



**Groepsgewijze Cognitieve  
Revalidatie bij NAH-  
revalidatiepatiënten**

door Willem Vreeken

Opleiding kaderarts GRZ 2017-2018

Stafdocent: Ellen Vreeburg

Mentor: Claudia Oosterwaal

Datum: augustus 2018

## **Inhoudsopgave**

	<b>Pagina</b>
<b>Voorwoord .....</b>	<b>2</b>
<b>Hoofdstuk 1: Plan van aanpak.....</b>	<b>3</b>
<b>Hoofdstuk 2: Voorbereiding pilot.....</b>	<b>7</b>
<b>Hoofdstuk 3: De pilot .....</b>	<b>11</b>
<b>Hoofdstuk 4: Evaluatie van de pilot .....</b>	<b>13</b>
<b>Hoofdstuk 5: Vervolg en implementatie.....</b>	<b>20</b>
<b>Hoofdstuk 6: Conclusies .....</b>	<b>21</b>
<b>Hoofdstuk 7: Reflectie.....</b>	<b>22</b>
<b>Literatuur.....</b>	<b>24</b>
<b>Relevante websites.....</b>	<b>25</b>
<b>Bijlagen.....</b>	<b>26</b>

## Voorwoord



**‘Ik hoop jullie nooit terug te zien.  
Maar weet ook: Ik zal jullie nooit vergeten!  
Het waren leerzame en sfeervolle ochtenden!’**

Dit stond op een kaartje van een CVA-revalidant die meegedaan heeft aan de DenkWijzertraining en met ontslag ging. Hiervoor heb ik deze opdracht kwaliteitsverbetering gedaan!

Hoewel ik tijdens deze kwaliteitsverbetering veel gemeten heb, vragenlijsten ingevuld, etcetera, dan nog is kwaliteit niet altijd te ‘vangen’. Hierbij citeer ik René ten Bos, Denker des Vaderlands: ‘Maar bedenk ook dat je een begrip als kwaliteit niet helder kunt krijgen. Kwaliteit is niet transparant, het is niet te meten. Je kunt kwaliteit ook niet organiseren. Je organiseert er altijd omheen.’<sup>1</sup> Dat laatste heb ik met deze kwaliteitsverbetering met veel plezier gedaan.

Hierbij bedank ik tevens de deelnemers aan de DenkWijzertraining, de werkgroep cognitieve revalidatie, stakeholders, collega’s van de GRZ en Marieke Terwel, voor hun bijdrage aan deze mooie kwaliteitsverbetering!!

---

<sup>1</sup> Medisch Contact 12 april 2018, p.17

## Hoofdstuk 1: Plan van aanpak

### Motivatie voor de keuze

De onzichtbare gevolgen van een CVA, zoals geheugen-, aandacht en planningsproblematiek, zijn letterlijk te weinig zichtbaar in het revalidatietraject van de CVA-revalidatiepatiënten op onze revalidatieafdeling. Geheugenstoornissen komen zeer frequent voor na hersenletsel; stoornissen in aandacht en snelheid van informatieverwerking komen bij 40 procent van de CVA-patiënten voor; planningsproblemen komen bij een aanzienlijk aantal patiënten met hersenaandoeningen voor<sup>2</sup>. De psycholoog doet een neuropsychologisch onderzoek naar de cognitieve stoornissen en geeft (omgangs)adviezen. Dit onderzoek en deze adviezen worden multidisciplinair besproken en toegelicht aan de CVA-revalidatiepatiënt en mantelzorger(s). De praktijk leert dat adviezen niet altijd de zorg bereiken. De ergotherapeut traint de cognitie op functioneel gebied en geeft adviezen met betrekking tot bijvoorbeeld de ADL. In de praktijk is het werkplan rondom ADL vaak niet specifiek genoeg voor de zorg. Bij talige problematiek is de logopediste betrokken in de behandeling, maar ook hier is de link met de zorg vaak te beperkt. Momenteel wordt er nog weinig interdisciplinair samengewerkt rond cognitieve stoornissen. Interdisciplinair samenwerken houdt in dat de behandelaren met elkaar en/of de zorg meekijken tijdens therapie of ADL. De meeste therapie vindt nog monodisciplinair plaats in eigen therapieruimte of kantoor van de behandelaar.

De afgelopen periode heb ik over cognitieve revalidatie gesproken met managers en collega's van het multidisciplinair revalidatieteam: GZ-psycholoog, ergotherapeut, logopedist, fysiotherapeut, activiteitenbegeleider, zorg, specialist ouderengeneeskunde, waarvan sommigen cursussen cognitieve revalidatie volgen. Allen zijn ze enthousiast over het onderwerp en zien het belang om de kwaliteit van de cognitieve revalidatie te verbeteren. Ik heb met hen gesproken over het belang om de interdisciplinaire samenwerking rondom cognitieve revalidatie te verbeteren, en groepsgewijze cognitieve revalidatie op te zetten. Met de schaarste in behandelingen binnen de DBC is het een voordeel van groepsgewijze revalidatie dat uren beter benut worden, en uiteindelijk de revalidant meer uren behandeling krijgt: therapietijd wordt gemaximaliseerd!

Een inspirerend voorbeeld van groepsgewijze interdisciplinaire cognitieve revalidatie vind ik de DenkWijzertraining, ontwikkeld binnen het Laurens in Rotterdam, een centrum voor geriatrische revalidatie. Dit is een groepsgewijze training van cognitieve stoornissen, educatieve training en spelelementen. Het wordt ondersteund door de meest recente wetenschappelijke inzichten, en is uitgebreid in de praktijk toegepast.

Het doel van mijn kwaliteitsverbetering was dan ook dat het opzetten van groepsgewijze cognitieve revalidatie de kwaliteit van de revalidatie na een CVA ten goede komt en de revalidant beter en eerder met ontslag naar huis kan.

### Probleemstelling

De multidisciplinaire behandeling van de onzichtbare gevolgen van CVA is te weinig samenhangend en heeft te weinig en te laat aandacht in de behandeling van de CVA-revalidatiepatiënten. Hierdoor kan het revalidatieproces na een CVA belemmerd worden. Uiteindelijk kunnen CVA-revalidatiepatiënten en mantelzorgers daardoor in de thuissituatie vastlopen en kan de kwaliteit van leven negatief beïnvloed worden.

---

<sup>2</sup> Richtlijn Neuropsychologische Revalidatie, 2017, p.30 e.v.

## Doel project

Opzetten van groepsgewijze cognitieve revalidatie voor CVA-revalidatiepatiënten, waarin de interdisciplinaire behandeling van de onzichtbare gevolgen van een CVA centraal staat, en er door efficiëntie meer behandeluren beschikbaar komen. Dit zal leiden tot een intensivering en kwaliteitsverbetering van de revalidatie, met als gevolg dat de CVA-revalidatiepatiënt beter en eerder met ontslag naar huis kan. Dit wil ik meten door:

1. Gedurende drie maanden voorafgaande aan de pilot de USER cognitieve vragenlijst af te laten nemen bij opname en ontslag door de psycholoog samen met de zorg. Vervolgens dit vijf maanden te doen tijdens de pilot. De toename van de scores bij ontslag ten opzichte van de opname wijst op verbetering van het cognitief functioneren gedurende de revalidatie. Een toename van het verschil tussen de scores bij opname en ontslag met minimaal vijf procent tijdens de pilot ten opzichte van de drie maanden voorafgaande aan de pilot, definieer ik als succesvol.

2. Ik wil de gemiddelde opnameduur tot ontslag naar huis meten door een nulmeting te doen bij de start van de pilot en een meting aan het einde van de pilot na vijf maanden. Een gemiddelde afname van de opnameduur van minimaal tien procent definieer ik als succesvol. De opnameduur CVA vanaf januari tot en met oktober 2017 was voor alle cliënten gemiddeld 38,7 dagen (incl. heropname ziekenhuis, overlijden en opname WLZ): een afname van tien procent staat gelijk aan een afname van 3,9 dagen naar 34,9 dagen.

Vervolgens zal het programma groepsgewijze cognitieve revalidatie gerealiseerd en geïmplementeerd worden op de geriatrische revalidatieafdeling.

## Vragen

- Wat zijn de behoeften van de CVA-revalidatiepatiënten en mantelzorgers in de behandeling van onzichtbare gevolgen van een CVA?
- Is het programma van DenkWijzertraining een onderbouwd en geschikt programma voor implementatie op onze revalidatieafdeling? Zijn er nog andere programma's of methodes die het onderzoeken waard zijn?
- Wat is een geschikt screeningsinstrument om het cognitief functioneren te meten?
- Zijn er andere doelgroepen naast CVA-revalidatiepatiënten voor cognitieve revalidatie? Zo ja, welke? En kunnen deze ook deelnemen binnen het op te zetten programma?
- Hoe het project te implementeren en te borgen? Bijvoorbeeld door een zorgpad cognitieve revalidatie te ontwikkelen, om groepsgewijze cognitieve revalidatie en de multidisciplinaire en interdisciplinaire samenwerking in te passen.

## Voorwaarden

- Project moet aansluiten bij de visie van de GRZ-afdeling.
- Het project heeft gezien het multidisciplinaire karakter van het onderwerp de noodzaak van een multidisciplinaire werkgroep.

