Meetinstrument	S	D	P	E	Wat je meet	Hanteerbaarheid/ gebruiksgemak	Afnameduur	Scholing vereist	Waar te vinden
Cognitive Complaints – Participation (CoCo-P)		X		X	Cognitief functioneren in dagelijks leven	Goed	45-60 minuten	Nee	Gratis te downloaden via https://smartneurolab.nl/products/questionnaires/
Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)		X		X	Functioneren in dagelijkse activiteiten	Matig	2-4 uur	Ja	Verkrijgbaar na het succesvol afronden van een scholing
Árnadóttir Occupational Therapy ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE)		X		X	Functioneren in dagelijkse activiteiten en onderliggende gedragsneurologische stoornissen Visuele informatieverwerking	Matig	Afhankelijk van activiteit die wordt gekozen	Ja	Inzetbaar na het succesvol afronden van een scholing
Perceive, Recall, Plan and Perform System of task analyses (PRPP)		X		X	Functioneren in dagelijkse activiteiten	Matig	1-2 uur	Ja	Verkrijgbaar na het succesvol afronden van de scholing
Allen Cognitive Level Screen (ACLS)		X			Cognitief functioneringsniveau	Redelijk	20-30 minuten	Nee	Verkrijgbaar tegen betaling via particuliere websites
Weekly Calendar Planning Activity (WCPA)		X		X	Executieve functies	Goed	10-40 minuten	Nee	Verkrijgbaar tegen betaling
Checklijst cognitie en emotionele consequenties (CLCE-24)		X			Subjectieve cognitieve klachten	Goed	10 minuten	Nee	Gratis verkrijgbaar via www.hersenletsellimburg.nl
Rivermead Post-Concussion Syndrome Questionnaire (RPQ)		X			Post-hersenschuddings-symptomen	Goed	5-10 minuten	Nee	Gratis te downloaden vanaf verschillende websites
Multi-Modal Evaluation of Sensory Sensitivity (MESSY)		X			Gevoeligheid voor prikkels	Goed	Onduidelijk	Nee	Kan gratis opgevraagd worden via www.neuropsychologylab.be/messy
Montreal Cognitive Assessment (MoCA)		X			Cognitieve achteruitgang	Goed	10 minuten	Nee	Gratis verkrijgbaar via www.meetinstrumentenindezorg.nl

Conclusie en rationale van de aanbeveling

De beschreven meetinstrumenten om cognitie in kaart te brengen zijn schematisch weergegeven in tabel 6.1.

Participatie

Een ergotherapeut benadert de persoon met hersenletsel vanuit een holistische visie en beredeneert vanuit dit perspectief wat betekenisvolle activiteiten zijn. Naast een semigestructureerd interview is de werkgroep van mening dat de Coco-P een toevoeging kan zijn bij het in kaart brengen van **cognitief functioneren** op participatie- en activiteitsniveau. Het meetinstrument is goed hanteerbaar en vrij verkrijgbaar. De klinimetrische eigenschappen zijn bevestigd. De werkgroep heeft ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren, met name omdat het een waardevolle toevoeging kan zijn, maar niet noodzakelijk is. Een observatie kan ook voldoende informatie geven.

Activiteiten

De keuze voor het meetinstrument om **cognitieve vaardigheden** bij personen met hersenletsel in kaart te brengen hangt af de cognitieve mogelijkheden van de persoon met hersenletsel, het doel van de observatie en de werksetting. De AMPS, PRPP en A-ONE hebben ieder hun eigen accent bij het in kaart brengen van cognitieve vaardigheden en zijn niet direct vergelijkbaar met elkaar. De AMPS is een valide en betrouwbaar meetinstrument om de zelfstandigheid, efficiëntie en veiligheid in het handelen te onderzoeken bij personen met hersenletsel. De PRPP is een redeneermodel dat de ergotherapeut ondersteunt bij het vastleggen van problemen in het proces van informatieverwerking binnen het betekenisvol handelen, zowel op het niveau van beheersing van de geobserveerde activiteit als de sterktes en zwaktes binnen de items van informatieverwerking. De A-ONE is geschikt om de ADL-zelfstandigheid en beïnvloedende gedragsneurologische stoornissen vast te stellen bij problemen in de primaire zelfzorgactiviteiten. De AMPS en A-ONE gaan uit van gestandaardiseerde taken, waardoor de methodologische kwaliteit hoog is. Daarnaast kunnen uitspraken gedaan worden op basis van normscores. Aan de andere kant geeft dit beperkingen voor de keuze van de te observeren taak. Aangezien ergotherapeuten niet meer geschoold kunnen worden in het gebruik van de A-ONE wordt deze enkel aanbevolen voor reeds geschoolde ergotherapeuten. De scores van de AMPS geven een indicatie van leerbaarheid en trainbaarheid.

Naast de AMPS, A-ONE en PRPP zijn er ook meetinstrumenten die deelaspecten in kaart brengen. De ACLS kan aanvullend op de observatie van het dagelijks handelen (bij voorkeur door middel van een instrument zoals eerder genoemd) gedaan worden om het niveau van cognitief functioneren te bepalen. Op basis daarvan kunnen een passende gezamenlijke benaderingswijze en interventies bepaald worden.

De WCPA kan ingezet worden bij personen met hersenletsel die problemen ervaren bij niet-routinematige activiteiten en/of complexere activiteiten. Hoewel er geen onderzoek is gevonden over de WCPA bij personen met hersenletsel, is de werkgroep van mening dat de WCPA gebruikt kan worden voor het in kaart brengen van executieve vaardigheden. Het geeft ergotherapeuten de mogelijkheid om subtiele problemen in cognitie te identificeren die personen met hersenletsel ervaren bij cognitief veeleisende activiteiten en te screenen op personen die mogelijk risico lopen op problemen bij beroeps- of schoolprestaties. Vanwege het geringe bewijs en overtuigende practice-based overwegingen is ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren.

Afhankelijk van het ziektebeeld en de fase van herstel van de persoon met hersenletsel kan ervoor gekozen worden om wel of geen gestructureerde vragenlijst te gebruiken voor het in kaart brengen van **cognitieve klachten**. In sommige gevallen zal er bewust gekozen worden om geen vragenlijst in te zetten in verband met het nocebo-effect. De werkgroep is van mening dat de ergotherapeut per persoon met hersenletsel een bewuste keuze moet maken voor het wel/niet inzetten van vragenlijsten om de cognitieve klachten in kaart te brengen. Als de ergotherapeut besluit de cognitieve klachten uitgebreid in kaart te brengen door middel van een vragenlijst, dan wordt de CLCE-

24 aanbevolen. Een mogelijk instrument voor (vroeg) identificatie om post-hersenschuddingsymptomen te begeleiden is de RPQ. Een mogelijk instrument om de gevoeligheid voor verschillende sensorische prikkels in kaart te brengen is de MESSY. Bij de groep personen met hersenletsel die cognitieve klachten rapporteren zonder dat er cognitieve stoornissen zijn vastgesteld, moet men zich bewust zijn van het nocebo-effect bij afname van vragenlijsten (zie ook [module 3.1 'Balans in het dagelijks handelen in kaart brengen'](#)).

Functies en anatomische eigenschappen

Om een indruk te krijgen van het cognitief functioneren op de verschillende cognitieve domeinen bij personen met hersenletsel kan de ergotherapeut met de MoCA een snelle screening doen. Op basis van deze screening kan geen diagnose gesteld worden. Binnen een interdisciplinaire setting dienen hierover afspraken gemaakt te worden. De MoCA is goed hanteerbaar en de klinimetrische kwaliteit is goed bevonden, daarom is ervoor gekozen om een sterke aanbeveling te formuleren.

Module 6.2

Interventies gericht op cognitie om het dagelijks handelen te bevorderen

Uitgangsvraag

Welke interventies op het gebied van cognitie zijn effectief om het dagelijks handelen van de persoon met hersenletsel te bevorderen?

Aanbevelingen

- Zorg voor een persoonsgerichte aanpak bij personen met hersenletsel en cognitieve problematiek. Bij de keuze voor een interventie is het belangrijk om aandacht te hebben voor een aantal zaken:
 - Houd rekening met het levensverhaal van de persoon met hersenletsel, de diagnose, de fase van herstel, de ernst van cognitieve problemen en persoons- en omgevingsfactoren.
 - Zorg dat de interventie aansluit bij de cognitieve mogelijkheden van de persoon met hersenletsel.
 - Zorg dat de interventie aansluit bij het inzicht van de persoon met hersenletsel en diens naaste (n) in de gevolgen van het hersenletsel.
 - Bied een cognitief revalidatieprogramma aan waarin het aanleren van cognitieve strategieën en/of het trainen van cognitieve vaardigheden gekoppeld is aan het trainen van betekenisvolle activiteiten.
 - Overweeg de [Richtlijn Neuropsychologische Revalidatie](#) te gebruiken ter ondersteuning van de keuze voor een passende interventie.
- Geef voorlichting aan de persoon met hersenletsel en diens naaste(n) over de ervaren cognitieve problemen en overprikkeling. Stem, indien mogelijk, de voorlichting af met betrokken professionals, zodat de persoon met hersenletsel zoveel mogelijk eenduidige informatie ontvangt. Raadpleeg [module 8.2 'Interventies gericht op bevorderen van de balans in het dagelijks handelen bij naasten'](#) voor meer informatie over naasten.
- Behandel cognitieve problemen bij voorkeur interdisciplinair.
- Overweeg een van onderstaande interventies in te zetten:
 - **Foutloos leren** bij personen met hersenletsel, geheugenproblemen en een verminderd ziekte-inzicht.
 - **PRPP-interventie** bij personen met hersenletsel en problemen in de informatieverwerking die via strategietraining het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten willen verbeteren.
 - **CO-OP** bij personen met hersenletsel die willen leren problemen in het handelen zelf op te lossen en voldoende executieve vaardigheden hebben om via 'begeleid ontdekken' hun handelen te verbeteren.
 - **Niet Rennen Maar Plannen** modules bij personen met milde cognitieve stoornissen.
 - Oorzaken hersenletsel en mogelijke gevolgen
 - Informatieverwerking de baas
 - Beter onthouden, dan vergeten
 - Grip op planning
 - **Inzet van technologie, hulpmiddelen en aanpassingen** om het cognitief functioneren en beperkingen als gevolg hiervan te compenseren, te verminderen of zelfs op te heffen.
- Overweeg om te verwijzen naar of te overleggen met een ergotherapeut met expertise op het gebied van cognitie.

Apraxie

- Bied strategietraining aan volgens de [Ergotherapierichtlijn voor diagnostiek en behandeling van apraxie bij CVA-cliënten \(2003\)](#) bij personen met problemen in het handelen als gevolg van een apraxie.

Neglect

- Overweeg om visuele scantraining in combinatie met het oefenen van betekenisvolle activiteiten in te zetten bij personen met hersenletsel met een ruimtelijk neglect. Deze training kan aangevuld worden met mental practice of videofeedback voorafgaand aan de uitvoering van de activiteit. Het gebruik van een prismabril tijdens het oefenen van betekenisvolle activiteiten is een alternatieve mogelijkheid voor training.

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Conclusies op basis van de literatuur

Onderstaand worden de conclusies uit het systematische literatuuronderzoek beschreven. Geëxtraheerde data met betrekking tot effectgrootte en bewijskracht worden objectief samengevat. De conclusies zijn onderverdeeld in vier categorieën: cognitieve stoornissen, neglect, apraxie en geen specifieke cognitieve stoornissen. Neglect en apraxie vallen ook onder cognitieve stoornissen, maar zijn apart genomen in de conclusies vanwege de specifieke karakteristieken en uitkomsten uit de literatuur.

