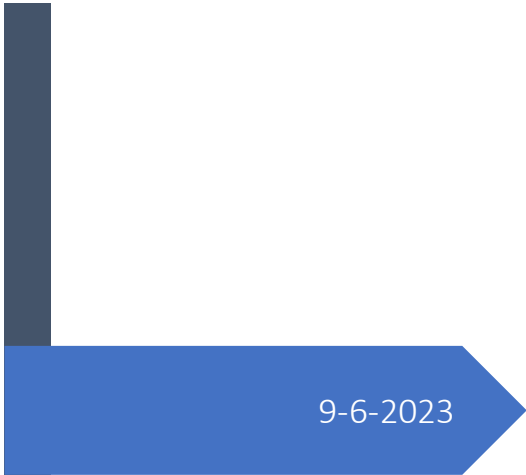


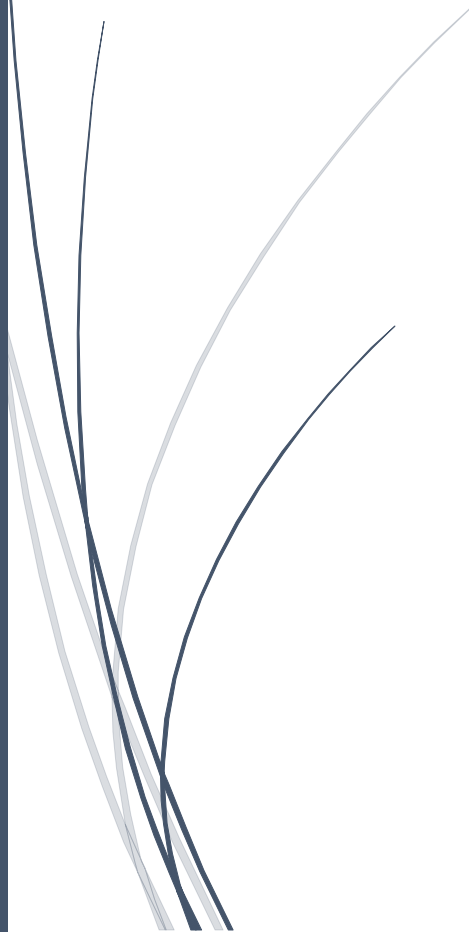
A thick dark blue vertical bar runs down the left side of the page. A blue arrow points to the right from this bar, containing the date.

9-6-2023

‘Zelfredzaamheid van CVA- revalidanten in de chronische fase

Afstudeeronderzoek

Versie is geschikt gemaakt voor
publicatie

Several thin, curved lines in dark blue and light grey originate from the bottom left and sweep upwards and to the right.

Nicky Franken
HOGESCHOOL ROTTERDAM

Student

Naam: Nicky Franken

E-mail:

Telefoonnummer:

Studentennummer:

Opleiding: Ergotherapie

Opdrachtgever

Naam:

E-mail:

Telefoonnummer:

Instelling

Naam: De M

Adres:

Begeleidend docent

Naam: Vera van Heijningen

E-mail:

Telefoonnummer:

Eerste beoordelaar: Vera van Heijningen

Tweede beoordelaar: Selma van Huijzen

Peergroep

Naam: Sabien van Buel

Studentennummer:

E-mail:

Naam: Fleur Jeschke

Studentennummer:

E-mail:

Datum

09-06-2023

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek 'zelfredzaamheid van CVA- revalidanten in de chronische fase'. Dit onderzoek is geschreven voor de afronding van de opleiding Ergotherapie aan de Hogeschool Rotterdam. Het schrijven van een onderzoek is een leerzaam proces geweest, waarbij ik kennis opgedaan heb over het analyseren van het probleem, de verschillende onderzoeksmethoden en het vergelijken van verschillende resultaten.

Aan dit onderzoek is gewerkt in een peergroep met Fleur Jeschke en Sabien van Buel. Ik wil Fleur en Sabien bedanken in de ondersteuning in het proces die wij doorgemaakt hebben en de momenten waarop wij samen konden overleggen en feedback konden geven. Daarnaast wil ik mijn opdrachtgever, Sandra de Deugd bedanken voor de begeleiding en ondersteuning tijdens het onderzoeksproces. Ondanks dat het een tijd heeft geduurd om in te leveren is zij mij blijven begeleiden. Tijdens het onderzoek zijn wij begeleidt door Vera van Heijningen, zij heeft voor mij de mogelijkheid opengezet om ons onderzoek door te zetten in jaar 4 nadat ik het niet gehaald had in jaar 3. Ik wil haar ook enorm bedanken voor deze mogelijkheid en alle feedback die ik ontvangen heb.