- Gedurende het project heeft de projectleider regelmatig (minimaal 1 x per 3 maanden) overleg met de manager van de GRZ-afdeling (opdrachtgever). Daarnaast worden andere leden van het multidisciplinair team regelmatig (minimaal 1x per 3 maanden) ingelicht door de projectleider over de voortgang van het project.
- Het project is zoveel mogelijk op wetenschappelijk bewijs gebaseerd.
- Het project is en blijft behapbaar qua omvang voor alle deelnemers van de werkgroep.
- Er wordt gedurende het project gebruik gemaakt van de kwaliteitscirkel “Plannen, Uitvoeren, Controleren, Bijstellen”.

### Evaluatie

De evaluatie van de kwaliteitsverbetering wilde ik meten op (zie boven: doel project):

1. de verbetering van het cognitief functioneren gedurende de opname.
2. de verkorting van de opnameduur op de geriatrische revalidatieafdeling doordat de CVA-revalidatiepatiënt eerder naar huis kan.

Daarnaast heb ik geëvalueerd op de volgende punten:

1. De cognitieve groepsbehandeling draait iedere dag en is voor 80% gevuld.
2. Er is dagelijks een geschikte en rustige ruimte beschikbaar waar de cognitieve groepsbehandeling gehouden wordt.
3. De triage voor de cognitieve groepsbehandeling gebeurt in het eerste MDO na opname.
4. De uitval tijdens de cognitieve groepsbehandeling is maximaal 10% van de CVA-revalidatiepatiënten.

### Deelnemers werkgroep

GZ-psycholoog, twee ergotherapeuten, logopedist, activiteitenbegeleider, Gespecialiseerd Verzorgende Psychogeriatric (GVP), fysiotherapeut (in de opstartfase), kaderarts geriatrische revalidatie i.o. (projectleider)

### Externe projectorganisatie

Stakeholders zijn manager van de GRZ-afdeling (opdrachtgever) en manager behandelzaken en verpleegkundige dienst.

### Benodigde tijdsinvestering (schatting)

- 20-30 uur per deelnemer werkgroep
- 10 uur fysiotherapeut
- 40-50 uur projectleider

TIJDPAD <sup>3</sup>	2017									2018							
	Mei	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Jan	Feb	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Aug	Sept
Plan van aanpak	x																
Uitnodigen werkgroep en bespreken plan van aanpak en tijdsplan.		x															
Inlezen literatuur door de werkgroep		x	x	x	x												
Onderzoek behoeften CVA-revalidatiepatiënten en mantelzorgers op de afdeling, en in de literatuur.		x	x	x	x												
Evaluatie literatuur en onderzoek behoeften CVA-revalidatiepatiënten en mantelzorg.				x	x												
Ontwikkelen van voorstel groepsgewijze cognitieve revalidatie en starten met invullen USER.				x	x	x	x										
Pilot groepsgewijze cognitieve revalidatie								x	x	x	x	x					
Evaluatie pilot en schrijven definitief voorstel												x					
Toelichten definitief voorstel afdeling en management												x					
Realisatie en implementatie van het programma												x	x	x	x		
1 <sup>e</sup> versie inleveren															20 juni		
Definitieve versie inleveren																	19 sept
Nazorg, borging en vernieuwen van het programma																	Sept 2018 e.v

<sup>3</sup> Toelichting: zie bijlage

## Hoofdstuk 2: Voorbereiding pilot

In juni 2017 heb ik na overleg met beide stakeholders een werkgroep cognitieve revalidatie gestart, waarbij tevens de inzet van uren van de leden van de werkgroep is besproken, om het project behapbaar te houden. De werkgroep is samengesteld met leden vanuit het multidisciplinair team, de meesten met ervaring en/of geschoold in de cognitieve revalidatie. Eind juni was de eerste bijeenkomst van de werkgroep, waarin ik het plan van aanpak heb toegelicht. Tot de start van de pilot in november hebben we een aantal vergaderingen gehad. Daarin hebben we gesproken over de inhoud van het theorieboek en modulenboek van de DenkWijzertraining, geschreven door Marieke Terwel, gezondheidszorgpsycholoog en cognitief gedragstherapeut binnen de CVA-revalidatie. Zij heeft een compleet behandelprogramma voor groepsgewijze cognitieve revalidatie ontwikkeld, met het accent op psycho-educatie. Vanuit het plan van aanpak, ter voorbereiding op de pilot, hebben we ons binnen de werkgroep bezig gehouden met een aantal thema's:

- Behoeften van CVA-revalidanten en mantelzorg bij cognitieve problematiek
- De DenkWijzertraining
- Andere behandelprogramma's
- Diagnosegroepen
- Screeningsinstrument cognitief functioneren

Deze thema's worden hieronder verder uitgewerkt.

### Behoeften van CVA-revalidanten en mantelzorg bij cognitieve problematiek

De behoeften van CVA-revalidanten en mantelzorgen in de behandeling van onzichtbare gevolgen van een CVA heb ik onderzocht middels een klein onderzoekje door vier CVA-revalidanten en één mantelzorger te interviewen<sup>4</sup>. Hoewel het om een klein aantal interviews gaat, kan er wel informatie uit gehaald worden die antwoord geeft op de vraag betreffende de behoeften van de CVA-revalidanten en mantelzorgers in de behandeling van onzichtbare gevolgen van een CVA. Er zijn overeenkomsten met de uitkomsten vanuit de Zorgstandaard CVA/TIA. De CVA-zorg wordt hierin door patiënten en naasten geëvalueerd<sup>5</sup>. Daarbij werd gekeken naar zorg die naar de ervaring van de patiënten bijdraagt aan een betere gezondheid en kwaliteit van leven. Overeenkomsten zijn er betreffende de wens om meer informatie over de ziekte, en de wens om meer aandacht voor cognitieve, neuropsychologische en sociale gevolgen. Daarnaast is er de behoefte aan lotgenotencontact, hoewel dit wisselt per revalidant. Verder valt in de interviews op dat er niet direct behoefte is aan therapie in groepen; een merendeel heeft geen behoefte aan meer therapie; de weekagenda vindt men belangrijk en men is tevreden over de revalidatie is z'n geheel.

### De DenkWijzertraining

Hier volgt een beschrijving van de DenkWijzertraining in verband met mijn voornemen deze in haar geheel te implementeren. De DenkWijzertraining is een innovatieve vorm van cognitieve revalidatie binnen de geriatrische revalidatiezorg. Cognitieve revalidatie binnen de geriatrische revalidatiezorg is relatief nieuw, er is meer aandacht voor gekomen de laatste jaren. Een praktische vorm is voor het eerst uitgewerkt in de DenkWijzertraining. De term 'DenkWijzertraining' geeft aan dat revalidanten 'wijzer' worden betreffende veranderingen in denkprocessen, anderzijds wijst het revalidanten de weg naar cognitieve revalidatiemethoden

---

<sup>4</sup> Zie bijlage

<sup>5</sup> Zorgstandaard CVA/TIA, 2012, p. 5 e.v.



die bijdragen aan het zo ‘wijs’ mogelijk inzetten van de cognitieve capaciteit.

Het trainingsboek van de DenkWijzertraining bevat drie categorieën:

Allereerst wordt het thema beroerte en cognitieve gevolgen besproken, de nadruk ligt hier bij de psycho-educatie.

De tweede categorie betreft de cognitieve functies geheugen, aandacht en executieve functies: psycho-educatie en vaardigheidstraining.

De derde categorie betreft verschillende cognitieve revalidatie methoden die worden besproken en praktisch toegepast, bijvoorbeeld foutloos leren, training agendagebruik, ezelsbruggetjes.

Totaal bestaat de training uit twaalf modules, elke module duurt een week, die ieder uit vijf sessies van één uur bestaan. De sessies worden gegeven door verschillende therapeuten. Tijdens de sessies wordt een thema besproken, opdrachten gegeven, een puzzel gedaan of een bordspel gespeeld of andere creatieve vormen. Agendatraining staat iedere dag op het programma. De revalidanten krijgen huiswerk mee. De inhoud van de DenkWijzertraining is met name gebaseerd op bestaande behandelprotocollen voor cognitieve revalidatie die op effectiviteit zijn onderzocht. Dit sluit aan bij één van de voorwaarden van het project namelijk dat deze zoveel mogelijk op wetenschappelijk bewijs is gebaseerd. Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de DenkWijzertraining. Van Marieke Terwel begreep ik dat een verzoek daartoe helaas is afgewezen.

*Samengevat staan centraal:*

- Groepsgewijze psycho-educatie over de onzichtbare gevolgen van Niet Aangeboren Hersenletsel
- Eerste stappen in de cognitieve revalidatie
- Lotgenotencontact
- Agendabeheer en huiswerk

Deze elementen sluiten aan bij de Zorgstandaard CVA/TIA, maar ook bij de aanbevelingen vanuit de Multidisciplinaire Richtlijn Herseninfarct en Hersenbloeding<sup>6</sup>:

- Overweeg cognitieve revalidatie na CVA bij cognitieve stoornissen, om hen te leren omgaan met cognitieve gevolgen in het dagelijks leven.
- Gerichte informatie en psycho-educatie dient altijd aangeboden te worden.
- Strategietraining (bijv. agendagebruik) is effectief bij onder andere aandacht, geheugen en executieve functies. Dit is zinvol tot vele jaren na een CVA bij lichte of matige cognitieve stoornissen.

Deze aanbevelingen zijn van belang, omdat bij ontslag naar huis de cognitieve stoornissen meer op de voorgrond komen te staan in de complexiteit van het dagelijks leven. Daarop moeten revalidanten goed voorbereid worden tijdens de revalidatieperiode, zodat ze de grip weer op hun eigen leven terug kunnen krijgen.