Cognitieve stoornissen

Eén systematische review (SR) van hoge kwaliteit (op basis van AMSTAR 2) onderzocht ergotherapeutische interventies bij personen met cognitieve stoornissen na een CVA ten opzichte van actieve of passieve controle-interventies (Gibson, 2022).

Vergeleken met een alternatieve behandeling of geen actieve behandeling:

- lijkt ergotherapie bij personen met cognitieve stoornissen na een CVA niet te leiden tot een klinisch relevante verbetering in het uitvoeren van basale algemene dagelijkse levensverrichtingen (BADL) direct na de interventie (6 RCT's; GRADE: laag), na 3 maanden en 6 maanden (2 RCT's; GRADE: laag);
- is de evidence zeer onzeker over een effect van ergotherapie op het uitvoeren van instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen (IADL) door personen met cognitieve stoornissen na een CVA (2 RCT's; GRADE: zeer laag);
- is de evidence zeer onzeker over een effect van ergotherapie op het uitvoeren van overige (I)ADL (details meetinstrument onduidelijk) door personen met cognitieve stoornissen na een CVA (3 RCT's; GRADE: zeer laag);
- lijkt ergotherapie bij personen met cognitieve stoornissen na een CVA niet te leiden tot een verbetering in integratie en participatie (2 RCT's; GRADE: laag).

Een andere SR van hoge kwaliteit (op basis van AMSTAR 2) onderzocht cognitieve revalidatie bij personen met traumatisch hersenletsel (Kumar, 2017). Op basis hiervan kan het volgende worden geconcludeerd:

Vergeleken met geen behandeling:

- lijkt een cognitief revalidatieprogramma na 4 weken niet te leiden tot betere participatie in de vorm van integratie in de gemeenschap (1 RCT; GRADE: zeer laag);
- waren er geen studies waarin cognitieve revalidatie werd vergeleken met geen behandeling met betrekking tot de uitkomst ADL.

Vergeleken met standaardzorg:

- lijkt een cognitief revalidatieprogramma na 4 weken niet te leiden tot een verschil in effect met betrekking tot het uitvoeren van ADL, maar de evidence is zeer onzeker (2 RCT's; GRADE: zeer laag);

- lijkt een cognitief revalidatieprogramma na 6 maanden niet te leiden tot betere participatie in de vorm van integratie in de in de gemeenschap (3 RCT's; GRADE: laag).

Bij vergelijken van twee ergotherapeutische interventies:

- lijkt een cognitief-didactische aanpak ten opzichte van een functioneel ervaringsgerichte aanpak niet te leiden tot een verbetering in ADL met betrekking tot onafhankelijk wonen (1 RCT; GRADE: laag);
- waren er geen studies die twee cognitieve revalidatiestrategieën vergeleken met betrekking tot de uitkomst participatie.

Acht primaire studies onderzochten het effect van een ergotherapeutische interventie bij personen met cognitieve stoornissen bij niet-aangeboren hersenletsel (Bertens, 2015; De Joode, 2013; De Luca, 2014; Evans, 2009; Fleming, 2022; Ishida, 2023; Kim, 2021; Spikman, 2010).

Vergeleken met een andere therapie zonder cognitieve revalidatie of een wachtlijst:

- is de evidence zeer onzeker over een effect van cognitieve revalidatie op het uitvoeren van ADL door personen met niet-aangeboren hersenletsel en cognitieve stoornissen (2 RCT's; GRADE: zeer laag) (De Luca, 2014; Ishida, 2023);
- is de evidence zeer onzeker over een effect van cognitieve revalidatie op het uitvoeren van IADL door personen met niet-aangeboren hersenletsel en cognitieve stoornissen (1 RCT; GRADE: zeer laag) (De Luca, 2014);
- lijkt cognitieve revalidatie bij personen met niet-aangeboren hersenletsel en cognitieve stoornissen niet te leiden tot een verbetering in het uitvoeren van geheugenspecifieke ADL (2 RCT's; GRADE: laag) (Fleming, 2022; Ishida, 2023);
- is de evidence zeer onzeker over een effect van cognitieve revalidatie op het uitvoeren van dubbeltaken door personen met niet-aangeboren hersenletsel en cognitieve stoornissen (1 RCT; GRADE: zeer laag) (Evans, 2009);
- lijkt cognitieve revalidatie bij personen met niet-aangeboren hersenletsel en cognitieve stoornissen niet te leiden tot een verbetering in participatie (2 RCT's; GRADE: laag) (Fleming, 2022; Ishida, 2023).

Bij vergelijken van twee actieve cognitieve revalidatie interventies:

- lijkt goal management training met foutloos leren ten opzichte van goal management training met een trial-and-error-aanpak te leiden tot een verbetering in het uitvoeren van ADL door personen met niet-aangeboren hersenletsel en cognitieve stoornissen (1 RCT; GRADE: laag) (Bertens, 2015);
- is de evidence zeer onzeker over een effect van cognitieve revalidatie via de computer ten opzichte van cognitieve revalidatie door een ergotherapeut op het uitvoeren van ADL bij personen met niet-aangeboren hersenletsel en cognitieve stoornissen (1 RCT; GRADE: zeer laag) (Kim, 2021);
- is de evidence zeer onzeker over een effect van een zakcomputer (personal digital assistant, PDA) met Planning and Execution Assistant and Trainer (PEAT) software ten opzichte van het aanleren van vaardigheden om geheugen, planning en organisatie te ondersteunen op de gebruikelijke manier (pen en papier) op het uitvoeren van IADL bij personen met niet-aangeboren hersenletsel en cognitieve stoornissen (1 RCT; GRADE: zeer laag) (De Joode 2013);
- is de evidence zeer onzeker over een effect van compensatoire strategietraining met een metacognitieve vaardighedencomponent ten opzichte van compensatoire strategietraining zonder metacognitieve vaardighedencomponent op het uitvoeren van geheugenspecifieke ADL (1 RCT; GRADE: zeer laag) en lijkt er geen verschil in effect te zijn tussen deze twee interventies op participatie van personen met niet-aangeboren hersenletsel en cognitieve stoornissen (1 RCT; GRADE: laag) (Fleming, 2022);
- lijkt een veelzijdige behandeling van executieve disfunctie (Multifaceted Treatment of Executive Dysfunction) ten opzichte van een individueel cognitief trainingsprogramma via de computer (Cogpack) te leiden tot betere (sociale) participatie van personen met niet-aangeboren hersenletsel en cognitieve stoornissen (1 RCT; GRADE: laag) (Spikman, 2010).

Neglect

Eén SR van redelijke kwaliteit (op basis van AMSTAR 2) vergeleek niet-medicamenteuze revalidatie met een alternatieve behandeling of geen behandeling voor personen met niet-progressief niet-aangeboren hersenletsel en neglect (Longley, 2022).

Vergeleken met een alternatieve behandeling of geen behandeling:

- is de evidence zeer onzeker over een effect van visuele interventies op het uitvoeren van ADL door personen met niet-aangeboren hersenletsel en neglect, zowel direct na de interventie (3 RCT's; GRADE: zeer laag), als ten minste 1 maand na de interventie (2 RCT's; GRADE: zeer laag);
- is de evidence zeer onzeker over een effect van prisma-adaptatietraining op het uitvoeren van ADL door personen met niet-aangeboren hersenletsel en neglect, zowel direct na de interventie (5 RCT's; GRADE: zeer laag), als ten minste 1 maand na de interventie (2 RCT's; GRADE: zeer laag);
- is de evidence zeer onzeker over een effect van lichaamsbewustzijnstraining op het uitvoeren van ADL door personen met niet-aangeboren hersenletsel en neglect, direct na de interventie (7 RCT's; GRADE: zeer laag). Na ten minste 1 maand na een lichaamsbewustzijnstraining lijkt er enig effect te zijn op het uitvoeren van ADL, maar de evidence is zeer onzeker (5 RCT's; GRADE: zeer laag);
- is de evidence zeer onzeker over een effect van training gericht op mentale functies op het uitvoeren van ADL door personen met niet-aangeboren hersenletsel en neglect direct na de interventie (1 RCT; GRADE: zeer laag);
- lijkt er enig effect te zijn van bewegingsinterventies op het uitvoeren van ADL door personen met niet-aangeboren hersenletsel en neglect direct na de interventie, maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag).

De uitkomst participatie werd in deze review niet onderzocht.

Apraxie

Eén SR van redelijke kwaliteit (op basis van AMSTAR 2) vergeleek ergotherapie en/of fysiotherapie met educatie of een andere behandeling voor apraxie na een CVA (Ji, 2022) en concludeerde het volgende:

Gebarentraining ('gesture training') of strategietraining met ergotherapie bij personen met apraxie na een CVA lijkt een positief effect te hebben op het uitvoeren van ADL vergeleken met educatie of alleen ergotherapie (4 RCT's; GRADE: laag).

De uitkomst participatie werd in deze review niet onderzocht.

Geen specifieke cognitieve stoornissen

Eén SR van redelijke kwaliteit (op basis van AMSTAR 2) includeerde onderzoeken naar het effect van hulpmiddelen (zoals een wandelstok of rolstoel, badhulpmiddelen, een computer of personal digital assistant) op het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten door personen met niet-aangeboren hersenletsel (traumatisch hersenletsel of CVA) (Nam, 2018). Het hebben van cognitieve klachten was geen inclusie criterium voor deze review.

Op basis van de gevonden evidence kan het volgende worden geconcludeerd:

Bij personen met niet-aangeboren hersenletsel lijken hulpmiddelen een positief effect te hebben op het uitvoeren van ADL in vergelijking met (ergotherapeutische of fysiotherapeutische) zorg zonder hulpmiddel of geen interventie, maar de evidence is zeer onzeker (6 RCT's; GRADE: zeer laag)

De uitkomst participatie werd in deze review niet onderzocht.

Discussie

Bij de interpretatie van de resultaten van deze evidence synthese is het belangrijk om de volgende punten mee te nemen in de overweging.

Er is uitgegaan van informatie zoals gepresenteerd in de SR's en de publicaties van de hierin geïncludeerde studies zijn niet bekeken.

In de SR van Gibson et al. worden alle controlegroepen gecombineerd in de analyses; er is geen onderscheid gemaakt tussen actieve of passieve controlegroepen (Gibson, 2022). Dit zou het effect mogelijk verdund kunnen hebben. In bijlage 6.4 is met voetnoten aangegeven welke specifieke vergelijkingen er werden onderzocht in de studies die in de meta-analyses werden opgenomen.

De SR van Nam et al. hanteert 'cognitieve stoornissen' niet als inclusiecriteria en sluit daarmee minder goed aan bij de PICO voor deze uitgangsvraag (Nam, 2018). De review-auteurs includeerden studies bij personen met verworven hersenletsel waarbij een hulpmiddel de interventie is. De interventies waren niet specifiek gericht op verbeteren van cognitief functioneren. Naast ADL werd cognitief functioneren als uitkomstmaat meegenomen.

De SR van Kumar et al. werd ook uitgewerkt voor de deelvraag over arbeidsparticipatie. De gepresenteerde resultaten voor de uitkomst ADL zijn voor beide deelvragen gelijk, maar voor de uitkomst participatie niet (sociale participatie/integratie voor de huidige deelvraag over cognitie vs. werk-gerelateerde participatie voor de deelvraag over arbeidsparticipatie).