Ik wens u veel plezier met het lezen van mijn onderzoek!

Nicky Franken

Rotterdam, 9 juni 2023

Samenvatting

Inleiding met vraagstelling

Dit onderzoek is uitgevoerd voor een GRZ-organisatie genaamd de M. Aanleiding voor dit onderzoek is dat de ergotherapeuten van de M aangeven dat zij regelmatig te horen krijgen dat een revalidant het weer thuis functioneren na een opname periode voor revalidatie van een CVA tegenviel. Na ontslag uit de M is er vanuit de ergotherapie geen nazorg meer. De ergotherapeuten van de M zien het als een probleem dat de revalidant (meestal) geen nazorg krijgt omdat een terugval in de thuissituatie niet wenselijk is en de herwonnen zelfredzaamheid die in de GRZ behaald is verloren raakt. In de huidige situatie is niet bekend wat kwalitatief de beste en meest efficiënte manier is om een revalidant in chronische fase vanuit de ergotherapie te behandelen en begeleiden. In de gewenste situatie heeft de ergotherapie handvatten, zodat de kwaliteit van ergotherapeutische zorg en zelfredzaamheid van de revalidant behouden wordt in de chronische fase. Het doel van dit onderzoek is om de ergotherapeuten van de M kennis en inzicht te geven over hoe de revalidant na CVA met cognitieve stoornissen in de chronische fase behandeld en begeleid kan worden in de eerste zes weken na thuiskomst. Om zelfredzaamheid te behouden op het niveau die in de revalidatie fase is bereikt.

Methode

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn er drie deelvragen opgesteld. De literatuurstudie bestaat uit twee deelvragen over terugval in de zelfredzaamheid van de revalidant in de chronische fase en ergotherapeutische interventies die ingezet kunnen worden op zelfredzaamheid te behouden in de chronische fase. Om de literatuurvragen te kunnen beantwoorden is onder anderen gezocht in de databases CINAHL, Cochrane Library, Pubmed, Medline Academic search complete en Ebscohost. Er zijn zeventien artikelen gebruikt om de vragen te beantwoorden, deze vragen komen uit de databanken, Ergotherapie Nederland en via de sneeuwbal methode. Naast het literatuuronderzoek is er een praktijkonderzoek uitgevoerd met semigestructureerde interviews. In deze interviews werden meningen en ervaringen uitgevraagd van eerstelijns ergotherapeuten die CVA-revalidanten zien na revalidatie in de GRZ. Er zijn zes eerstelijns ergotherapeuten geïnterviewd om de praktijkvraag te kunnen beantwoorden.

Resultaten

Uit de literatuur kwam naar voren dat de drie thema's individuele capaciteit, ondersteuning voor zelfredzaamheid en een omgeving die de revalidant stimuleert gezamenlijk noodzakelijk zijn voor het realiseren van een optimale zelfredzaamheid van een CVA- revalidant.

Herschikking van dagelijkse routines, inconsistentie in het vervolgproces, onvoldoende begeleiding en disbalans worden ervaren door de mantelzorg. Een multidisciplinaire aanpak in de eerstelijnszorg wordt belangrijk geacht, maar is niet makkelijk is om in te zetten. Uit het praktijkonderzoek kwam dat in de GRZ weinig behandeltijd is, geen standaard huisbezoek en een beperkt proefverlof. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de overdracht van de GRZ naar de eerstelijns niet duidelijk genoeg is, de wachtlijst een probleem kan vormen en er een wisselende expertise is om cognitieve problematiek aan te pakken in de eerstelijns.

Conclusie

Er kunnen verschillende interventies ingezet worden door de ergotherapie om de revalidant in de chronische fase te behandelen en begeleiden zodat het niveau van zelfredzaamheid behouden kan worden. Ten eerste is een overdracht vanuit de GRZ belangrijk met de juiste informatie erin, zodat de eerstelijns ergotherapie snel en doelgericht te werk kan gaan.