*Werkbezoek*

Om de DenkWijzertraining nader te onderzoeken en te zien hoe deze in de praktijk functioneert, hebben we met de werkgroep een werkbezoek afgelegd bij de instelling waar Marieke Terwel werkzaam is: de GRZ-locatie van stichting Saffier te Den Haag, waar de DenkWijzertraining gegeven wordt.

Tijdens dit werkbezoek hebben we bij de DenkWijzertraining meegekeken. Er waren die dag tijdens de sessie zes deelnemers, een therapeut en een vrijwilliger. De training wordt bewust gegeven óp de afdeling, zodat het zichtbaar is, maar ook makkelijk bereikbaar voor minder mobiele revalidanten. We hebben gesproken met de zorgcoördinator, physician assistent,

---

<sup>6</sup> Multidisciplinaire Richtlijn Herseninfarct en Hersenbloeding, 2017, p.421

specialist ouderengeneeskunde, therapeuten, locatiemanager en Marieke Terwel. De training wordt gegeven door therapeuten vanuit verschillende vakgebieden, waardoor er verschillende accenten gegeven worden op de aangeboden informatie. We hebben veel informatie uit dit inspirerende bezoek gebruikt bij het opzetten van de pilot.

### *Visie GRZ*

De DenkWijzertraining moet aansluiten bij de visie van de GRZ-afdeling. Daarin wordt het belang benoemd van therapie voor cognitieve problemen, en er wordt van de cliënt een actieve deelname gevraagd in het herstel- en revalidatieproces. De DenkWijzertraining sluit hierbij aan.

### Andere behandelprogramma's

Er zijn binnen de revalidatie ook andere behandelprogramma's voor cognitieve revalidatie ontwikkeld, zoals 'Niet rennen maar Plannen'. Deze training is echter ontwikkeld voor poliklinische revalidatie in het ziekenhuis, en niet voor de GRZ binnen het verpleeghuis. Er bestaan geen ander behandelprogramma's specifiek voor groepsgewijze cognitieve revalidatie binnen de GRZ.

### Diagnosegroepen

Marieke Terwel gaf tijdens het werkbezoek aan dat zij de doelgroep voor de DenkWijzertraining had verbreed van CVA-revalidanten naar alle revalidanten met NAH. Binnen de werkgroep was hier ook snel overeenstemming over te vinden om dit te doen: Doelgroep voor de pilot wordt alle revalidanten met cognitieve problematiek ten gevolge van CVA, hersentrauma, hersentumoren, delier, beginnende dementie, Parkinson, MS en overige aandoeningen.

### Screeningsinstrument cognitief functioneren

Ik ben op zoek gegaan naar een geschikt screeningsinstrument om het cognitief functioneren te meten. Daarbij heb ik overleg gevoerd met de psychologen en ergotherapeuten gezien hun deskundigheid op het gebied van cognitief functioneren. Ik ben zelf gaan zoeken in de richtlijnen. Vanuit de Multidisciplinaire Richtlijn Herseninfarct en Hersenbloeding wordt de aanbeveling gegeven bij cognitieve problematiek na CVA te screening middels Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in (sub)acute fase en vervolgens een kort NPO<sup>7</sup>. Deze herziene richtlijn was echter nog niet uit bij het voorbereiden van de pilot. Vanuit de CBO-richtlijn beroerte, 2009, was er nog geen geschikt screeningsinstrument voor screening op cognitief gebied. De ergotherapeuten waren tijdens de voorbereiding van de pilot geen voorstander van het gebruik van de MoCA. De USER-cognitie<sup>8</sup> werd al een periode ingevuld door de zorg, en ik wilde, omdat er een landelijk onderzoek naar de USER in de GRZ loopt, hier meer ervaring mee opdoen. Ik heb de USER-cognitie voorgesteld en met de werkgroep besproken. De andere leden waren ook bereid dit meetinstrument te gebruiken, en daarom hebben ik gekozen voor de USER-cognitie. Ik vond dat het invullen hiervan door de zorg alléén geen goede afspiegeling gaf van het cognitief functioneren, daarom heb ik voorgesteld dat zij dit samen met de psychologen zouden gaan doen. De psychologen gingen hiermee akkoord. Het voordeel is dat de psychologen hiermee snel een eerste indruk krijgen van het cognitief functioneren van een revalidant.

---

<sup>7</sup> Multidisciplinaire Richtlijn Herseninfarct en Hersenbloeding, 15-12-2017, p.415

<sup>8</sup> Zie bijlage

In de periode voor de pilot zijn we gestart met het invullen van de USER-cognitie bij opname en ontslag door de psycholoog samen met de zorg, bij revalidanten die in aanmerking zouden komen voor groepsgewijze cognitieve revalidatie.

Naast de USER-cognitie, wat meer een objectief meetinstrument is, zijn we in de loop van de pilot begonnen met een subjectief meetinstrument: de vragenlijst subjectieve ervaring cognitief functioneren cliënt<sup>9</sup>. Het idee hiervoor ontstond na mailcontact tussen onze psycholoog en Marieke Terwel. Dit extra meetinstrument is opgesteld door onze psychologen om de subjectieve ervaring van de cliënt van zijn/haar cognitief functioneren uit te kunnen vragen. Hierbij kan je ook zicht krijgen op het ziekte-inzicht. Ik vond het een heel goed idee om de subjectieve beleving mee te nemen in de screening, en daarmee een completer beeld te krijgen van de revalidant. Deze vragenlijst wordt bij opname en ontslag door de arts samen met de cliënt ingevuld.

### Samenvattend

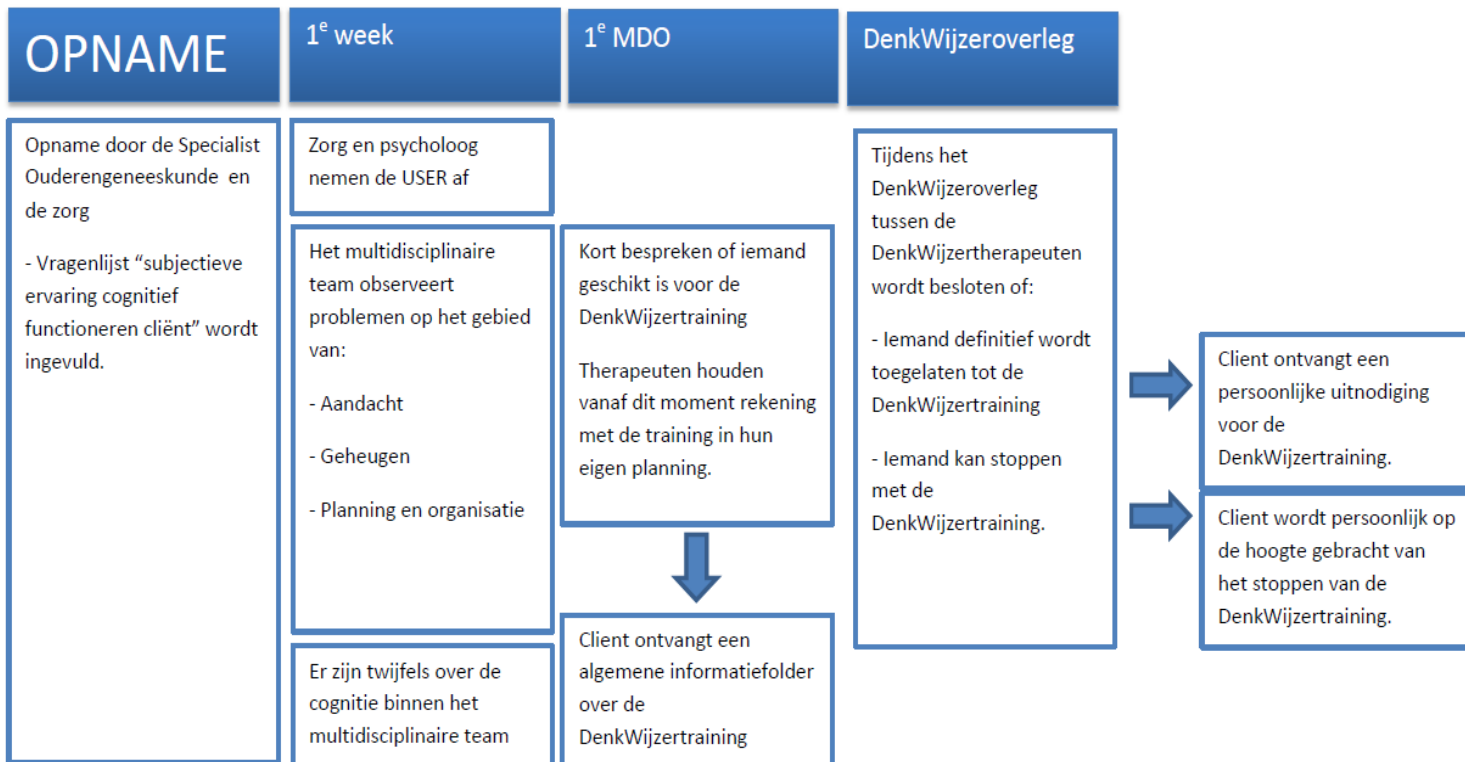
Vanuit de bovenstaande thema's concludeerden we vanuit de werkgroep dat de DenkWijzertraining in zijn geheel een geschikt en praktisch goed uitvoerbare groepsgewijze cognitieve revalidatie is voor onze revalidanten na NAH. Als screeningsinstrumenten hebben we gekozen voor de USER-cognitie en de vragenlijst subjectieve ervaring cognitief functioneren cliënt. Ter voorbereiding van de pilot hebben we in november presentaties gehouden voor collega's van de GRZ-afdeling, het managementberaad en in de CVA-keten in Harderwijk. Hier hebben we een toelichting gegeven op de pilot en inhoud van de DenkWijzertraining.