Rationale van de aanbeveling

Vanuit het systematisch literatuuronderzoek is onzekere evidentie gevonden met betrekking tot ergotherapeutische interventies gericht op cognitieve problematiek bij personen met hersenletsel. In de Ergotherapierichtlijn CVA (2013) wordt het belang van ergotherapeutische interventies gericht op cognitie wel beschreven. In de literatuur die sinds 2013 is gepubliceerd wordt voor het effect van ergotherapeutische interventies op het verbeteren van cognitieve functies met name een geringe mate van bewijs gevonden van lage kwaliteit. Het bewijs is dus zeer onzeker. Dit kan deels verklaard worden door de gehanteerde brede zoekactie en deels doordat er nog weinig onderzoek is uitgevoerd naar specifieke ergotherapeutische interventies gericht op het trainen van cognitieve functies aan personen met hersenletsel.

Ondanks het lage niveau van bewijs is de werkgroep van mening dat het trainen van cognitieve functies wel van belang is. In de praktijk worden diverse interventies met succes ingezet door ergotherapeuten. In deze module wordt een aantal interventies beschreven. De werkgroep is zich ervan bewust dat mogelijk niet alle interventies rondom cognitie beschreven zijn. De inbreng van aanvullende literatuur en overwegingen berusten met name op de inbreng van geraadpleegde experts en de expertise van de werkgroep.

In alle situaties

De keuze voor een interventie hangt van meerdere factoren af. Ten eerste is het belangrijk dat de ergotherapeut het cognitief functioneren in kaart brengt, zie [module 6.1 'Cognitie in kaart brengen'](#). Daarnaast is contact met een (betrokken) psycholoog wenselijk voor afstemming over de uitkomsten van een NPO. Afhankelijk van de diagnose, de fase na hersenletsel, de mate van inzicht van de persoon met hersenletsel en de persoonsfactoren kan er gericht voor een interventie worden gekozen. Met persoonsfactoren worden onder andere waarden, normen, copingstijl, motivatie en vertrouwen bedoeld. Er zijn interventies die in alle situaties toegepast kunnen worden. Deze worden eerst beschreven. Daarna worden interventies beschreven die gericht zijn op cognitieve klachten, cognitieve functies, cognitieve vaardigheden en participatie en cognitieve revalidatie.

De werkgroep is van mening dat voorlichting geven ingezet moet worden bij cognitieve problemen in iedere fase van herstel na hersenletsel. Dit is een laagdrempelige interventie die door elke ergotherapeut in elke setting toegepast kan worden. Daarnaast geven ervaringsdeskundigen aan dat zij behoefte hebben aan informatie en graag mee worden genomen in de overwegingen voor een interventie. Door voorlichting te geven over cognitieve

gevolgen wordt de persoon met hersenletsel meer betrokken bij het proces en wordt er samengewerkt volgens het Samen Beslissen model. De werkgroep is van mening dat bij het kiezen van de juiste interventie de mate van inzicht meegenomen moet worden in de overweging.

De werkgroep oordeelt dat cognitieve problemen interdisciplinair behandeld moeten worden. De multidisciplinaire richtlijn 'Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel' vat de bewijsvoering samen voor cognitieve revalidatieprogramma's gericht op mentale traagheid, vermoeidheid, geheugen-, concentratie- en planningsproblemen (Consortium Cognitieve Revalidatie, 2007). Het gaat om interventies die bedoeld zijn voor mensen met aandacht- en/of geheugenproblemen en mensen met een verminderde capaciteit van informatieverwerking. Deze interventies zijn door ergotherapeuten aan te bieden. Voor meer informatie wordt verwezen naar de betreffende richtlijn. Voor ergotherapeuten is de cursus 'Cognitieve Revalidatie voor Ergotherapeuten' ontwikkeld. In deze cursus wordt ingegaan op het klinisch redeneren proces omtrent type hersenletsel, de fase na hersenletsel en de mogelijkheden voor interventies voor herstelgerichte training voor cognitieve functies, foutloos leren en strategietraining. Ergotherapeuten leren hoe deze trainingen op te stellen en uit te voeren.

Afhankelijk van de situatie

In de ergotherapiebehandeling wordt ernaar gestreefd om, passend binnen het cognitief vermogen van de persoon met hersenletsel, te zorgen dat de persoon diens dagelijkse handelingen zo zelfstandig mogelijk kan uitvoeren. De interventie richt zich dus zowel op cognitieve vaardigheden als participatie. De werkgroep heeft ervoor gekozen om de volgende interventies aan te bevelen: foutloos leren, compensatietraining (neglect, apraxierichtlijn) en strategietraining (PRPP – CO-OP). Omdat deze aanbevelingen berusten op practice-based overwegingen zijn er zwakke aanbevelingen geformuleerd.

Foutloos leren is een interventie waarbij direct en taakspecifiek getraind wordt. Door het inslijpen van activiteiten wordt de zelfstandigheid van de persoon met hersenletsel vergroot.

De PRPP-interventie, als vervolg op het PRPP-assessment, is heel specifiek gericht op het (weer) inzetten van de cognitie die nodig is om het handelen te verbeteren. De werkgroep vindt deze interventie zeer passend en bruikbaar voor de behandeling van personen met hersenletsel. De resultaten van de studie van Nott (Nott et al., 2008) geven een eerste bewijs voor de directe effectiviteit van de PRPP-interventie tijdens het dagelijks handelen van cliënten na traumatisch hersenletsel in de subacute fase. Cliënten lieten zelfs in de post-traumatische amnesie fase zien dat de mate van informatieverwerking tijdens het uitvoeren van eenvoudige persoonlijke hygiëne-activiteiten verbeterde. De PRPP-interventie verklaart 68-92% van de variatie in informatieverwerkingsmogelijkheden bij de cliënten in deze studie (Nott et al., 2008). Het geven van systematische instructie op basis van non-verbale signalen (zonder bijvoorbeeld inhoudelijk te zeggen wat er moet gebeuren) is effectief gebleken bij cliënten met traumatisch hersenletsel (Fish et al., 2007). Er zijn geen recente onderzoeksresultaten bekend over de effectiviteit van de PRPP-interventie bij personen met hersenletsel. Daardoor is de aanbeveling gebaseerd op oude bronnen en recente practise-based ervaring van experts.

De CO-OP is een doelgerichte en cliëntgerichte benadering die taakspecifiek ingezet wordt door gebruik te maken van cognitieve strategieën bij het oplossen van handelingsproblemen. Door het taakspecifieke karakter van deze training en het inzetten van cognitieve strategieën door de persoon met hersenletsel, beschouwt de werkgroep dit als een waardevolle interventie. Omdat er nog geen onderzoek gedaan is naar het effect van CO-OP bij personen met hersenletsel, is deze aanbeveling gebaseerd op de practise-based ervaring van de experts die betrokken zijn. Bij personen met hersenletsel bij wie milde tot matige cognitieve stoornissen aanwezig zijn kan NRMP ingezet worden. Bij personen met hersenletsel met ernstige cognitieve problemen en vermoeidheid richt de ergotherapeut zich op het instrueren van de naasten en aanpassing van de omgeving. De werkgroep is zich ervan bewust dat de 'Ergotherapierichtlijn voor diagnostiek en behandeling van apraxie bij CVA-cliënten' (Stehmann-Saris et al., 2003) gedateerd is. Desondanks wordt deze nog in de dagelijkse praktijk gebruikt en aanbevolen door Ergotherapie Nederland. Er is geen nieuw onderzoek gedaan met recente inzichten. De genoemde apraxierichtlijn (Stehmann-

Saris et al., 2003), CO-OP (Miller et al., 2001) en de PRPP-interventie (Chapparo & Ranka, 2007) zijn specifieke ergotherapeutische interventies die gericht zijn op strategietraining. De werkgroep vindt de aanbevelingen uit de apraxierichtlijn nog steeds relevant, daarom is ervoor gekozen om een aanbeveling te formuleren waarin wordt doorverwezen naar de Ergotherapierichtlijn voor diagnostiek en behandeling van apraxie bij CVA-cliënten.

Neglect

Het gebruik van een prismabril tijdens het oefenen van betekenisvolle activiteiten is een alternatieve mogelijkheid voor training. De voorkeur gaat uit naar strategietraining volgens de principes van visuele scanning vanwege het mogelijke generaliserende effect naar het dagelijks handelen.

Cognitieve klachten

Bij sommige aandoeningen, zoals aanhoudende klachten na licht traumatisch hoofd-/hersenletsel (voorheen ook wel Post-Commotioneel Syndroom, PCS genoemd), is er vooral sprake van cognitieve klachten zonder aantoonbaar hersenletsel. Zie module 6.1 'Cognitie in kaart brengen' voor de omschrijving van cognitieve klachten en ook de richtlijn Aanhoudende klachten na Licht Traumatisch Hoofd/Hersenletsel (Federatie Medisch Specialisten, 2024). Voor het behandelen van cognitieve klachten zijn veelal andere behandelmethoden aanbevolen dan voor het behandelen van cognitieve stoornissen. De behandelmethode van cognitieve klachten richt zich niet op cognitieve functies, maar op herstelbelemmerende en herstelbevorderende factoren. Factoren zoals stemming, stress en persoonskenmerken zijn van invloed op de ervaren cognitieve klachten en kunnen bijdragen aan aanhoudende klachten (Baars-Elsinga A, van Heugten C., Jonkers S., Strikwerda T., & Visser-Meily A., 2023). Voor het goed vormgeven van de ergotherapeutische behandeling bij cognitieve klachten is het van belang dat de ergotherapeut zich bewust is van deze herstelbelemmerende factoren, omdat die van invloed zijn op de ergotherapeutische behandeling en mogelijk een andere interdisciplinaire aanpak vraagt. Het geven van voorlichting aan de persoon met hersenletsel en diens naaste(n) over aanhoudende klachten na licht traumatisch hoofd-/hersenletsel wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor herstel. De meer specifieke behandeling van cognitieve klachten valt buiten de scope van deze module.

Bronnen

Systematisch literatuuronderzoek

- Bertens, D., Kessels, R. P., Fiorenzato, E., Boelen, D. H., & Fasotti, L. (2015). Do Old Errors Always Lead to New Truths? A Randomized Controlled Trial of Errorless Goal Management Training in Brain-Injured Patients. *J Int Neuropsychol Soc*, 21(8), 639-649. <https://doi.org/10.1017/s1355617715000764>
- De Jooode, E. A., Van Heugten, C. M., Verhey, F. R., & Van Boxtel, M. P. (2013). Effectiveness of an electronic cognitive aid in patients with acquired brain injury: a multicentre randomised parallel-group study. *Neuropsychol Rehabil*, 23(1), 133-156. <https://doi.org/10.1080/09602011.2012.726632>
- De Luca, R., Calabrò, R. S., Gervasi, G., De Salvo, S., Bonanno, L., Corallo, F., De Cola, M. C., & Bramanti, P. (2014). Is computer-assisted training effective in improving rehabilitative outcomes after brain injury? A case-control hospital-based study. *Disabil Health J*, 7(3), 356-360. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.04.003>
- Evans, J. J., Greenfield, E., Wilson, B. A., & Bateman, A. (2009). Walking and talking therapy: improving cognitive-motor dual-tasking in neurological illness. *J Int Neuropsychol Soc*, 15(1), 112-120. <https://doi.org/10.1017/s1355617708090152>
- Fleming, J., Ownsworth, T., Doig, E., Hogan, C., Hamilton, C., Swan, S., Griffin, J., Kendall, M., & Shum, D. (2022). Efficacy of Prospective Memory Rehabilitation Plus Metacognitive Skills Training for Adults With Traumatic Brain Injury: A Randomized Controlled Trial. *Neurorehabil Neural Repair*, 36(8), 487-499. <https://doi.org/10.1177/15459683221110886>
- Gibson, E., Koh, C. L., Eames, S., Bennett, S., Scott, A. M., & Hoffmann, T. C. (2022). Occupational