Tijdens de GRZ zijn er ook een aantal verbeterpunten. Een proefverlof uitbreiden of verschuiven van weekend naar weekdays is er daar een van. Zowel in het literatuuronderzoek als praktijkonderzoek kwam de mantelzorg naar voren met een belangrijke rol, zij moeten dan ook meer begeleid worden vanuit de GRZ tijdens het traject.

De revalidant en mantelzorger krijgen veel informatie over zich heen en zullen dit niet allemaal kunnen onthouden, daarvoor kan een CVA-boekje opgesteld worden die zij krijgen vanuit de GRZ. Als laatste kwam uit zowel het literatuur als praktijkonderzoek naar voren dat een nazorgtraject of nazorgpoli een goede interventie zou zijn. Echter heeft dit meer voeten in de aarde om op te zetten en is hier extra onderzoek voor nodig op welke manier dit opgezet kan worden. Er zijn zes aanbevelingen opgesteld voor de M die toegepast kunnen gaan worden.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	6
Analyse.....	6
Methode	11
<i>Methode literatuuronderzoek</i>	<i>11</i>
Deelvragen	11
Databanken	12
Booleaanse operatoren.....	12
In- en exclusiecriteria	12
Selectie resultaten.....	12
<i>Praktijkonderzoek</i>	<i>13</i>
Deelvraag.....	13
Dataverzameling.....	13
Inclusiecriteria	14
Vragenlijst.....	14
Data uitwerken.....	14
Resultaten.....	15
<i>Resultaten literatuurstudie</i>	<i>15</i>
Terugval in zelfredzaamheid.....	15
Ergotherapeutische interventies zelfredzaamheid.....	17
Deelconclusie literatuuronderzoek.....	19
<i>Resultaten praktijkonderzoek</i>	<i>20</i>
Deelconclusie praktijkonderzoek.....	25
Discussie en aanbevelingen.....	26
Conclusie	28
Bibliografie.....	29
Bijlagen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<i>Bijlage 1</i>	<i>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</i>
<i>Bijlage 2</i>	<i>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</i>
<i>Bijlage 3</i>	<i>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</i>
<i>Bijlage 4</i>	<i>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</i>
<i>Bijlage 5</i>	<i>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</i>

Inleiding

Bij de M worden cliënten behandeld in de geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Het doel van de GRZ is om de kwetsbare ouderen te helpen terugkeren naar de thuissituatie om zo goed mogelijk te kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijk leven (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021). Er is een multidisciplinair team werkzaam bij de M met verschillende disciplines als fysiotherapie, specialist ouderengeneeskunde, activiteitentherapeuten, verpleegkundigen en ergotherapie (De M, z.d.). De ergotherapeuten dragen bij met hulpmiddelen, adviezen en interventies zodat het zelfstandig functioneren van de revalidanten in het dagelijks leven kan verbeteren. Door de samenwerking en de verschillende disciplines die de revalidant door de dag heen op verschillende momenten ziet is de revalidant de gehele dag bezig met revalideren.

Aanleiding voor dit onderzoek is dat de ergotherapeuten van de M aangeven dat zij regelmatig te horen krijgen (via collega's die de revalidanten later weer tegenkomen of via de klachtenfunctionaris) dat een revalidant het weer thuis functioneren na een opname periode voor revalidatie van een Cerebro Vasculair Accident (CVA) tegenviel. Bijvoorbeeld dat een revalidant is gevallen waardoor ze opnieuw in de GRZ terecht komt of depressief is geworden in de thuissituatie.

Analyse

Dit onderzoek richt zich op revalidanten die een CVA doorgemaakt hebben en cognitieve problematiek ervaren. In dit onderzoek staat de cognitieve problematiek centraal en daarom wordt er geen aandacht besteed aan de fysieke problematiek. Fysieke problematiek wordt niet meegenomen in dit onderzoek, aangenomen wordt dat dit voldoende behandeld is in het GRZ-traject en met de fysiotherapie en ergotherapie. Een CVA wordt veroorzaakt door acuut vasculair letsel aan een deel van de hersenen. Vasculaire oorzaken zijn onder anderen onvoldoende bloed toevoer naar een deel van de hersenen of het ruggenmerg (ischemische beroerte) en spontane bloedingen in een deel van de hersenen (primaire intracerebrale bloeding) of over de oppervlakte van de hersenen (subarachnoïdale bloeding) (Hankey, 2017). Herstel na een CVA verloopt in verschillende fases. Dit zijn de acute fase, revalidatiefase en chronische fase (Huijsman, 2014). In de acute- en revalidatiefase is een duidelijke vorm gegeven met informatieverstrekking, educatie en training. Maar in de chronische fase is geen

gerichte begeleiding. Juist in de chronische fase komen psychosociale problemen meer op de voorgrond te staan. Met het probleem dat de patiënt en zijn partner vaak uit beeld zijn voor de GRZ en dat het in de eerstelijns vaak niet zo georganiseerd is dat er op vaste tijden gestructureerd patiënten worden gevolgd (Van Erp et al., 2006).