---

<sup>9</sup> Zie bijlage

## Hoofdstuk 3: De pilot

De pilot van de DenkWijzertraining liep van november 2017 tot maart 2018, hierbij zijn alle 12 modules<sup>10</sup> van het trainingsboek doorlopen. Voor de triage voor instroom en uitstroom van deelnemers, heb ik samen met leden uit de werkgroep onderstaand stroomschema ontwikkeld:



**Figuur 1: Stroomschema triage DenkWijzertraining**

Zoals uit het stroomschema is op te maken wordt direct vanaf opname het hele multidisciplinaire team betrokken bij het in kaart brengen van de cognitie. De reden is dat een revalidant zo snel mogelijk moet kunnen instromen in de DenkWijzertraining, om zo maximaal mogelijk te kunnen profiteren van de training. Na de persoonlijke uitnodiging maakt het medisch secretariaat een agenda<sup>11</sup> voor deze revalidant.

Als blijkt dat een revalidant tijdens de DenkWijzertraining niet goed mee kan doen, bijvoorbeeld vanwege een te slechte cognitie, slechte conditie of storend gedrag, dan wordt in het DenkWijzeroverleg besproken deze revalidant te laten stoppen. Het uitstromen van een revalidant wordt door de arts persoonlijk medegedeeld. Van elk DenkWijzeroverleg worden notulen gemaakt, waardoor afspraken te vinden zijn over in- en uitstroom van revalidanten. Op een whiteboard op de verpleegpost staan de namen van de revalidanten voor de DenkWijzertraining, zodat het hele multidisciplinaire team op de hoogte is van wie er deelnemen.

Elke therapeut heeft een vaste dag in de week waarop de DenkWijzertraining gegeven wordt: twee ergotherapeuten, logopedist, activiteitentherapeut en psycholoog. Ik geef een dag in

<sup>10</sup> Is 12 weken

<sup>11</sup> Te downloaden via [www.allesisrevalidatie.nl/voorlichting.html](http://www.allesisrevalidatie.nl/voorlichting.html)

module 1 en 7 over de gevolgen van een beroerte en andere hersenaandoeningen op het brein, en ben reserve. Ik vind het leerzaam om een groep te begeleiden en te zien hoe mensen met hun cognitieve beperkingen en mogelijkheden omgaan, en steun vinden bij elkaar.



#### **Een bijeenkomst van de DenkWijzertraining**

Voor iedere deelnemer wordt binnen het behandelplan een standaarddoel DenkWijzertraining gemaakt:

- Probleemomschrijving: U heeft cognitieve problemen ten gevolge van.....
- Doel: U heeft inzicht in uw eigen cognitief functioneren en u maakt zelfstandig of met hulp gebruik van een agenda en bent op de hoogte van verschillende cognitieve revalidatiemethoden en past deze toe in de DenkWijzertraining.

Voortgang voor MDO: Er wordt 1x per week een verslag gemaakt door een van de therapeuten. De andere therapeuten gaan akkoord met dit verslag.

## Hoofdstuk 4: Evaluatie van de pilot

Er hebben tijdens de pilot 15 revalidanten deelgenomen aan de DenkWijzertraining.

	N	%
	15	
Man	7	47
Vrouw	8	53
Leeftijd (jaar)	Gemiddeld 81	Spreiding 55-93
CVA	N 13	% 86
Dementie	1	7
Delier/geheugenproblematiek	1	7
Opnameduur (dagen)	Gemiddeld 59	Spreiding 20-112
Triage in eerste MDO	N 13/13	% 100
Presentie	n.v.t.	97,6
Uitval DenkWijzertraining	5/15	33

**Tabel 1. Kenmerken deelnemers pilot DenkWijzertraining**

In tabel 1 worden de kenmerken van de deelnemers aan de DenkWijzertraining weergegeven. De verhouding man en vrouw is ongeveer gelijk, de leeftijd gemiddeld 81 jaar, met een spreiding van 55 tot 93 jaar. Het overgrote deel, 86%, had een CVA doorgemaakt, daarnaast twee deelnemers met respectievelijk dementie en delier/geheugenproblematiek. De opnameduur was gemiddeld lang, namelijk 59 dagen, met een spreiding van 20 tot 112 dagen. Dit is ruim boven het de gemiddelde ligduur CVA in de periode jan-okt 2017 van 38,73 dagen. Er zaten revalidanten bij die het gemiddelde behoorlijk omhoog hebben getrokken, bijvoorbeeld de revalidant met 112 dagen opname, die nauwelijks heeft meegedaan met de DenkWijzertraining. De CVA-revalidanten die heel kort revalideerden stroomden niet in vanwege een te korte opnameduur. Van Marieke Terwel begreep ik dat de DenkWijzertraining in haar ervaring geen verkorting van de opnameduur oplevert.

De triage voor de DenkWijzertraining gebeurde bij alle deelnemers in het eerste MDO. In het format van het MDO is de DenkWijzertraining opgenomen. De eerste twee deelnemers waren al opgenomen voor start pilot, waardoor er al MDO's waren geweest. In het DenkWijzeroverleg werd in de eerste week na opname definitief besloten of iemand kon instromen.

Aanwezigheid cliënten bij de DenkWijzertraining is 97,6 %, dat is ruim boven de 80% die gesteld was als minimum voor aanwezigheid. Daarbij is elke maandag tot en met vrijdag de DenkWijzertraining gegeven, met uitzondering van de kerstdagen, die op doordeweekse dagen vielen. Redenen van afwezigheid zijn ontbijt, ziekte, overvol programma, onduidelijk.

Uitval tijdens de pilot is 5 van de 15 (=33%), dit is hoger dan de 10% in het plan van aanpak. De redenen waren divers, en niet altijd te voorzien:

- te moeilijk; bij matige-ernstige dementie; afgehaakt na twee dagen.
- komt niet goed mee met de groep, pikt de aangeboden stof niet op; diagnose dementie werd

gesteld op basis van NPO; na drie modules<sup>12</sup> gestopt.  
 - te confronterend, te vermoeiend; na vier modules gestopt.  
 - uitval door veel somatische complicaties en heropnames, nauwelijks bijeenkomsten bezocht.  
 - verstoring groepsproces, bij ernstige cognitieve problematiek; gestopt na drie modules.  
 Twee deelnemers stopten op eigen initiatief, drie deelnemers stroomden op verzoek van de therapeuten uit.

De kleine huiskamer was zeer geschikt, prikkelarm en op de afdeling, waardoor de training zichtbaar was. Vanwege een opknopbeurt en een betere spreiding van revalidanten over de huiskamers, moesten we tijdelijk uitwijken naar een ruimte buiten de afdeling. Deze was veel minder geschikt vanwege de transporttijd. Na een “mislukte” proef in de grote huiskamer zijn we weer in de kleine huiskamer terug. Er wordt gebruik gemaakt van een scherm, omdat het ook een ruimte is waar ontbeten wordt. Mogelijk wordt de aanvangstijd nog verzet naar 10 uur.

### USER-cognitie

Evaluatie van de verbetering van het cognitief functioneren gedurende de opname: Gedurende drie maanden heb ik voorafgaande aan de pilot de USER cognitie vragenlijst af te laten nemen bij opname en ontslag door de psycholoog samen met de zorg. Vervolgens is dit vijf maanden gedaan tijdens de pilot. Dit zijn de resultaten:

Client	USER opname	USER ontslag	Vershil
1	34	19	-15 (somatische/gedragsproblematiek.)
2	46	46	0
3	50	50	0
4	43	32	-11 (geen complicaties)
5	46	47	+1
6	25	-	

**Tabel 2. USER-cognitie vóór pilot**

<sup>12</sup> 1 module = 1 week

Clïënt	USER opname	USER ontslag	Vershil
1	46	46	0
2	30	-	Gestopt na twee dagen bij matig-ernstige dementie
3	47	29	-18 (na vier modules gestopt)
4	32	46	+14
5	48	49	+1
6	20	-	Gestopt bij heropnames in het ziekenhuis, en uiteindelijk overleden.
7	30	39	+9
8	40	34	-6
9	36	38	+2
10	28	-	Gestopt i.v.m. verstoring groepsproces bij ernstige cognitieve problematiek.
11	35	50	+15
12	30	38	+8
13	42	43	+1
14	14	-	Gestopt na drie modules bij dementie (NPO)

Tabel 3. USER-cognitie tijdens pilot



Er is een voorzichtige trend te zien van een verbetering van de USER-cognitie tijdens de pilot in vergelijking met de groep vóór de pilot. Verder lijkt er lijkt een omslagpunt te zijn rond de score van 30 punten: Daaronder stoppen revalidanten met de DenkWijzertraining, daarboven doen ze succesvol mee. Hierbij is er een uitzondering van een revalidant die start met 47 punten en eindigt met 29 punten, die eerder de training stopt, mogelijk bij somatische problematiek.