- therapy for cognitive impairment in stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3), Cd006430. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006430.pub3>
- Ishida, J., Murai, T., Ueda, K., Furukawa, T. A., & Tanemura, R. (2023). Utility of a novel tablet computer software for memory impairment in participants with brain injuries: A randomized control trial. *Neuropsychol Rehabil*, 33(1), 85-102. <https://doi.org/10.1080/09602011.2021.1987276>
 - Ji, E. K., & Kwon, J. S. (2022). Effects of limb apraxia intervention in patients with stroke: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 32(2), 106921. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2022.106921>
 - Kim, H. S., Lim, K. B., Yoo, J., Kim, Y. W., Lee, S. W., Son, S., Kim, C., & Kim, J. (2021). The efficacy of computerized cognitive rehabilitation in improving attention and executive functions in acquired brain injury patients, in acute and postacute phase. *Eur J Phys Rehabil Med*, 57(4), 551-559. <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.21.06497-2>
 - Kumar, K. S., Samuelkamaleshkumar, S., Viswanathan, A., & Macaden, A. S. (2017). Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007935.pub2>
 - Longley, V., Hazelton, C., Heal, C., Pollock, A., Woodward-Nutt, K., Mitchell, C., Pobric, G., Vail, A., & Bowen, A. (2021). Non-pharmacological interventions for spatial neglect or inattention following stroke and other non-progressive brain injury. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7), Cd003586. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003586.pub4>
 - Nam, J. H., & Kim, H. (2018). How assistive devices affect activities of daily living and cognitive functions of people with brain injury: a meta-analysis. *Disabil Rehabil Assist Technol*, 13(3), 305-311. <https://doi.org/10.1080/17483107.2017.1358304>
 - Spikman, J. M., Boelen, D. H., Lamberts, K. F., Brouwer, W. H., & Fasotti, L. (2010). Effects of a multifaceted treatment program for executive dysfunction after acquired brain injury on indications of executive functioning in daily life. *J Int Neuropsychol Soc*, 16(1), 118-129. <https://doi.org/10.1017/s1355617709991020>

Aanvullende literatuur

- Chapparo, C., & Ranka, J. L. (2007). *The PRPP system: Intervention*. NSW.
- Federatie Medisch Specialisten. (2024). *Aanhoudende klachten na Licht Traumatisch Hoofd/Hersenletsel*. F. M. Specialisten. https://richtlijnen database.nl/richtlijn/aanhoudende_klachten_na_licht_traumatisch_hoofd_hersenletsel_thl/startpagina_-_aanhoudende_klachten_na_licht_traumatisch_hersenletsel_thl.html
- Miller, L. T., Polatajko, H. J., Missiuna, C., Mandich, A. D., & Macnab, J. J. (2001). A pilot trial of a cognitive treatment for children with developmental coordination disorder. *Hum Mov Sci*, 20(1-2), 183-210. [https://doi.org/10.1016/s0167-9457\(01\)00034-3](https://doi.org/10.1016/s0167-9457(01)00034-3)
- Stehmann-Saris, F. C., Heugten, C. v., Kinébian, A., & Dekker, J. (2003). *Ergotherapie richtlijn voor diagnostiek en behandeling van apraxie bij CVA cliënten*.



Arbeid

Module 7

Arbeid

Aanleiding

Werken is voor veel mensen een belangrijk onderdeel van het leven. Uit het rapport *Het hervinden van een balans in het leven*. Zorgbehoeften van mensen met hersenletsel en hun partners (Stiekema et al., 2018) blijkt dat er bij personen met hersenletsel vaak een grote wens is tot werken of, als dat echt niet mogelijk is, een andere vorm van zinvolle dagbesteding. Verlies van het werk wordt door personen met hersenletsel ervaren als een van de meest moeilijk te accepteren veranderingen na het oplopen van het letsel. In deze richtlijn wordt in plaats van werken gesproken over arbeid, met de volgende beschrijving: 'doelgericht betekenisvolle diensten leveren voor een gepaste beloning' (Kuiper & Heerkens, 2019, p. 18). Arbeid zorgt onder andere voor inkomen, structuur en participatie. Hersenletsel verkleint in veel gevallen de kans op arbeidsparticipatie, terwijl personen met hersenletsel vaak graag willen terugkeren naar arbeid (van Velzen et al., 2009). De mogelijkheid tot arbeidsparticipatie wordt beïnvloed door verschillende domeinen, waaronder balans in het dagelijks handelen, cognitief functioneren en fysiek functioneren. Bij hersenletsel is er vaak sprake van complexe problematiek op verschillende domeinen, die de mogelijkheid tot arbeidsparticipatie belemmeren. Het domein arbeid is beschreven in de Ergotherapierichtlijn CVA (Steultjens et al., 2013). Destijds is geen literatuur gevonden en de aanbevelingen zijn gebaseerd op andere richtlijnen. Uit de knelpuntenanalyse bleek een behoefte aan een update voor het domein arbeid vanuit de ergotherapeuten. In deze module worden daarom de laatste ontwikkelingen op het gebied van meetinstrumenten en interventies beschreven.

Het onderscheid tussen arbeidsre-integratie en ergotherapeutische zorg is lastig te maken. Wel is het belangrijk hier aandacht voor te hebben, ook in verband met financiering. Binnen de ergotherapiebehandeling heeft de ergotherapeut een rol als behandelaar. Daarmee is sprake van een therapeutische relatie tussen de ergotherapeut en de cliënt, waarbij de beroepscode van de ergotherapie worden gehanteerd (Leeuw et al., 2015). In het [Competentieprofiel ergotherapeut](#) staat bij de competentie Ergotherapeutisch handelen: Het creëren van omgevingsvoorwaarden om het dagelijks handelen en participatie te bevorderen. Arbeid zorgt onder andere voor inkomen, structuur en participatie (Verhoef & Zalmstra, 2023). Het past daarom bij de rol van een ergotherapeut om binnen de ergotherapiebehandeling aandacht te besteden aan arbeid. Het valt onder zorg wanneer er voorwaardenscheppende adviezen worden opgesteld. Deze richtlijn richt zich op dat stuk en daarmee op vergoede zorg. Arbeidsre-integratie en coaching vallen buiten deze richtlijn.

Deze module richt zich op de eerste stap om het domein arbeid in kaart te brengen bij een persoon met hersenletsel. Het valt buiten de scope van deze module om de volledige arbeidscapaciteit (i.e. de mate waarin een persoon in staat is om arbeid te verrichten) in kaart te brengen. Ergotherapeuten zijn experts in analyseren van het handelen bij het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten. De werkgroep vindt het daarom belangrijk dat ergotherapeuten die werken met personen met hersenletsel met een arbeidsverplichting en/of arbeidswens te begeleiden naar inzicht in de eigen mogelijkheden en beperkingen in relatie tot arbeidshervatting. Vooral de holistische kijk van ergotherapeuten is daarbij van grote waarde. Een ergotherapeut kijkt naar de persoon, de omgeving (de werkplek) en het handelen (het kunnen uitvoeren van betekenisvolle activiteiten). Daarnaast kijkt de ergotherapeut ook naar de balans tussen werk en privé. De werkgroep is van mening dat er, met name bij licht traumatisch hersenletsel, meer aandacht moet komen voor de invloed van onder meer omgevingsfactoren op het kunnen inzetten van de cognitie. Hier ligt een belangrijke taak voor ergotherapeuten. Vaak wordt op basis van een neuropsychologisch

onderzoek (NPO), uitgevoerd door een (neuro-)psycholoog, bepaald wat de cognitieve gevolgen van hersenletsel zijn op arbeid. Een dergelijk onderzoek meet wat een persoon onder ideale omstandigheden maximaal cognitief kan presteren en is norm gerefereerd. Bij een NPO is aandacht voor tijdsdruk en vermoeidheid, maar dit is niet standaard een onderdeel van de meting. Een neuropsycholoog brengt in kaart wat de neuropsychologische gevolgen zijn (meestal beperkt/afwezig na licht traumatisch hersenletsel) en de potentiële gevolgen voor het werk, maar zal in een NPO geen uitspraken doen over de mogelijkheden van arbeidshervatting. Bovendien worden lichamelijke gevolgen van hersenletsel niet meegenomen in een NPO. De informatie vanuit een NPO is waardevol. Let wel, deze informatie zegt iets op stoornisniveau, waar ergotherapeuten meten op activiteiten- en participatieniveau om in kaart te brengen wat de invloed van het hersenletsel op het dagelijks handelen is. De observaties van de ergotherapeut leiden daardoor soms tot andere inzichten dan een NPO, dat in een kunstmatige omgeving wordt afgenomen. Dit ondersteunt het belang om het probleem/de vraag vanuit beide perspectieven te bekijken en hierin samen te werken.

Door vanuit de verschillende perspectieven (persoon, omgeving en taken) het handelen van de persoon met hersenletsel in kaart te brengen ontstaat een holistische analyse van de gevolgen van het hersenletsel voor het (weer) kunnen werken en de eventueel benodigde interventies gericht op arbeidsparticipatie.

Bronnen

- Kuiper, C., & Heerkens, Y. (2019). Wat is arbeid, wat is gezondheid? In *Handboek arbeid & gezondheid*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Leeuw, M. d., Saenger, S., Vanlaerhoven, I., & Vries-Uiterweerd, A. d. (2015). *Beroepscode en gedragsregels ergotherapeut*.
- Steultjens, E. M. J., Cup, E. H. C., Zajec, J., & van Hees, S. (2013). *Ergotherapierichtlijn CVA*.
- Stiekema, A., Winkens, I., Ponds, R., Vugt, M., & Heugten, C. (2018). *Het hervinden van een balans in het leven: zorgbehoeften van mensen met hersenletsel en hun partners*.
- van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A., Edelaar, M. J., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. (2009). How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. *Brain Inj*, 23(6), 473-488. <https://doi.org/10.1080/02699050902970737>
- Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2023). Competentieprofiel Ergotherapeut. Landelijk Opleidingsoverleg Ergotherapie. Retrieved 2-2-2024 from <https://www.competentieprofielergotherapeut.nl/>

Module 7.1

Arbeidssituatie in relatie tot de gevolgen van hersenletsel in kaart brengen

Uitgangsvraag

Welke betrouwbare en valide meetinstrumenten kan een ergotherapeut inzetten bij personen met hersenletsel om de arbeidssituatie in relatie tot de gevolgen van hersenletsel in kaart te brengen?

Aanbevelingen

- Stel in een vroeg stadium van de revalidatie vast of er sprake is van een **arbeidsverplichting of arbeidswens**.
- Ga het gesprek aan over arbeid met personen met hersenletsel met een **arbeidsverplichting en/of arbeidswens**.
- Gebruik de [Self-Efficacy Scale \(SES\)](#) of de Vragenlijst Beperkingen Werk (WLQ-mdlv) om **de arbeidssituatie in relatie tot de gevolgen van hersenletsel** in kaart te brengen bij personen met hersenletsel.
- Gebruik het Perceive, Recall, Plan and Perform Systeem van Taakanalyse at Work (PRPP@Work) systeem om **het betekenisvol handelen op de werkplek bij het uitvoeren van werk/aan eigen werk gerelateerde taken** van een persoon met hersenletsel met problemen in de informatieverwerking vast te leggen op zowel het niveau van beheersing van de geobserveerde activiteit als de sterktes en zwaktes in de items van informatieverwerking.
- Gebruik het [Perceive, Recall, Plan and Perform Systeem van Taakanalyse](#) (PRPP) systeem om **het betekenisvol handelen van een persoon met hersenletsel met problemen in de informatieverwerking** vast te leggen op zowel het niveau van beheersing van de geobserveerde activiteit als de sterktes en zwaktes in de items van informatieverwerking wanneer er (nog) geen sprake is van participatie op de werkplek. Observeer dan het uitvoeren van aan arbeid gerelateerde taken en observeer ook de invloed van omgevingsfactoren op het handelen van de persoon.
- Overweeg om de [Occupational Performance History Interview - Versie 2.1](#) (OPHI-II) te gebruiken om **de arbeidssituatie in relatie tot de gevolgen van hersenletsel** in kaart te brengen bij personen met hersenletsel. Dit meetinstrument is geschikt wanneer er behoefte is aan een verdiepende aanpak.