Meer dan 50% van de mensen die een CVA hebben doorgemaakt hebben stoornissen in het cognitief functioneren. Hierdoor worden beperkingen ervaren in het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten en neemt participatie in de maatschappij af (Steultjens et al., 2013). De meest voorkomende cognitieve stoornissen ten gevolge van een CVA zijn executieve functiestoornissen en stoornissen in het redeneren en rekenen (van Cranenburgh, 2018). Ongeveer 75% van de mensen die een CVA doorgemaakt hebben, hebben executieve functiestoornissen (Chung et al., 2013). Executieve functies zijn cognitieve functies van hogere- orde wat het mogelijk maakt om efficiënt en doelgericht gedrag aangepast aan de omgeving te realiseren. Executieve functie is het bedenken van een doel, plannen waarop dat doel bereikt gaat worden, starten van de handeling, de handeling aanhouden en opvolgen van het gedrag en evalueren van het resultaat van de handeling (Lecompte et al., 2006). Met een executieve functiestoornis is het vermogen om zelfstandig te handelen verminderd.

De focus ligt binnen huidig onderzoek op revalidanten met de cognitieve stoornissen in aandacht, geheugen, planning en regulatie. Deze cognitieve stoornissen zijn veel voorkomende stoornissen bij CVA (Boelen et al., 2007). Allen & Earhart (1992) onderscheiden zes opeenvolgende cognitieve niveaus. Deze zes cognitieve niveaus worden ook bij de M gehanteerd. Het behandelbeleid van de M is dat een revalidant naar huis kan op het moment dat deze persoon op cognitief niveau vier functioneert. Niveau vier is het niveau van doelgerichte acties en is de revalidant in staat om zelfstandig te handelen. Echter is dit zelfstandig handelen wel routinematig en beoogd een bekend en voorspelbaar resultaat. Er is op niveau vier geen sprake van inzicht bij de revalidant en deze situatie kan leiden tot frustratie en onbegrip bij zowel de revalidant als de omgeving (Van Schouwen, 2009). Bij de M wordt gesproken over begin niveau vier en half niveau vier. Begin niveau vier laat de cliënt kleine routines zien en half niveau vier de routines. Kleine routines zijn bijvoorbeeld koffie of theezetten en routines zijn bijvoorbeeld koken.

De meest recente richtlijn ergotherapie-richtlijn CVA (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen et al., 2013) zegt dat de impact van de gevolgen van een CVA pas volledig wordt ervaren op het moment dat een revalidant thuiskomt en vele nieuwe dagelijkse problemen met zich meebrengt. In huidig onderzoek wordt de focus gelegd op de chronische fase van herstel. De chronische fase van herstel gaat in op het moment dat de patiënt terugkeert in de thuissituatie (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012). In de chronische fase bereikt de revalidant de limiet van het herstel en worden de permanente consequenties en beperkingen duidelijk waar die persoon mee moet leren leven. In de chronische fase moet er gewerkt worden aan acceptatie en een nieuw balans vinden in het dagelijks leven (Buijck & Ribbers, 2018).

De ergotherapeutische beroepscompetentie waar op gericht zal worden met dit onderzoek is behandelen en begeleiden.

Binnen het multidisciplinaire team van de M hebben ergotherapeuten een belangrijke rol. In de huidige situatie bekijken de ergotherapeuten de ontslagvoorwaarden voor de revalidant tijdens de intake en huisbezoek. Hierbij wordt ook de thuissituatie in kaart gebracht met de woning en (sociale) omgeving van de revalidant. Vanuit de verzamelde informatie wordt er bekeken in het multidisciplinair teamoverleg wat er nodig is voor de revalidant en wordt het revalidatieplan voor alle disciplines opgebouwd.