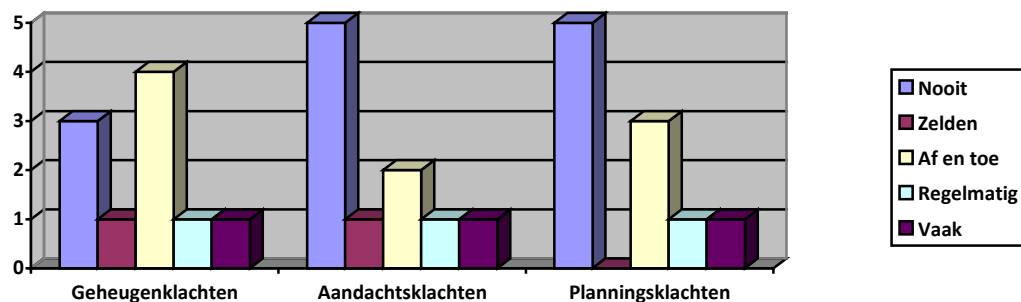
Commentaar van de psychologen, die de USER-cognitie invulden met de zorg, is dat er zeer variabele scores uit de test komen, die vaak niet overeen komen met het klinisch beeld dat iemand vertoont. Het hangt erg af bij wie, wanneer en met wie van de zorg je de scorelijst afneemt. Daarnaast is de interdisciplinaire variatie tussen de psychologen onderling groot. Het is ook subjectief in de vragenlijst welke taak bijvoorbeeld bedoeld wordt. Tenslotte is het een behoorlijke tijdsinvestering in vergelijking met wat het oplevert.

Als werkgroep hebben we besloten te stoppen met de USER-cognitie, omdat we twijfelen aan de betrouwbaarheid. Daarnaast is de USER niet opgenomen in de richtlijnen.

De psychologen zijn, in samenspraak met de medische vakgroep, begonnen met de MoCA<sup>13</sup> af te nemen na opname. Dit in navolging van de Multidisciplinaire Richtlijn Herseninfarct en Hersenbloeding. We gaan vervolgen of de MoCA een beter alternatief is dan de USER-cognitie om de cognitie in kaart te brengen en als instrument vooraf aan de triage voor de DenkWijzertraining.

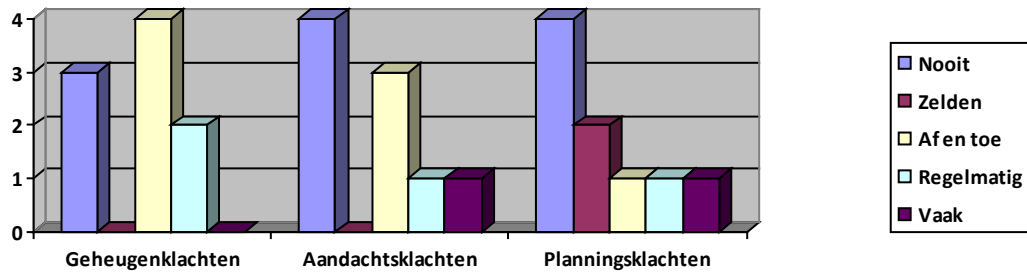
#### Vragenlijst subjectieve ervaring cognitief functioneren

Bij totaal 10 cliënten is deze lijst ingevuld (er werd later tijdens de pilot mee gestart). Ik nam de lijst af bij start en na afronding van de DenkWijzertraining, waarbij de antwoorden de subjectieve beleving van de cliënten weergeven. De uitkomsten zijn te vinden in de bijlage, in onderstaande tabellen zijn de uitkomsten samengevat:



**Tabel 4. Uitkomsten bij start van de DenkWijzertraining (10 cliënten)**

<sup>13</sup> Zie bijlage

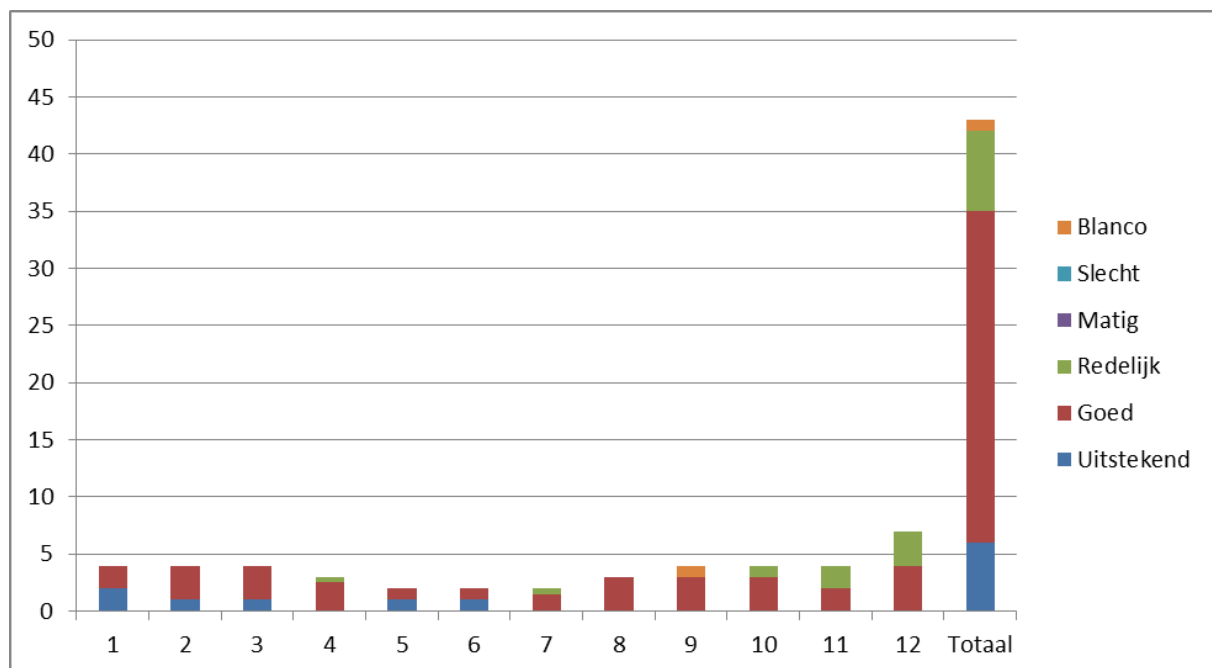


Tabel 5. Uitkomsten na afronding van de DenkWijzertraining (9 cliënten (1 was gestopt))

Er zijn hier ook grote variaties te zien tussen deelnemers. Het viel mij op dat sommige revalidanten objectief gezien cognitieve stoornissen hadden, maar dat ze dat zelf niet ervaren. Dit geeft een indicatie dat er mogelijk een verminderd ziekte-inzicht speelt. Ze ervaren deze dan ook niet als vervelend. Hieruit leer ik, dat ik bij opname kritisch moet zijn als iemand aangeeft geen cognitieve problemen te hebben. De vragenlijst kan mij helpen om het gesprek te voeren over de cognitieve problemen en de bewustwording ervan voor de revalidant.

Evaluatie door deelnemers van die DenkWijzertraining:

Aan het einde van elke module vulden de deelnemers een evaluatieformulier in, en konden beoordelen hoe ze de module hebben ervaren. In onderstaande tabel staan de uitkomsten per module. Er zijn totaal 43 beoordelingen gedaan, waarvan 6 uitstekend, 29 goed, 7 redelijk en 1 blanco. Dat betekent dat ruim 81% een beoordeling goed of uitstekend geeft, wat een hoog percentage is.



Tabel 5. Beoordeling modules DenkWijzertraining.

Wat hebben revalidanten geleerd? Enkele citaten:

- *Bewust dat ik meer dingen vergeet*
- *Handvatten om geheugen op te frissen*
- *Geleerd hoe hersens werken*
- *Dat er veel middelen zijn om wat te onthouden*
- *Je moet je aandacht erbij houden en je niet af laten leiden*
- *PRET – pauze, rust, een ding tegelijk, tempo aanpassen*
- *Ezelsbruggetjes maken, verbanden leggen*
- *Eerst denken dan doen*
- *Bevestigd wat ik al wist*

Ervaringen van revalidanten die meegedaan hebben aan de DenkWijzertraining:<sup>14</sup>

### **“Ik ga tóch vooruit”**

Op 2 januari 2018 kreeg mevrouw J. een beroerte als gevolg van een aneurysma, een gescheurde aorta. Na ontslag uit het ziekenhuis begon het revalidatieproces. Mevrouw heeft vooral problemen met het onthouden en concentreren, en daarnaast met het plannen. Tijdens de DenkWijzertraining krijgt ze handvatten om weer de regie te krijgen over haar leven. “De training is nodig, want ik wil graag weer naar huis. En thuis wil ik zo goed mogelijk functioneren. Ik doe allerlei activiteiten om mijn hersens te trainen. Confronterend, maar ik ga tóch vooruit. In het begin kon ik geen letter meer schrijven en nu kan ik al veertien letters perfect schrijven. Leren plannen is ook belangrijk voor de dagstructuur.”

### **“Alles wat ik moet doen, schrijf ik op”**

Op een nacht werd meneer K. wakker met een rare pijn in zijn arm. De diagnose: een herseninfarct. Acht weken revalideerde hij bij De Voord, waar zijn vrouw al sinds 2012 woont. “Wat ik heb geleerd in de DenkWijzertraining? Geduld hebben en rustig blijven. Lastig, want ik ben altijd druk en wil altijd van alles doen en vertellen. Ik heb ook geleerd om alles op te schrijven wat ik die dag ga doen. En ik maak voortaan boodschappenlijstjes. De training was dus heel nuttig voor me.”