De formele bepaling of iemand kan werken ligt bij bedrijfsarts, verzekeringsarts en arbeidsdeskundige (Federatie Medisch Specialisten, 2021). Het is niet aan een (behandelend) ergotherapeut om hier een uitspraak over te doen. Wees je er bewust van dat verzuim gekoppeld is aan wettelijke kaders. Als ergotherapeut breng je voorwaardenscheppende adviezen uit ten aanzien van arbeidshervatting. Deze adviezen zijn gebaseerd op geïnventariseerde informatie. Deel bevindingen (uit metingen) altijd in rapportagevorm met toelichting en interpretatie en alleen met toestemming van de persoon met hersenletsel.

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Tabel 7.1 | Schematische weergave van beschreven meetinstrumenten om arbeidsinzetbaarheid in kaart te brengen op basis van uitgewerkte stappen. S: screeningsinstrument; D: diagnostisch instrument; P: prognostisch instrument; E: evaluatief instrument

Meetinstrument	S	D	P	E	Wat je meet	Hanteerbaarheid/ gebruiksgemak	Afnameduur	Scholing vereist	Waar te vinden
Vragenlijst Beperkingen Werk (WLQ-mdlv)	X				Mate waarin gezondheidsproblemen invloed hebben op het werk	Goed	± 15 minuten	Nee	Opvraagbaar via https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/work-limitations-questionnaire
Occupational Performance History Interview - Versie 2.1 (OPHI-II)	X				Participatie; activiteiten	Matig	Interview: > 30 minuten Verwerken resultaten: 30 minuten	Nee	Gratis opvraagbaar via de Hogeschool van Amsterdam
Perceive, Recall, Plan en Perform Assessment at Work (PRPP@ Work)		X		X	Participatie en activiteiten in relatie tot arbeid	Matig	Afhankelijk van de te observeren taak	Ja	Inzetbaar na scholing
Perceive, Recall, Plan and Perform System Assessment (PRPP)		X		X	Invloed van hersenletsel op activiteiten en participatie	Goed	Afhankelijk van de te observeren taak	Ja	Inzetbaar na scholing
Self Efficacy Scale (SES)	X				Self-efficacy/zelfeffectiviteit	Goed	± 10-15 minuten	Nee	Beschikbaar via Ergotherapie richtlijn bij Q-koorts vermoeidheidssyndroom (QVS) (Cup & Satink, 2017)
Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation – Participation (USER-P)	X			X	Participatie	Goed	± 10 minuten	Nee	Gratis te downloaden via website van Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht

Conclusie en rationale van de aanbeveling

De beschreven meetinstrumenten om arbeidsinzetbaarheid in kaart te brengen zijn schematisch weergegeven in tabel 7.1. De werkgroep beoordeelt dat arbeid in een vroeg stadium van de revalidatie besproken moet worden met de persoon met hersenletsel en met andere zorgprofessionals indien er sprake is van interdisciplinaire samenwerking. Als eerste is het nodig om vast te stellen of er sprake is van een arbeidsverplichting of arbeidswens en welke partijen vanuit de eventuele werkgever betrokken zijn bij de re-integratie. Vervolgens kan de ergotherapeut het gesprek aangaan over de invloed van het verworven hersenletsel op het verrichten van arbeid. Het op deze manier in kaart brengen van de arbeidssituatie in relatie tot de gevolgen van hersenletsel kan ondersteund worden door de inzet van meetinstrumenten. Gezien de complexe gevolgen van hersenletsel is de werkgroep ervan overtuigd dat er holistisch gekeken moet worden naar de persoon, activiteiten en (werk)omgeving om de impact van de gevolgen van het hersenletsel voor (weer) kunnen werken in kaart te brengen. Deze holistische kennis over persoon, activiteiten en (werk)omgeving kan niet geïnventariseerd worden met één meetinstrument. Het is noodzakelijk om alle belangrijke aspecten in kaart te brengen: cognitief functioneren, motorisch functioneren, psychisch functioneren en balans in het dagelijks handelen. Dit wordt bevestigd en aanbevolen in de richtlijn NAH en arbeidsparticipatie (Federatie Medisch Specialisten, 2021).

De WLQ-mdlv is een goed hanteerbaar meetinstrument en de klinimetrische kwaliteit is goed bevonden. De werkgroep heeft ervoor gekozen om het meetinstrument sterk aan te bevelen omdat de WLQ-mdlv zowel tijdsmanagement, fysieke eisen, mentale eisen als productieve eisen binnen het werk meet. Hierdoor worden knelpunten tussen persoonsprofiel en werkplekprofiel helder.

Op basis van de klinische relevantie, goede hanteerbaarheid en klinimetrische kwaliteit heeft de werkgroep ervoor gekozen om de SES sterk aan te bevelen om het domein arbeid te inventariseren en/of te evalueren. De mate waarin iemand aankijkt tegen het eigen kunnen rond ziekte en werk heeft invloed op het vertrouwen in de re-integratie. De knelpunten ondersteunen bij het stellen van gerichte doelen op dit gebied.

De OPHI-II is matig hanteerbaar, maar levert vanwege de uitgebreide aanpak specifiekere uitkomsten op het gebied van persoonsprofiel. Daarom heeft de werkgroep ervoor gekozen om voor de OPHI-II een zwakke aanbeveling te formuleren voor situaties waarin behoefte is aan een verdiepende inventarisatie. Daarnaast vormen de vragen een uitgebreide inspiratiebron voor vragen die gesteld kunnen worden bij het opstellen van het persoonsprofiel.

De USER-P is een goed hanteerbaar meetinstrument en is gratis te downloaden. Het wordt gebruikt om participatie te inventariseren en/of te evalueren. De klinimetrische kwaliteit wordt beoordeeld als redelijk. Omdat het meetinstrument niet specifiek gericht is op arbeid, maar deels op arbeid als onderdeel van participatie, heeft de werkgroep ervoor gekozen om het meetinstrument niet aan te bevelen.

De PRPP@Work en/of het PRPP systeem van taakanalyse en interventie zijn goed hanteerbaar om de toegepaste cognitie in relatie tot werk op een ecologisch valide en betrouwbare manier in kaart te brengen. Wel zal per situatie beoordeeld moeten worden welk van beide assessments het meest passend is bij de situatie. De werkgroep heeft ervoor gekozen om beide meetinstrumenten sterk aan te bevelen.

Belangrijk aandachtspunt

In Nederland wordt ergotherapie vergoed vanuit de basisverzekering of aanvullende verzekeringen. Ergotherapie kan in sommige gevallen ook vergoed worden door de werkgever. Dit is vaak het geval wanneer de ergotherapie gericht is op het verbeteren van de arbeidsomstandigheden, het voorkomen van arbeidsgerelateerde klachten, of het re-integreren na ziekte of een arbeidsongeschiktheid. Uiteraard is het hierbij van belang dat de betreffende ergotherapeut kennis heeft van de actuele wet- en regelgeving rondom ziekteverzuim en re-integratie.

Het is raadzaam om vooraf contact op te nemen met zowel de zorgverzekeraar als de werkgever om de specifieke vergoedingsmogelijkheden voor de inzet van een ergotherapeut te bespreken. Het is van belang om rekening te houden met de eigen specifieke deskundigheid van de ergotherapeut, de aard van de ergotherapeutische interventie, de specifieke voorwaarden van de zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen of om door te verwijzen naar een gespecialiseerd re-integratiebureau. Wanneer je als ergotherapeut niet voldoende expertise hebt om de persoon met hersenletsel met een vraag op gebied van arbeid te begeleiden of wanneer de vraag niet gericht is op het creëren van voorwaarden voor arbeid(hervatting), wordt geadviseerd door te verwijzen naar een ergotherapeut die de gevraagde expertise wel heeft of naar een gespecialiseerd re-integratiebureau.

Bronnen

- Cup, E. H. C., & Satink, T. (2017). *Ergotherapierichtlijn QVS - Coaching bij activiteiten van het dagelijks leven*.
- Federatie Medisch Specialisten. (2021). *NAH en arbeidsparticipatie*. https://richtlijnen database.nl/richtlijn/nah_en_arbeidsparticipatie/startpagina_-_nah_en_arbeidsparticipatie.html

Module 7.2

Interventies om arbeidsinzetbaarheid te bevorderen

Uitgangsvraag

Welke effectieve interventies kan een ergotherapeut inzetten bij personen met hersenletsel om arbeidsparticipatie te bevorderen?

Aanbevelingen

- Overweeg om arbeidsparticipatie te bevorderen bij personen met hersenletsel door middel van een gepersonaliseerde aanpak indien er sprake is van een arbeidsvraagstuk. Denk hierbij aan onderstaande onderdelen:
 - Voorlichting geven over wet- en regelgeving rondom re-integratie.
 - Identificeren welke factoren arbeidsparticipatie belemmeren door middel van gesprekken.
 - Arbeidsgerelateerde activiteiten oefenen.
 - Werken aan de voorwaarden voor arbeidsre-integratie.
 - Het inzetten van interventies gericht op domeinen die passen bij de geïdentificeerde factoren. Raadpleeg voor specifieke domeinen andere modules van deze richtlijn:
 - Cognitie → [Module 6](#)
 - Arm-handvaardigheid → [Module 4](#)
 - Balans in het dagelijks leven → [Module 3](#)
 - Zelfmanagement → [Module 2](#)
 - Visuele problematiek → [Module 5](#)
- Overweeg om de interventie 'Weer aan het werk' in te zetten.
- Overweeg om contact te zoeken met andere professionals/partners die betrokken zijn bij het re-integratieproces van de persoon met hersenletsel, mits de persoon met hersenletsel hiermee akkoord gaat.
- Overweeg om door te verwijzen naar een in arbeid gespecialiseerde ergotherapeut, een arbeidsexpertisecentrum of een in hersenletsel gespecialiseerd re-integratiebedrijf wanneer er sprake is van wet- en regelgeving die tijdsgebonden verplichtingen met zich meebrengt rondom re-integratie en/of een werkgever specifieke eisen en/of verwachtingen heeft en je onvoldoende expertise hebt op het gebied van arbeid.

Wees zorgvuldig met het delen van gegevens. Doe dit alleen met toestemming van de persoon met hersenletsel en houd je aan de [handreiking Beleidsregels de zieke werknemer](#) (Autoriteit Persoonsgegevens, 2016).

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Conclusies op basis van de literatuur

Eén ingesloten systematische review van redelijke kwaliteit (op basis van AMSTAR 2) includeerde onderzoeken naar het effect van ergotherapeutische interventies op arbeidsparticipatie bij **mensen die een CVA hadden doorgemaakt** (Proffitt, 2022). Op basis hiervan kan het volgende worden geconcludeerd:

- Een gepersonaliseerde interventie gebaseerd op de functionele status van een cliënt lijkt vaker tot terugkeer naar werk te leiden dan standaardergotherapie, maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag);
- Constraint movement therapy (CIMT) gecombineerd met trunk restraint lijkt niet te leiden tot beter uitvoeren van werk-gerelateerde activiteiten (gemeten met 'Work/Leisure'-domein van de Frenchay Activities Index) dan alleen CIMT of alleen standaardzorg (1 RCT; GRADE: laag).