### Evaluatie vanuit werkgroep

#### *Positieve punten:*

- Revalidanten hebben meer inzicht in de eigen onzichtbare gevolgen na NAH en passen geleerde strategieën toe in de praktijk, waardoor ze de grip weer terugkrijgen op hun leven.
- Het interdisciplinaire samenwerken is toegenomen door te werken met eenzelfde groep revalidanten.
- De groepsvorming die optreedt ten gevolge van de training heeft een positief effect: elkaar meenemen, herkenning bij elkaar, zien van elkaars positieve punten. Soms worden na afloop adressen uitgewisseld.
- Triage gebeurt altijd in het eerste MDO. Format MDO draagt daaraan bij.
- Je leert de revalidant beter kennen. Het valt bijvoorbeeld op als schrijven niet meer lukt of gehoorproblematiek in een groep. Er kan vervolgens een verwijzing logopedie volgen of andere acties. De behandeling wordt daardoor breder, betere zorg wordt geleverd.
- Verbreding van de doelgroep van CVA naar andere doelgroepen heeft geen problemen

---

<sup>14</sup> Uit artikel (concept) over DenkWijzertraining in het magazine van Zorgverlening Het Bakken, juli 2018

opgeleverd, en geeft meer revalidanten de mogelijkheid om mee te doen. Bij een reeds gestelde dementie alert zijn op de ernst ervan: bij een matig-ernstige dementie is het onverstandig om patiënt te laten instromen.

- Positieve ervaring met weekagenda van de DenkWijzertraining. Er zijn concrete plannen om deze voor de hele revalidatieafdeling te gebruiken.
- Behandelingen worden door groepsbehandeling efficiënt gebruikt.

#### *Knelpunten:*

- Een geschikte ruimte
- Administratieve zaken kosten veel tijd, delegeren naar ondersteunende diensten is vaak lastig.
- Beschikbaarheid therapeuten bij krapte/ziekte in vakgroepen.
- Plannen andere therapieën lastiger, omdat er voor de deelnemers dagelijks een uur niet ingepland kan worden.
- Therapeuten zijn soms veel tijd bezig met cliënten halen. Afdeling weet wel de namen van de cliënten die meedoen. Het bord op de verpleegpost wordt niet meer gebruikt om namen op te zetten.
- Uren komen nu niet uit. Bij de logopedie en ergotherapie blijkt een sterke stijging van het aantal uren vanuit de DBC.

#### *Actiepunten:*

- Stop USER-cognitie, deze vervangen door de MoCA.
- Continueren vragenlijst subjectieve ervaring cognitief functioneren.
- Na stoppen DenkWijzertraining cognitie vervolgen in het MDO.
- Wekelijks namenlijst deelnemers in verpleegpost vernieuwen.
- In overleg met stakeholder medisch secretariaat meer betrekken bij administratieve ondersteuning.
- Volgen stijging intensievere producten DBC en vertaling naar formatie. Leidinggevende heeft toegezegd flexibele contracten te willen sluiten bij toename CVA revalidanten.

#### *Conclusie:*

De pilot wordt door revalidanten en deelnemers van de werkgroep als een kwaliteitsverbetering ervaren. Met veel enthousiasme en energie is er gewerkt. Er is gebruik gemaakt van de kwaliteitscirkel. Het voornemen is om de DenkWijzertraining verder te implementeren binnen de revalidatie. Ruimte, tijd en geld zijn de uitdagingen die er liggen.

## Hoofdstuk 5: Vervolg en implementatie

De DenkWijzertraining is doorgegaan na de pilot. Samen met een therapeut heb ik presentaties gehouden voor het managementberaad, GRZ-afdeling/artsen, raad van toezicht en CVA-keten Zwolle, waarin de pilot van de DenkWijzertraining toegelicht. Hierbij veel positieve reacties gekregen: de DenkWijzertraining wordt in het algemeen gezien als een kwaliteitsverbetering binnen de GRZ. De raad van toezicht is bereid hierin te investeren, ondanks dat het financiële plaatje nog niet helemaal helder is. Ik heb de uitnodiging gekregen om over een jaar nogmaals langs te komen om de DenkWijzertraining te evalueren. Onze bestuurder noemt in haar voorwoord voor het magazine van de organisatie<sup>15</sup>: “Er zijn prachtige successen te delen, zoals het succes van het werken met de DenkWijzertraining in de Geriatrische Revalidatie”. Binnenkort verschijnt er een artikel over de DenkWijzertraining in dit magazine met foto’s en interviews! Vanuit de presentatie CVA-keten Zwolle diverse reacties gekregen op de vraag:

“De Denkwijzertraining vind ik...”



Het belangrijkste aandachtspunt voor verdere effectieve implementatie is het evalueren van de DBC-producten: Is er een intensivering te zien van deze producenten? Zo ja, dan kan dat in uitbreiding van formatie van de therapeuten worden omgezet, voor de ergotherapie is dat inmiddels gebeurd.

De DenkWijzertraining wordt verder geïmplementeerd en geborgd: vanaf september 2018 wordt er een zorgpad cognitieve revalidatie ontwikkeld, met daarin de DenkWijzertraining verankerd. Minimaal twee keer per jaar zal de DenkWijzertraining geëvalueerd, vernieuwd en bijgesteld worden naar nieuwe wetenschappelijke inzichten en ervaringen in de praktijk.

<sup>15</sup> Het magazine van Zorgverlening Het Baken, Jaargang 5, Nummer 1, Mei 2018

## **Hoofdstuk 6: Conclusies**

Door de DenkWijzertraining:

- Is de cognitieve problematiek meer centraal in de revalidatie gekomen.
- Leer je de revalidant beter kennen, behandeling wordt breder, betere zorg wordt geleverd.
- Is het interdisciplinair samenwerken toegenomen.
- Worden behandeluren efficiënt gebruikt.
- Gaat de revalidant niet eerder, maar wel met meer grip op zijn of haar leven terug naar huis.

## Hoofdstuk 7: Reflectie

Terugblikkend op deze mooie kwaliteitsverbetering voel ik een zekere mate van voldoening met wat ik heb bereikt, samen met anderen! Als projectleider heb ik veel mogen doen, regelen, mailen, appen, inspireren, presenteren. Het heeft mij de nodige tijd en energie gekost..., toch ging het ook heel natuurlijk. Ik kwam samen met de andere leden van mijn werkgroep al snel in een positieve flow, zeker na het inspirerende werkbezoek in Den Haag! Het enthousiasme van de leden van de werkgroep voor cognitieve revalidatie maakte dat veel zaken makkelijk werden opgepakt, en dat er eigen initiatieven kwamen, zoals het aandragen van een subjectief meetinstrument door de psychologen. Dergelijke initiatieven heb ik zeker gestimuleerd, waarbij ik wel keek of het paste binnen mijn opdracht en tijdschema. Ik heb dus sturing gegeven aan het proces, maar heb niet 'hard hoeven te trekken' aan collega's. Wel moest ik af en toe collega's herinneren aan afspraken, zoals bijvoorbeeld het afnemen van interviews en de USER-cognitie. Het overzicht houden wie wat moest doen en tegelijkertijd het tijdschema in de gaten houden was soms lastig, en dreigde ik wel eens iets te vergeten. Bij een volgend project zou ik zaken nog meer structureel willen aanpakken, bijvoorbeeld door gebruik te maken van een digitale agenda.

Lastig vond ik hoe ik de kwaliteitsverbetering meet van deze multidisciplinaire interventie. Gebruik ik daarvoor vragenlijsten die kwantitatieve informatie opleveren, zoals de USER-cognitie of de MoCA? Of moet ik meer de subjectieve beleving meten die meer kwalitatieve gegevens oplevert, zoals de vragenlijst subjectieve beleving van de cliënt, de beoordelingsformulieren van de DenkWijzertraining of inhoudelijke reacties van de deelnemers? Ik ben tot de conclusie gekomen dat zowel de kwantitatieve meer objectieve uitkomsten, als de kwalitatieve meer subjectieve uitkomsten, samen leiden tot multidimensionale uitkomsten, die iets zeggen over de kwaliteitsverbetering. Verder zou het zeer wenselijk zijn dat er wetenschappelijk onderzoek gedaan wordt naar het effect van de DenkWijzertraining op cognitief functioneren.

Knelpunten zoals een geschikte ruimte, tijd en krapte bij therapeuten, gaven me soms frustratie, en lange adem om zaken voor elkaar te krijgen: Veel mensen binnen de organisatie had ik hierbij nodig, zoals managers, EVV'ers, mensen van de technische dienst (over bijvoorbeeld een scherm in de huiskamer) of receptionisten (bijvoorbeeld over kopiëren). Mijn 'strategie' was dat ik steeds weer het contact zocht door in gesprek te gaan, even langs liep, een afspraak plande etcetera. Ik stelde hierbij vooraf zo min mogelijk hoge eisen die niet haalbaar waren, het was soms onderhandelen. Ik ben ook wel 'hogerop' gegaan naar managers om zaken voor elkaar te krijgen. Als een knelpunt werd overwonnen, dan gaf dat voldoening, omdat ik het uiteindelijk deed voor de revalidant en zijn of haar herstel. Soms moest ik me neergeleggen bij het maximaal haalbare, daarna probeerde ik het los te laten. Dat laatste heb ik geleerd om frustratie te voorkomen. Ik heb ook geleerd dat ik bij volgend projecten de onderwerpen als tijd, formatie, geld en ruimte nog strakker wil neerzetten samen met stakeholders, en deze ook regelmatig te evalueren om niet het risico te lopen vast te lopen.