Twee ingesloten systematische reviews, één van hoge kwaliteit en de ander van lage kwaliteit, includeerden onderzoeken naar het effect van ergotherapeutische interventies op arbeidsparticipatie **bij mensen met traumatisch hersenletsel** (Kumar, 2017; Nguyen, 2021). Op basis hiervan kan het volgende worden geconcludeerd:

- Vergeleken met geen behandeling:
 - lijkt een cognitief revalidatieprogramma niet te leiden tot een verschil in terugkeer naar werk binnen 14 weken erna, maar de evidence is zeer onzeker (1 RCT; GRADE: zeer laag);
 - waren er geen studies die een ergotherapeutische interventie gericht op arbeidsparticipatie vergeleken met geen behandeling m.b.t. het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten.
- Vergeleken met standaardzorg:
 - lijkt een cognitief revalidatieprogramma niet te leiden tot een verschil in terugkeer naar werk binnen 6 maanden erna (1 RCT; GRADE: laag). Ook lijkt het niet te leiden tot een verbetering in de onafhankelijkheid in algemeen dagelijkse levensverrichtingen binnen 4 weken erna, maar de evidence is zeer onzeker (2 RCTs; GRADE zeer laag);
 - lijkt een revalidatieprogramma gericht op de (sociale en fysieke) omgeving niet te leiden tot een verschil in terugkeer naar werk binnen 4 maanden erna, maar de evidence is onzeker (1 RCT; GRADE: laag of zeer laag, niet te beoordelen vanwege ontbrekende gegevens). Effecten op het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten werden niet gemeten voor deze vergelijking.
- Bij vergelijken van twee ergotherapeutische interventies:
 - leidt een cognitief revalidatieprogramma in een ziekenhuis vergeleken met een revalidatie in de thuissituatie waarschijnlijk niet tot een verschil in terugkeer naar werk binnen 2 jaar erna (1 RCT; GRADE: redelijk). Effecten op het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten werden niet gemeten voor deze vergelijking;
 - leidt een cognitief didactische aanpak ten opzichte van een functioneel ervaringsgerichte aanpak waarschijnlijk niet tot een verschil in terugkeer naar werk binnen 1 jaar erna (1 RCT; GRADE: redelijk) en lijkt er ook geen effect te zijn m.b.t. onafhankelijk wonen (1 RCT; GRADE: laag);
 - lijkt een training in cognitieve compensatiestrategieën gericht op de werkomgeving niet tot een verschil in terugkeer naar werk te leiden vergeleken met een algemeen ondersteunende cliëntgerichte therapie (zonder werkgerelateerde informatie) (1 RCT; GRADE: laag of zeer laag, niet te beoordelen vanwege ontbrekende gegevens). Effecten op het uitvoeren van betekenisvolle dagelijkse activiteiten werden niet gemeten voor deze vergelijking.

Discussie

Ter overweging bij de interpretatie van de resultaten van deze evidence synthese:

- Er is uitgegaan van de informatie zoals gepresenteerd in de systematische reviews en de publicaties van de geïncludeerde studies zijn niet geraadpleegd.

Rationale van de aanbeveling

Het bewijs uit systematisch literatuuronderzoek over het effect van specifieke interventies gericht op arbeid is onzeker. Een verklaring hiervoor wordt gegeven in het onderdeel 'Kennislacune'. Op basis van expert-opinion en practice-based overwegingen concludeert de werkgroep dat het meerwaarde heeft voor werkhervatting om aandacht te hebben voor arbeid binnen de ergotherapiebehandeling.

Elk persoon met hersenletsel is uniek, daarom is een persoonsgerichte aanpak wenselijk om te signaleren op welke vlakken er belemmeringen zijn met betrekking tot werkhervatting. Dit wordt bevestigd in de gevonden literatuur en door experts. Vanwege de lage kwaliteit van het bewijs is ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren. De gepersonaliseerde aanpak kan uit verschillende onderdelen bestaan. Deze worden hieronder toegelicht.

Uit de praktijk blijkt dat voorlichting geven over wet- en regelgeving wenselijk is. Dit wordt bevestigd door de cliëntvertegenwoordiging in de werk- en klankbordgroep. De werkgroep raadt aan om als behandelend ergotherapeut scholing te volgen dan wel je te verdiepen in literatuur rondom wet- en regelgeving zodat de persoon met hersenletsel hierover kan worden voorgelicht en er vervolgens passende keuzes binnen het behandeltraject gemaakt kunnen worden.

Daarnaast wordt arbeidsparticipatie bepaald door verschillende factoren, zoals cognitie, balans in het dagelijks handelen, visus en fysiek functioneren. Wanneer de arbeidssituatie in relatie tot hersenletsel in kaart is gebracht met behulp van onder andere de SES, WLQ-mdlv, onderdelen uit de OPHI-II, de PRPP@Work en andere meetinstrumenten voortkomend uit de verschillende domeinen, kan een persoonsgericht plan opgesteld worden gericht op het zoveel als mogelijk opheffen van belemmeringen in relatie tot werk en andere dagelijkse activiteiten. Het opbouwen van de algehele belastbaarheid en/of het leren omgaan met mogelijkheden, het verbeteren van zelfmanagement in relatie tot arbeid en andere dagelijkse activiteiten zijn doelen binnen de behandeling. Hierbij kan ook gedacht worden aan het trainen van aan werk gerelateerde vaardigheden. Daarnaast is de tijd die aan arbeidsgelateerde voorwaardenscheppende activiteiten besteed kan worden beperkt vanuit de zorgverzekering. De interventie WahW is goed inzetbaar en heeft in de praktijk positieve resultaten opgeleverd. In 2024 start een onderzoek naar de effectiviteit van de interventie. Er is scholing vereist en de financiering van de interventie kan niet (altijd) vanuit de zorgverzekering plaatsvinden. Om deze redenen is ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren.

De werkgroep concludeert dat het wenselijk is om de context van de werksituatie en de wet- en regelgeving mee te nemen door af te stemmen met de reeds rondom re-integratie betrokken partijen, uiteraard met toestemming van de persoon met hersenletsel. Uit de praktijk blijkt dat, indien mogelijk, de cliënt deze brug het beste zelf kan slaan. Samenwerken en kennis delen met bijvoorbeeld een bedrijfsarts draagt bij aan succesvolle werkhervatting. Er kan ook doorverwezen worden naar een ergotherapeut met arbeidsexpertise of een arbeidsexpertisecentrum. Daarnaast kan er samenwerking gezocht worden met Medisch Maatschappelijk Werk ten aanzien van educatie, wet- en regelgeving.

De ergotherapeut kan zich ook vanuit een andere rol bezighouden met arbeid, namelijk als ergotherapeutisch re-integratiecoach binnen een spoor 1 en/of spoor 2 traject. Hierbij is de werkgever de opdrachtgever. Het traject is gericht op ondersteuning van de werknemer met hersenletsel en de werkgever. Als de ergotherapeut zelf deze specialisatie niet heeft, moet doorverwezen worden naar in hersenletsel gespecialiseerde ergotherapeuten, re-integratiebedrijven en arbeidsexpertisecentra.

Bronnen

Systematisch literatuuronderzoek

- Kumar, K. S., Samuelkamaleshkumar, S., Viswanathan, A., & Macaden, A. S. (2017). Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007935.pub2>
- Nguyen, M. V., Hackman, D. E., & Truitt, A. R. (2022). Vocational Outcomes of Service Members and Veterans After Traumatic Brain Injury: A Scoping Review. *J Head Trauma Rehabil*, 37(6), E467-e487. <https://doi.org/10.1097/htr.0000000000000747>
- Proffitt, R., Boone, A., Hunter, E., Schaffer, O., Strickland, M., Wood, L., & Wolf, T. (2022). Interventions to Improve Social Participation, Work, and Leisure Among Adults Poststroke: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049305>

Aanvullende literatuur

- Autoriteit Persoonsgegevens. (2016). De zieke werknemer; *Beleidsregels voor de verwerking van persoonsgegevens over de gezondheid van zieke werknemers*. <https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/documenten/beleidsregels-de-zieke-werknemer>



**Balans in het dagelijks handelen
bij naasten**

Module 8

Balans in het dagelijks handelen bij naasten

Aanleiding

Hersenletsel beïnvloedt niet alleen het leven van de persoon met hersenletsel, maar ook het leven van diens naaste.² Door het hersenletsel kunnen er veranderingen zijn op het gebied van cognitief functioneren, emoties en soms persoonlijkheid. Bovendien kan er sprake zijn van een verminderd ziekte-inzicht. Deze veranderingen verschillen per letsel en per individu. Doordat (het gedrag van) de persoon mogelijk veranderd is als gevolg van hersenletsel, kan er een andere relatie ontstaan tussen de persoon met hersenletsel en diens naaste. Onder een naaste wordt in deze richtlijn verstaan: een persoon die dichtbij de persoon met hersenletsel staat, zoals bijvoorbeeld een partner, familielid, mantelzorger en/of goede vriend. Het kan een substantiële tijdsinvestering vragen van de naaste om steun te bieden en dit kan leiden tot, onder meer, emotionele last (Satink et al., 2018). De naaste is soms ook overbelast door 'dubbel zelfmanagement': de naaste ondersteunt mede het zelfmanagement van de persoon met hersenletsel en moet daarnaast ook zichzelf managen. Hierdoor bestaat het risico voor de naaste om overbelast te raken (Joling et al., 2015). Daarnaast is er op dit moment sprake van een hoge werkdruk in de zorg en stuurt de Nederlandse overheid aan op het vergroten van zelfredzaamheid en eigen regie van burgers. Dit doet de overheid onder andere door middel van de taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZJP), het Kader Passende zorg en het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) (Ministerie van Volksgezondheid, 2019, 2022; Taskforce Zorg op de Juiste Plek, 2018; Zorginstituut Nederland, 2022). Hierdoor komen (nog) meer verantwoordelijkheden bij de naaste te liggen, wat wederom het risico op overbelasting van de naaste vergroot.

Uit het onderzoek van Kruijthof et al. (2016) blijkt dat veel partners van personen die een beroerte hebben doorgemaakt een hoge draaglast ervaren, angstig zijn en symptomen van depressie ontwikkelen. Twee maanden na de beroerte waren deze uitkomsten geassocieerd met de partnervariabelen: leeftijd, relatietevredenheid, proactieve coping, zelfredzaamheid, dagelijkse sociale steun, last, angst en depressieve symptomen; en de patiëntvariabelen: ernst van de beroerte en depressieve symptomen. Het meten van de last en angst en depressieve symptomen van partners in de post-acute fase wordt aanbevolen om partners op te sporen die risico lopen op langdurige belasting en emotionele problemen (Kruijthof et al., 2016).

In de knelpuntenanalyse kwam naar voren dat de samenwerking tussen personen met hersenletsel, diens naaste en ergotherapeuten niet altijd naar ieders tevredenheid plaatsvindt. Dit werd aangegeven door personen met hersenletsel en diens naaste in een focusgroepbijeenkomst. Ergotherapeuten gaven in een aparte focusgroep aan dat zij zoekende zijn naar een goede manier om de naaste te betrekken bij het behandeltraject. Enerzijds omdat je de overbelasting van de naaste wil voorkomen en anderzijds om de revalidatiemogelijkheden van de persoon met hersenletsel te vergroten door de inzet van een naaste. Vanuit alle partijen bestaat de wens om de samenwerking te verbeteren. Er is een behoefte aan duidelijke handvatten om deze samenwerking te bevorderen, rekening houdend met de draagkracht van de naaste. Het hersenletsel is immers ook van invloed op het leven van de naaste en de naaste kan betrokken worden bij revalidatiemogelijkheden en herstel. Uit onderzoek blijkt

² Voor de leesbaarheid van deze module wordt gebruik gemaakt van naaste in enkelvoud wanneer er wordt gesproken over de naaste van een persoon met hersenletsel. Uiteraard kunnen er meerdere naasten zijn rondom de persoon met hersenletsel.

dat het wenselijk is om aandacht te besteden aan het creëren van een partnerschap met de naaste en hier voldoende tijd voor vrij te maken (Hengelaar et al., 2018). Dat het betrekken van de naaste een positieve invloed kan hebben blijkt onder meer uit het programma Ergotherapie bij ouderen met dementie en hun mantelzorgers aan huis (EDOMAH), een evidence-based ergotherapie-interventie voor personen met dementie en hun naaste. Uit onderzoek blijkt dat deze aanpak de kwaliteit van leven van zowel de persoon met dementie als van de naaste verbetert (Graff et al., 2007). Daarnaast is er lage tot matige kwaliteit van bewijs gevonden voor het effect van interventies die mede door de naaste worden ingezet op fysiek functioneren en kwaliteit van leven (Mulder et al., 2022; Vloothuis et al., 2016). In de literatuur worden dit soort interventies *caregiver-mediated exercises* genoemd. Naast deze onderzoeken blijkt in de praktijk dat meerdere zorginstellingen en/of ketenzorgpartners ervoor kiezen om de naaste bewust actief te betrekken in hun behandeling. Zo wordt aandacht voor de naaste binnen een aantal zorgprogramma's/zorgpaden standaard aangeboden.

Een ergotherapeut hanteert een holistische visie. Ergotherapeuten zijn competent om met verscheidene interventies de balans in het dagelijkse handelen, ook wel *occupational balance* genoemd, van de naaste in kaart te brengen en mogelijk te verbeteren. In deze module wordt een eerste stap gezet om de samenwerking te bevorderen door een module te richten op de naaste en specifiek op het onderwerp balans in het dagelijks handelen. Balans in het dagelijks handelen is de beleving van een persoon over het hebben van de juiste hoeveelheid en variatie aan activiteiten in het persoonlijk handelingspatroon (Wagman, Håkansson, & Björklund, 2012). Wanneer een naaste wordt betrokken bij de behandeling is het belangrijk om de balans in het dagelijks handelen in kaart te brengen en overbelasting van de naaste te voorkomen. Vergoeding voor het begeleiden van de naaste kan onder verzekerde zorg vallen.

[Module 8.1](#) beschrijft hoe balans in het dagelijks handelen bij de naaste van personen met hersenletsel in kaart gebracht kan worden. [Module 8.2](#) beschrijft interventies gericht op het vergroten van de balans in het dagelijks handelen van de naaste om overbelasting te voorkomen.

Bronnen

- Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & Olderikkert, M. G. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62(9), 1002-1009. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.9.1002>
- Hengelaar, A. H., van Hartingsveldt, M., Wittenberg, Y., van Etten-Jamaludin, F., Kwekkeboom, R., & Satink, T. (2018). Exploring the collaboration between formal and informal care from the professional perspective-A thematic synthesis. *Health Soc Care Community*, 26(4), 474-485. <https://doi.org/10.1111/hsc.12503>
- Joling, K. J., van Marwijk, H. W., Veldhuijzen, A. E., van der Horst, H. E., Scheltens, P., Smit, F., & van Hout, H. P. (2015). The two-year incidence of depression and anxiety disorders in spousal caregivers of persons with dementia: who is at the greatest risk? *Am J Geriatr Psychiatry*, 23(3), 293-303. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.05.005>
- Kruithof, W. J., Post, M. W., van Mierlo, M. L., van den Bos, G. A., de Man-van Ginkel, J. M., & Visser-Meily, J. M. (2016). Caregiver burden and emotional problems in partners of stroke patients at two months and one year post-stroke: Determinants and prediction. *Patient Educ Couns*, 99(10), 1632-1640. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.04.007>
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2019). *Missiedocument Gezondheid & Zorg 2020-2023*. Health-Holland. https://www.health-holland.com/sites/default/files/downloads/missiedocument-gezondheid-en-zorg_1.pdf

- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2022). *WOZO Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen*. W. e. S. Ministerie van Volksgezondheid. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-63e851f8e45b8662a4d04b1d5832b98231d40670/pdf>
- Mulder, M., Nikamp, C., Nijland, R., van Wegen, E., Prinsen, E., Vloothuis, J., Buurke, J., & Kwakkel, G. (2022). Can telerehabilitation services combined with caregiver-mediated exercises improve early supported discharge services poststroke? A study protocol for a multicentre, observer-blinded, randomized controlled trial. *BMC Neurology*, 22(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12883-021-02533-w>
- Satink, T., Cup, E. H. C., de Swart, B. J. M., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2018). The perspectives of spouses of stroke survivors on self-management - a focus group study. *Disabil Rehabil*, 40(2), 176-184. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1247920>
- Taskforce Zorg op de Juiste Plek. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek*. W. e. S. Ministerie van Volksgezondheid. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-7241c365-d8f3-4eb0-befe-6de4dc088f60/pdf>
- Vloothuis, J. D., Mulder, M., Veerbeek, J. M., Konijnenbelt, M., Visser-Meily, J. M., Ket, J. C., Kwakkel, G., & van Wegen, E. E. (2016). Caregiver-mediated exercises for improving outcomes after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*, 12(12), Cd011058. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011058.pub2>
- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. *Scand J Occup Ther*, 19(4), 322-327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader Passende zorg*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/passende-zorg/publicaties/adviezen/2022/06/28/kader-passende-zorg>

Module 8.1

Balans in het dagelijks handelen in kaart brengen bij naasten

Uitgangsvraag

Hoe kan een ergotherapeut de balans in het dagelijks handelen van de naaste van een persoon met hersenletsel in kaart brengen?

Aanbevelingen

- Maak **balans in het dagelijks handelen** bespreekbaar met de naaste van de persoon met hersenletsel. Zorg ervoor dat dit gesprek plaatsvindt buiten de aanwezigheid van de persoon met hersenletsel zodat de naaste zich vrij voelt om te uiten hoe het echt gaat.
 - Overweeg om een observatie te doen van het handelen van de naaste in de omgang met de persoon met hersenletsel. Zorg ervoor dat de observatie helpt bij:
 - toetsen of het klopt wat de naaste aan informatie heeft gegeven;
 - het vergaren van informatie over de coping- en begeleidingsstijl van de naaste;
 - zicht krijgen op de sociale cognitie en interactie tussen beide.
 - Overweeg om aanvullend aan het gesprek een meetinstrument in te zetten om **(componenten van) balans in het dagelijks handelen** in kaart te brengen, zie tabel 8.1. De ergotherapeut beoordeelt per situatie welk meetinstrument het meest geschikt is.
- Overweeg om de [Caregiver Reaction Assessment](#) (CRA) te gebruiken om dieper in te gaan op de door naaste **ervaren zorglast**.

Tabel 8.1 | Meetinstrumenten om (componenten van) balans in het dagelijks handelen in kaart te brengen

Doelgroep	Meetinstrument	Uitkomstmaat
Naasten van personen met hersenletsel	Caregiver Strain Index (CSI)	Ervaren druk
	Zarit Burden Interview Short Form (Zarit)	Ervaren last
	Occupational Balance Questionnaire (OBQ11-NL)	Balans in het dagelijks handelen
Werkende naasten	Ervaren Druk door Informele Zorg-plus (EDIZ-plus)	Ervaren druk
Adolescenten met mantelzorgtaken	Screeningsinstrument voor Adolescenten met een Chronisch Zieke Ouder (SACZO), zie bijlage 8.1	Draaglast

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Tabel 8.2 | Schematische weergave van beschreven meetinstrumenten om de balans in het dagelijks handelen bij naasten in kaart te brengen op basis van uitgewerkte stappen. S: screeningsinstrument; D: diagnostisch instrument; P: prognostisch instrument; E: evaluatief instrument

Meetinstrument	S	D	P	E	Wat je meet	Hanteerbaarheid/ gebruiksgemak	Afnameduur	Scholing vereist	Waar te vinden
Caregiver Burden Scale (CBS)	X				Ervaren draaglast	Goed	5-10 minuten	Nee	Alleen in Engels en slecht verkrijgbaar
Caregiver Mastery Scale (CMS)	X				<i>Mastery</i> : het vertrouwen in het eigen kunnen om de benodigde vaardigheden uit te voeren en om invloed uit te oefenen op gebeurtenissen in het leven met een wenselijke uitkomst	Goed	± 5 minuten	Nee	Alleen in Engels en slecht verkrijgbaar
Caregiver Reaction Assessment (CRA)	X				Ervaren zorglast	Goed	5-10 minuten	Nee	Meetinstrumentenindezorg.nl
Caregiver Strain Index (CSI)	X				Draaglast	Goed		Nee	Meetinstrumentenindezorg.nl
Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ)	X				Ervaren druk	Goed	< 5 minuten	Nee	Zorgvoorbeter.nl
Ervaren Druk door Informele Zorg-plus (EDIZ-plus)	X				Ervaren druk van werkenden	Goed	10-40 minuten	Nee	Zorgvoorbeter.nl
Occupational Balance Questionnaire (OBQ11-NL)	X				Betekenisvolle activiteiten	Goed	± 10 minuten	Nee	Radboudumc.nl
Screeningsinstrument voor Adolescenten met een Chronisch Zieke Ouder (SACZO)	X				Draaglast	Goed	± 10 minuten	Nee	Matig vindbaar, daarom opgenomen in richtlijn als bijlage 8.1
Zarit Burden Interview Short Form (Zarit)	X				Ervaren last	Goed	± 10 minuten	Nee	In Engels vrij verkrijgbaar via mapi-trust.org, Nederlandse versie kan opgevraagd worden

Conclusie en rationale van de aanbeveling

De beschreven meetinstrumenten om balans in het dagelijks handelen bij de naaste in kaart te brengen zijn schematisch weergegeven in tabel 8.2. De werkgroep is van mening dat het in alle situaties belangrijk is om met de naaste van personen met hersenletsel in gesprek te gaan over de balans in het dagelijks handelen om overbelasting te voorkomen, bij voorkeur zonder de persoon met hersenletsel. Dit is een best-practice overweging die wordt bevestigd door de cliëntvertegenwoordiger in de werkgroep en evidence-based richtlijnen die als bronnen zijn gebruikt voor deze module. Daarom is ervoor gekozen om hier een sterke aanbeveling voor te formuleren.

Een observatie gericht op de interactie tussen de persoon met hersenletsel en de naaste geeft vaak ook veel informatie over de draagkracht en draaglast, en wordt daarom door de werkgroep aanbevolen. Een dergelijke observatie kan helpen om te toetsen of het klopt wat de naaste aan informatie heeft gegeven, het geeft informatie over de coping- en begeleidingsstijl van de naaste en geeft zicht op de sociale cognitie en interactie tussen beide. Aangezien een gesprek voldoende kan zijn is er een zwakke aanbeveling geformuleerd.

Om een meer concreet en objectiever beeld te krijgen van de door de naaste ervaren balans in het dagelijks handelen, is het wenselijk om een meetinstrument te gebruiken. De uitkomsten van een meetinstrument kunnen ook fungeren als middel om in gesprek te gaan over balans in het dagelijks handelen met de

naaste en bewustwording te creëren. Een meetinstrument kan zowel preventief ingezet worden als ten tijde van overbelasting. Bovendien kan een meetinstrument gebruikt worden ter evaluatie, door na het inzetten van interventies te meten of de balans daadwerkelijk verbeterd is. Het monitoren van de draaglast kan bijdragen aan het borgen van de zorg voor de persoon met hersenletsel. Wanneer er sprake is van overbelasting bij de naaste kan er gekozen worden om passende interventies te bespreken of om de naaste door te verwijzen naar een andere zorgprofessional, zoals een maatschappelijk werker of psycholoog. Zie [module 8.2](#) voor meer informatie over interventies gericht op arbeid. De werkgroep beoordeelt het inzetten van een meetinstrument als wenselijk en niet als essentieel. Een gesprek over balans in het dagelijks handelen kan voldoende inzicht geven. Daarnaast kan er sprake zijn van andere prioriteiten binnen de beschikbare uren van behandeling. Om deze redenen is ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren voor het inzetten van een meetinstrument om balans in het dagelijks handelen in kaart te brengen. Voor de keuze van een meetinstrument worden aanbevelingen gedaan op basis van verschillende subgroepen. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd evidence-based en practice-based onderbouwingen. Bij de overwegingen speelt het een grote rol of meetinstrumenten veel gebruikt worden in de Nederlandse zorg.