Wisselingen in de werkgroep en van beide stakeholders vergden flexibiliteit en betrekken van nieuwe mensen: Mijn leidinggevende, een van de stakeholders, kreeg in het najaar een nieuwe baan. Na haar vertrek werd er een interim-leidinggevende aangesteld. De andere stakeholder, manager GRZ, is in april vertrokken, waarna er direct een opvolger kwam. Zij kwam van intern, en was daarom een bekende voor mij, wat een voordeel was. Ik heb haar direct kunnen betrekken bij het project, mede ook omdat ik in die periode een presentatie gaf voor het managementberaad over de DenkWijzertraining, waar zij bij aanwezig was. Zij was direct

enthousiast over de inhoud. Met haar en mijn eigen leidinggevende heb ik afgesproken de financiële gevolgen (intensivering DBC-producten) in relatie tot de formatie van therapeuten verder te vervolgen.

Ik heb geleerd dat als ik iets grondigs wil verbeteren in de organisatie, een gestructureerd plan van aanpak heel belangrijk is. Daarnaast dat ik een verbetertraject multidisciplinair doe, ook met mensen breed uit de organisatie, zoals bijvoorbeeld een receptioniste en leden van de raad van toezicht.

Tenslotte waren flexibiliteit, geduld en doorzettingsvermogen van mijzelf belangrijk om dit project tot een goed einde te brengen! Deze positieve en intensieve leerervaring ga ik zeker gebruiken voor andere projecten die ik wil gaan doen!



## Literatuur

- Balen, van R., Peppen, van R., Achterberg, W., 2017. Transparantie in de geriatrische revalidatie, Een basisset meetinstrumenten. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde.
- Berns, P.E.G., e.a., CBO & TNO., 2015. Logopedische richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen'. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Bertens, D., Heugten, van C., Spikman, J., 2017. Richtlijn neuropsychologische revalidatie. Nederlands Instituut van Psychologen, Secties Neuropsychologie en Revalidatie.
- Beurskens, S., Peppen, van, R., 2012. Meten in de praktijk, Stappenplan voor gebruik meetinstrumenten in de gezondheidszorg.
- Bianca I. Buijck, Sytse U. Zuidema, Monica Spruit-van Eijk, Hans Bor, Debby L. Gerritsen & Raymond T.C.M. Koopmans, 2014: Determinants of geriatric patients' quality of life after stroke rehabilitation, Aging & Mental Health
- Buijck, B.I., 2013. Multi-dimensional challenges in geriatric rehabilitation; the GRAMPS-study.
- CBO-richtlijn Beroerte, kwaliteitsorgaan voor de gezondheidszorg. Utrecht: CBO, 2009.
- Dippel, D.W.J., e.a., 2017. Richtlijn Herseninfarct en hersenbloeding. Richtlijnen-database.
- Fasotti, L., 2005. Cognitieve revalidatie: varen zonder kompas? Inaugurele rede bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar klinische neuropsychologie. Radboud Universiteit Nijmegen.
- Frowijn, T., Vermeer, M., Koop, R., Schreuder, R., 2016. USER draagt bij aan voorspelling revalidatieduur GRZ, Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde.
- Grol, R., Wensing, 2013. Implementatie, Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Vijfde druk.
- Langhorne, P., Bernhardt, J., Kwakkel, G., 2011. Stroke Care 2; Stroke rehabilitation. The Lancet.
- Limburg, M., Voogdt, H., Werkgroep Zorgstandaard CVZ/TIA, 2012. Zorgstandaard CVA/TIA.
- Rasquin, S.M.C., van Heugten, C.M., 2007. Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel, Consortium Cognitieve Revalidatie.
- Spruit- van Eijk, M., 2012. Determinants of outcome in Geriatric Rehabilitation; the GRAMPS study.

- Steultjens, E.M.J., Cup, E.H.C., Zajec, J., Van Hees, S., 2013. Ergotherapie richtlijn CVA. Nijmegen/Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland.
- Ten Brink AF, Hajos TR, van Bennekom C, Nachtegaal J, Meulenbelt HE, Fleuren JF, Kouwenhoven M, Luijkx MM, Wijffels MP, Post MW., 2017. Predictors of physical independence at discharge after stroke rehabilitation in a Dutch population. International Journal of Rehabilitation Research.
- Terwel, J.M., 2016. DenkWijzertraining, Groepsgewijze cognitieve revalidatie bij beperkingen in het geheugen, de aandacht en het executief functioneren.
- Terwel, J.M., 2016. DenkWijzertraining in uitvoering, trainingsboek.
- Thiesen, J., Sicking, A.H.J.M., Fengler, R.K.B., Post, M.W.M., Visser-Meily, A.J.M., 2013. Gebruik USER in het verpleeghuis, Bruikbaarheid van de USER versus de Barthelindex. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde.

### **Relevante websites**

- [www.allesisrevalidatie.nl](http://www.allesisrevalidatie.nl)
- [www.boompsychologie.nl](http://www.boompsychologie.nl)
- [www.cognitieverevalidatie.nl](http://www.cognitieverevalidatie.nl)
- [www.cva-vereniging.nl](http://www.cva-vereniging.nl)
- [www.dehoogstraat.nl](http://www.dehoogstraat.nl)
- [www.kennisbank-projectaanpak.nl](http://www.kennisbank-projectaanpak.nl)
- [www.kennisnetwerkcv.nl](http://www.kennisnetwerkcv.nl)
- [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl)

## Bijlagen

### Tijdpad

1. Plan van aanpak: 31 mei 2017
2. Uitnodigen werkgroep en bespreken plan van aanpak en tijdspad: juni 2017
3. Inlezen (wetenschappelijke) literatuur o.a. boek DenkWijzertraining door de leden van de werkgroep: juni – september 2017
4. Onderzoek behoeften CVA-revalidatiepatiënten en mantelzorgers m.b.t. de onzichtbare gevolgen van een CVA op de revalidatieafdeling, en in de (wetenschappelijke) literatuur: juni – september 2017
5. Evaluatie (wetenschappelijke) literatuur (o.a. boek DenkWijzertraining) en onderzoek behoeften CVA-revalidatiepatiënten en mantelzorgers: augustus - september 2017
6. Ontwikkelen van een voorstel groepsgewijze cognitieve revalidatie en starten met invullen USER-cognitie bij opname en ontslag bij CVA-revalidatiepatiënten: augustus – november 2017
7. Pilot groepsgewijze cognitieve revalidatie: november 2017 – maart 2018
8. Evaluatie pilot, resultaten en ervaringen met betrekking tot groepsgewijze cognitieve revalidatie: maart 2018
9. Aan de hand van de evaluatie eventueel aanpassen plan: maart 2018
10. Toelichten plan aan afdeling en management: maart 2018
11. Realisatie en implementatie van het programma: maart – juni 2018
12. 1<sup>e</sup> versie inleveren: 20 juni 2018
13. Definitieve versie inleveren: 19 september 2018
14. *Na het project:*  
Nazorg en borging van het programma. Programma continue vernieuwen en bijstellen naar nieuwe wetenschappelijke inzichten, ervaringen in de praktijk en evaluaties (minimaal 2x per jaar): september 2018 e.v.

## Interviews behoeften van CVA-revalidanten en mantelzorg bij cognitieve problematiek:

Uitgevoerd door mijzelf en twee leden van de werkgroep. Hieronder de vragen met één of meerdere van de gegeven antwoorden of een samenvatting ervan:

- Wat zijn uw behoeften in de behandeling van de gevolgen van het CVA zoals problemen op gebied van geheugen, aandacht en plannen?  
*De problemen op deze gebieden wisselen, de ene revalidant bemerkt geen problemen, de andere heeft wel problemen hiermee. Het gehoor wordt ook genoemd als oorzaak van 'cognitieve' problematiek.*
- Sluit de huidige revalidatie voldoende aan bij uw behoeften en leerdoelen om weer naar huis te kunnen? Zijn de revalidatieoefeningen en huiswerk nuttig?  
*Over het algemeen zijn de revalidanten en mantelzorg positief over de geboden therapieën en de oefeningen die ze zelf moeten doen.*
- Vindt u dat u voldoende therapietijd krijgt tijdens de revalidatie? Wat zou u er van vinden om in groepen therapie te krijgen? En wat als dat tot gevolg heeft dat u meer therapietijd krijgt?  
*De revalidanten zijn wel tevreden over de hoeveelheid therapie, één revalidant geeft aan "hoe meer therapie, hoe beter". Het merendeel geeft de voorkeur voor individuele therapie, één van de argumenten is dat een groep te druk is. Eén van de revalidanten doet mee aan het lunchproject in een groep.*
- Maakt u veel contact met medecliënten of bent u veel alleen? Wat zijn uw behoeften hierin, denk aan bijv. lotgenotencontact?  
*Er zijn in de huiskamer contacten met elkaar, ook is er de behoefte zich terug te trekken in de eigen kamer. Hardhorendheid speelt ook bij een revalidant parten in het maken van contact. De behoeften met betrekking tot lotgenotencontact wisselen. Er bestaat vrees om veel "ellende" te horen, zeker als de ander er slechter aan toe is. Een ander vindt het fijn om met één of twee mensen veel om te gaan en dingen te delen.*
- Bent u tevreden over de ondersteuning bijvoorbeeld ten aanzien van verwerking?  
*Er is ondersteuning uit het sociale netwerk, zoals familie, kerk. Er is geen specifieke behoefte om begeleid te worden door een psycholoog. Bij de andere therapeuten is vaak al genoeg ruimte hiervoor.*
- Bent u voorgelicht over het ziektebeeld en de gevolgen?  
*De meeste revalidanten zeggen niet voorgelicht te zijn over het ziektebeeld CVA, terwijl daar wel behoefte aan is. Eén revalidant heeft hierover wel informatie gekregen in het ziekenhuis, maar niet over de gevolgen van het CVA.*
- Wat vindt u van de weekagenda? Is deze zinvol en bruikbaar voor u?  
*Over het algemeen is men positief er over, en wordt die dagelijks gebruikt. Tijden kloppen niet altijd. Voor de mantelzorg is het prettig om te zien wanneer het handig is om langs te komen.*
- Heeft u nog algemene tips of opmerkingen over de revalidatie en therapieën, die nog niet besproken zijn?  
*Geen tips, wel een positieve beoordeling van de revalidatie door de meeste revalidanten.*