De CSI scoort goed op klinimetrische kwaliteit en wordt zowel in de Ergotherapie richtlijn CVA, in de richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding als in de richtlijn Mantelzorg aanbevolen om draaglast van mantelzorgers in kaart te brengen. De werkgroep beoordeelt dat het meetinstrument ook goed door ergotherapeuten ingezet kan worden op basis van de inhoud van de vragen en goede hanteerbaarheid.

De Zarit scoort zeer goed op klinimetrische kwaliteit. Het meetinstrument is goed hanteerbaar en de aard van de vragen sluiten aan bij de ergotherapeutische benadering. Daarom wordt dit meetinstrument ook aanbevolen.

De EDIZ-plus heeft een goede betrouwbaarheid en wordt in de richtlijn Mantelzorg aanbevolen om de draaglast van werkende mantelzorgers in kaart te brengen. De werkgroep beoordeelt dat het meetinstrument ook goed door ergotherapeuten ingezet kan worden op basis van de inhoud van de vragen. De EDIZ-plus is goed hanteerbaar. Daarom kiest de werkgroep ervoor om dit meetinstrument aan te bevelen bij werkende naasten.

Het SACZO is valide bevonden en wordt in de richtlijn Mantelzorg aanbevolen om de draaglast van jonge mantelzorgers in kaart te brengen. De werkgroep beoordeelt dat het meetinstrument ook goed door ergotherapeuten ingezet kan worden op basis van de inhoud van de vragen. Daarnaast is het meetinstrument goed hanteerbaar. Daarom kiest de werkgroep ervoor om dit meetinstrument aan te bevelen bij jonge naasten (10-20 jaar).

De CRA is goed hanteerbaar en biedt de mogelijkheid om dieper in te gaan op zowel negatieve als positieve aspecten van de zorg. De klinimetrische eigenschappen zijn voldoende bevonden. Daarom is ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren wanneer ergotherapeuten een verdiepend gesprek aan willen gaan over balans in het dagelijks handelen.

De OBQ11-NL gaat specifiek in op de balans in het dagelijks handelen en is goed hanteerbaar. De klinimetrische eigenschappen zijn bevestigd in de literatuur. Daarom is er op basis van het klinimetrisch bewijs en practice-based overwegingen voor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren.

De CBS is niet in het Nederlands beschikbaar ten tijde van de ontwikkeling van de richtlijn. Het meetinstrument is daardoor slecht hanteerbaar in Nederlandse setting. Op basis van deze overweging kiest de werkgroep ervoor om het meetinstrument niet aan te bevelen.

De CMS is goed hanteerbaar en scoort redelijk op klinimetrische eigenschappen. Er is echter geen Nederlandse versie beschikbaar. Daarnaast zijn er andere meetinstrumenten met een hogere klinimetrische kwaliteit. Om richting een uniforme werkwijze te gaan en het aantal meetinstrumenten te verminderen is ervoor gekozen om dit meetinstrument niet aan te bevelen.

De EDIZ heeft een goede betrouwbaarheid en wordt in de richtlijn Mantelzorg aanbevolen om de draaglast van mantelzorgers in kaart te brengen. Om richting een uniforme werkwijze te gaan en het aantal meetinstrumenten te verminderen is ervoor gekozen om dit meetinstrument niet aan te bevelen. Vanwege de hogere klinimetrische kwaliteit van de andere meetinstrumenten gaat de voorkeur uit naar andere meetinstrumenten.

Screeningsinstrument voor Adolescenten met een Chronisch Zieke Ouder (SACZO)

Het Screeningsinstrument voor Adolescenten met een Chronisch Zieke Ouder (SACZO) is met toestemming van de ontwikkelaar Dominik Sieh opgenomen als bijlage in deze richtlijn (Sieh, 2013). De handleiding, beslisboom en instructievideo zijn online verkrijgbaar.

Sieh DS. Handleiding voor het Screeningsinstrument voor Adolescenten met een Chronisch Zieke Ouder (SACZO). Amsterdam: Maastricht DMUP; 2013.

1. Ik heb het vaak moeilijk thuis.

- helemaal niet waar
- niet waar
- er tussen in
- waar
- helemaal waar

2. De band met mijn ouders is verslechterd door de ziekte/sinds de ziekte speelt.

- helemaal niet waar
- niet waar
- er tussen in
- waar
- helemaal waar

3. Ik maak me vaak zorgen om de situatie thuis.

- helemaal niet waar
- niet waar
- er tussen in
- waar
- helemaal waar

4. Ik moet veel doen om ons gezin draaiende te houden.

- helemaal niet waar
- niet waar
- er tussen in
- waar
- helemaal waar

5. Ik voel me vaak beperkt in mijn vrijetijdsbesteding.

- helemaal niet waar
- niet waar
- er tussen in
- waar
- helemaal waar

6. Ik voel me soms buitengesloten.

- helemaal niet waar
- niet waar
- er tussen in
- waar
- helemaal waar

7. Ik ben vaak gestrest.

- helemaal niet waar
- niet waar
- er tussen in
- waar
- helemaal waar

8. Het kost mij veel moeite om mijn problemen op te lossen.

- helemaal niet waar
- niet waar
- er tussen in
- waar
- helemaal waar

Module 8.2

Interventies gericht op bevorderen van de balans in het dagelijks handelen bij naasten

Uitgangsvraag

Welke interventies kan een ergotherapeut inzetten om de balans in het dagelijks handelen te bevorderen bij de naaste van personen met hersenletsel?

Aanbevelingen

- Geef voorlichting aan de naaste van een persoon met hersenletsel over de aandoening en de mogelijke gevolgen. Stem de inhoud af op het kennisniveau, de wensen en de doelen van de naaste.
- Overweeg om de [Toolkit Mantelzorger voor paramedici](#) te raadplegen voor praktische en verdiepende informatie over het samenwerken met de naaste en hoe deze te ondersteunen in de zorg voor de persoon met hersenletsel.
- Overweeg om een interventie in te zetten om de balans in het dagelijks handelen bij de naaste te bevorderen. Hier kan voor worden gekozen wanneer er sprake is van risico op overbelasting van de naaste. Raadpleeg [module 8.1](#) voor informatie over hoe de balans in het dagelijks handelen bij de naaste in kaart gebracht kan worden. Voor de interventie kunnen onderstaande onderdelen worden overwogen:
 - Stel gezamenlijk behandeldoelen op met behulp van het [Samen Beslissen](#) model.
 - Leer de naaste praktische vaardigheden aan in de omgang met de persoon met hersenletsel. Probeer daarbij het probleemoplossend vermogen van de naaste te bevorderen.
 - Breng advies uit over hulpmiddelen en zorgtechnologische mogelijkheden die de draaglast voor de naaste verkleinen. Ondersteun bij het aanvragen en het in gebruik nemen hiervan.
 - Bespreek de mogelijkheden van het inzetten van het steunsysteem en respijtzorg. Ondersteun eventueel in het organiseren hiervan. Maak gebruik van regionale netwerken en organisaties.
 - Bespreek de mogelijkheden van lotgenotencontact en geef informatie. Ondersteun eventueel in het organiseren hiervan.
 - Verwijs zo nodig door naar andere zorgprofessionals, zoals een maatschappelijk werker of praktijkondersteuner.
 - Stem af met zorgprofessionals en betrokkenen over de benodigde interventies als dit de naaste ten goede komt.
- Overweeg om voor het contact met de naaste gebruik te maken van telefonische en/of online consulten, afhankelijk van de voorkeuren van de naaste.

Het is van belang dat je als ergotherapeut de juiste keuze maakt op het juiste moment en persoonsgerichte zorg levert. [Module 1 'Professioneel redeneren'](#) geeft hier handvatten voor.

Conclusies en rationale

Het belang van het betrekken van de naaste bij de behandeling/begeleiding van personen met hersenletsel is evident. Naast dat het prettig is voor de naaste om op de hoogte te zijn van de behandeling, kan het risico op overbelasting van de naaste worden verlaagd en de kwaliteit van zorg voor de persoon met hersenletsel worden verbeterd. In verschillende evidence-based richtlijnen wordt aandacht besteed aan interventies gericht op het betrekken van de naaste van personen met een ziekte of aandoening en het voorkomen van overbelasting. Deze

informatie is beoordeeld door de werkgroep, aangevuld met overige wetenschappelijke literatuur, best-practice en practice-based overwegingen. Uit de analyse kwamen verschillende onderwerpen en interventies naar voren die binnen ergotherapie bij de naaste van personen met hersenletsel met name van belang zijn om balans in het dagelijks handelen van de naaste te vergroten. Voor deze onderwerpen zijn aanbevelingen geformuleerd.

Vanwege de onderbouwing vanuit de literatuur, richtlijnen, best-practice en de practice-based overwegingen over het positieve effect van voorlichting geven aan de naaste op balans in het dagelijks handelen heeft de werkgroep besloten een sterke aanbeveling te formuleren. De vorm en inhoud van voorlichting dienen individueel afgestemd te worden op de behoeften van de naaste. De Toolkit mantelzorg voor paramedici biedt praktische handvatten aan zorgprofessionals over hoe de naaste naar eigen tevredenheid te betrekken bij de behandeling. Wanneer de naaste tevreden is met diens rol binnen de behandeling, zal de balans in het dagelijks handelen worden vergroot. Vanwege de expert-based en practice-based overwegingen van het gebruiken van deze toolkit is ervoor gekozen om een zwakke aanbeveling te formuleren.

Het inzetten van een of meer interventies gericht op de balans in het dagelijks handelen van de naaste moet altijd in samenspraak met de naaste gebeuren. Om samen met de naaste passende doelen op te stellen kunnen de stappen van het [Samen Beslissen](#) model gevolgd worden. De werkgroep heeft op basis van informatie uit andere richtlijnen, practice-based overwegingen en expert-opinion besloten om hier een zwakke aanbeveling voor te formuleren. De interventies hoeven alleen ingezet te worden wanneer er een risico op overbelasting van de naaste is. De keuze voor specifieke interventies volgen uit overleg met de naaste. Welke interventie passend is, verschilt namelijk per situatie. Interventies die overwogen kunnen worden berusten grotendeels op best-practice en practice-based overwegingen. Daarom zijn er zwakke aanbevelingen geformuleerd voor de volgende interventies:

- praktische vaardigheden en probleemoplossend vermogen vergroten;
- adviseren over (technologische) hulpmiddelen en ondersteunen in het gebruik daarvan;
- respijtzorg bespreken;
- lotgenotencontact stimuleren;
- interdisciplinaire afstemming.

De werkgroep is ervan overtuigd dat technologische communicatie een waardevolle toevoeging kan zijn in de communicatie met de naaste, omdat het als tijdsefficiënt en laagdrempelig wordt ervaren. Het huidig gevonden bewijs hiervoor is onzeker. Daarom heeft de werkgroep besloten een zwakke aanbeveling te formuleren op basis van practice-based overwegingen.



ergotherapie
nederland