## USER-cognitie

	<u>Score (0-5)</u>
<b>Communicatie</b>	
15. Zich uiten	_____
16. Begrijpen	_____
<b>Cognitie</b>	
17. Visuele waarneming	_____
18. Oriëntatie in plaats en tijd	_____
19. Aandacht	_____
20. Geheugen	_____
21. Taakuitvoering	_____
<b>Gedrag</b>	
22. Initiatief	_____
23. Gedragsregulatie	_____
24. Sociaal gedrag	_____
<b>Score Cognitief functioneren</b>	_____ /50

## Vragenlijst subjectieve ervaring cognitief functioneren cliënt

---

### Geheugen

Hebt u geheugenklachten?

*Bijvoorbeeld: vergeten van gesprekken, gelezen teksten, afspraken, inhoud van films of boeken, namen, gezichten, waar voorwerpen liggen. Weg kwijtraken in een bekende omgeving. Vergeten van recente gebeurtenissen of gebeurtenissen van vroeger. Moeite met het inprenten van nieuwe informatie of het ophalen ervan.*

- Nooit
- Zelden
- Af en toe
- Regelmatig
- Vaak

Hoe vervelend vindt u dat?

- Niet
- Tamelijk
- Erg

### Aandacht

Hebt u aandachtsklachten?

*Bijvoorbeeld: moeite om de aandacht vol te houden. Langzamer reactievermogen. Trager zijn in denken en handelen. Snel afgeleid zijn door gedachten of omgeving. Moeite om twee dingen tegelijk te doen. Moeite om na een korte onderbreking de draad weer op te pakken.*

- Nooit
- Zelden
- Af en toe
- Regelmatig
- Vaak

Hoe vervelend vindt u dat?

- Niet
- Tamelijk
- Erg

### Plannen

Hebt u moeite met plannen of organiseren?

*Bijvoorbeeld: moeite met ordenen, vooruitdenken en plannen. De dag of de week niet meer kunnen overzien. Slecht timemanagement. Problemen niet (meer) kunnen doorzien. Geen oplossingen meer kunnen bedenken voor alledaagse problemen. Moeite met onverwachte situaties of inflexibiliteit voor triviale veranderingen. Overfocus op details en de grote lijnen missen.*

- Nooit
- Zelden
- Af en toe
- Regelmatig
- Vaak


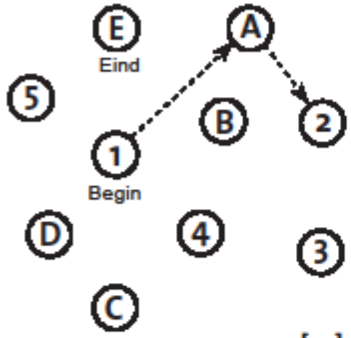



Hoe vervelend vindt u dat?

- Niet
- Tamelijk
- Erg

Uitkomsten vragenlijst subjectieve ervaring cognitief functioneren cliënt:

**Leeswijzer:** in de eerste 3 kolommen de cognitieve stoornissen bij opname in het **rood**.  
in de laatste 3 kolommen de cognitieve stoornissen bij ontslag in het **rood**.  
in het *blauw* antwoord op de vraag hoe de cliënt de betreffende cognitieve stoornis ervaart, uitgevraagd met de vraag *Hoe vervelend vindt u dat?*

Cliënt	OPNAME	OPNAME	OPNAME	ONTSLAG	ONTSLAG	ONTSLAG
	<b>Geheugen- klachten</b>	<b>Aandachts- klachten</b>	<b>Plannings- klachten</b>	<b>Geheugen- klachten</b>	<b>Aandachts- klachten</b>	<b>Plannings- klachten</b>
1 <i>Hoe vervelend vindt u dat?</i>	af en toe <i>tamelijk</i>	af en toe <i>tamelijk</i>	af en toe <i>niet</i>	af en toe <i>tamelijk</i>	af en toe <i>tamelijk</i>	af en toe <i>tamelijk</i>
2 <i>Hoe vervelend vindt u dat?</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	af en toe <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>
3 <i>Hoe vervelend vindt u dat?</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>gestopt</b>		
4 <i>Hoe vervelend vindt u dat?</i>	vaak <i>tamelijk</i>	vaak <i>tamelijk</i>	vaak <i>tamelijk</i>	regelmatig <i>tamelijk</i>	vaak <i>tamelijk</i>	vaak <i>tamelijk</i>
5 <i>Hoe vervelend vindt u dat?</i>	af en toe <i>tamelijk</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	af en toe <i>tamelijk</i>	af en toe <i>niet</i>	<b>zelden</b> <i>niet</i>
6 <i>Hoe vervelend vindt u dat?</i>	<b>zelden</b> <i>niet</i>	<b>zelden</b> <i>niet</i>	af en toe <i>niet</i>	af en toe <i>niet</i>	af en toe <i>niet</i>	regelmatig <i>niet</i>
7 = <b>gestopt</b> <i>Hoe vervelend vindt u dat?</i>	af en toe <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>
8 <i>Hoe vervelend vindt u dat?</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>
9 <i>Hoe vervelend vindt u dat?</i>	af en toe <i>tamelijk</i>	af en toe <i>tamelijk</i>	af en toe <i>tamelijk</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>	<b>nooit</b> <i>niet</i>
10 <i>Hoe vervelend vindt u dat?</i>	regelmatig <i>tamelijk</i>	regelmatig <i>tamelijk</i>	regelmatig <i>tamelijk</i>	regelmatig <i>tamelijk</i>	regelmatig <i>tamelijk</i>	<b>zelden</b> <i>tamelijk</i>

<b>VISUOSPATIEEL/EXECUTIEF</b>				Kopieer de kubus	Teken een klok (tien over elf) (3 punten)	<b>PUNTEN</b>			
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	_ /5			
<b>BENOEMEN</b>				[ ]		[ ]		[ ]	_ /3
<b>GEHEUGEN</b>	Lees de woorden op, proefpersoon moet ze nazeggen. Neem 2 maal af. Laat ze na 5 min. opnieuw opnoemen.		<b>GEZICHT</b>	<b>FLUWEEL</b>	<b>KERK</b>	<b>MADIELIEF</b>	<b>ROOD</b>	Geen punten	
	1e afname								
	2e afname								
<b>AANDACHT</b>	Lees de rij cijfers op (1 cijfer/sec). Proefpersoon moet ze in dezelfde volgorde nazeggen [ ] 2 1 8 5 4								_ /2
	Proefpersoon moet ze in omgekeerde volgorde nazeggen [ ] 7 4 2								
	Lees de rij letters op. De proefpersoon moet bij iedere letter A met zijn hand op de tafel tikken							Geen punten bij ≥ 2 ft	_ /1
	[ ] <b>F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B</b>								
	Serieel 7 aftrekken, beginnend bij 100 [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65							4 of 5 goed: 3 pt 2 of 3 goed: 2 pt 1 goed: 1 pt 0 goed: 0 pt	_ /3
<b>TAAL</b>	Zeg na: Ik weet alleen dat Jan vandaag geholpen zou worden. [ ]								_ /2
	De kat verstopte zich altijd onder de bank als er honden in de kamer waren. [ ]								
	Fluency: Noem binnen één minuut zo veel mogelijk woorden die beginnen met de letter D [ ] (N ≥ 11 woorden)								_ /1
<b>ABSTRACTIE</b>	Overeenkomst tussen bijv. banaan en sinaasappel = fruit [ ] trein-fiets [ ] horloge-liniaal								_ /2
<b>UITGESTELDE RECALL</b>	Woorden moeten herinnert worden zonder cue	<b>GEZICHT</b>	<b>FLUWEEL</b>	<b>KERK</b>	<b>MADIELIEF</b>	<b>ROOD</b>		Punten alleen voor recall zonder cue	_ /5
	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]								
<b>Optioneel</b>	Categoriecue								
	Meerkeuzecue								
<b>ORIËNTATIE</b>	[ ] Datum [ ] Maand [ ] Jaar [ ] Dag [ ] Locatie [ ] Plaats								_ /6
© Z.Nasreddine MD 2004, translated to Dutch by P.L.J. Dautzenberg and J.F.M. de Jonghe								Normaal ≥ 26 / 30	<b>TOTAAL</b> _ /30
<a href="http://www.mocatest.org">www.mocatest.org</a>								Tel er 1 pt bij op indien < 12 jr opleiding	