In de huidige situatie bij de M gaat de revalidant met ontslag als de behandeldoelen in het revalidatieplan behaald zijn. Deze behandeldoelen zijn erop gericht om de revalidant zo snel mogelijk veilig naar huis te kunnen laten gaan. Na ontslag uit de M is er vanuit de ergotherapie geen nazorg meer. Er is ambulante revalidatie mogelijk, echter wordt dit zelden ingezet door de M. Ambulante revalidatie is extramurale revalidatiezorg, de revalidant verblijft niet in de instelling (Baalbergen, 2019). De ambulante revalidatie wordt ingezet voor maximaal zes weken als de revalidant na ontslag nog minimaal twee therapeuten (inclusief specialist ouderengeneeskunde) nodig heeft. Dit wordt besloten in het multidisciplinair teamoverleg. In het verleden maakte de M gebruik van een dagbesteding bij Avoord (organisatie voor ouderenzorg) waar ambulante revalidanten werden opgevangen. De revalidant had een dag invulling en er kon therapie aangeboden worden op locatie. De

ambulante revalidatie en de dagbesteding werden zowel door de revalidanten, omgeving en het behandelteam als fijn ervaren. De ambulante revalidatie en dagbesteding worden niet vergoed vanuit de Diagnose Behandelcombinatie (DBC) bij de M. Wegens de te hoge kosten voor de M voor het bieden van deze service is de dagbesteding niet doorgezet.

Naast de ambulante zorg van de M is behandeling in de eerstelijns vanuit een andere organisatie een manier waarop revalidanten van de M nazorg kunnen krijgen. Echter is deze eerstelijnszorg niet zo georganiseerd dat ze op vaste tijden en meerdere keren per dag langs kunnen komen als in de tweede lijn (Van Erp et al., 2006). De ergotherapeuten van de M zien het als een probleem dat de revalidant (meestal) geen nazorg krijgt omdat een terugval in de thuissituatie niet wenselijk is en de herwonnen zelfredzaamheid die in de GRZ behaald is verloren raakt. Zelfredzaamheid is het vermogen van een individu om te kunnen functioneren op een acceptabel niveau op levensdomeinen zoals sociale ondersteuning en dagbesteding. Dit vermogen kan door de persoon zelf bereikt worden, of door de hulp van formele of informele hulpverleners (van Grieken et al., 2020). De kwaliteit van zorg is op dit moment onvoldoende omdat de ergotherapeutische zorg in de chronische fase niet aansluit bij wat de revalidanten nodig hebben.

In de huidige situatie is niet bekend wat kwalitatief de beste en meest efficiënte manier is om een revalidant in chronische fase vanuit de ergotherapie te behandelen en begeleiden. In de gewenste situatie heeft de ergotherapie handvatten zodat de kwaliteit van ergotherapeutische zorg en zelfredzaamheid van de revalidant behouden wordt in de chronische fase.

Er wordt momenteel zelden of geen ergotherapie vanuit de M ingezet in de chronische fase. Omdat de tweedelijnszorg vanuit de M niet doorgezet wordt in thuissituatie richt dit onderzoek zich op mogelijkheden in combinatie met de eerstelijns. Het onderzoek zal antwoord geven wat de beste keuze is voor opvolging van ergotherapie in de chronische fase; via ambulante revalidatie in de GRZ of een overdracht richting de eerstelijns.

Onderzoeksdoelstelling

De ergotherapeuten van de M hebben kennis en inzicht over hoe de revalidant na CVA met cognitieve stoornissen in de chronische fase behandeld en begeleid kan worden in de eerste zes weken na thuiskomst om zelfredzaamheid te behouden op het niveau die in de revalidatie fase is bereikt.

Onderzoeksvraag

Welke interventies kunnen vanuit de ergotherapie ingezet worden om een revalidant van de M na CVA met cognitieve stoornissen in de chronische fase te behandelen en te begeleiden zodat het niveau van zelfredzaamheid behaald tijdens de revalidatie fase behouden kan worden in de thuissituatie?

Deelvragen

Literatuuronderzoek

1. Wat is bekend in de literatuur over terugval in zelfredzaamheid in de chronische fase bij revalidanten na een CVA met cognitieve problematiek die ergotherapie gehad hebben tijdens klinische revalidatie en geen ergotherapie na ontslag?
2. Welke ergotherapeutische interventies zijn in de literatuur bekend om zelfredzaamheid te behouden bij revalidanten na een CVA met cognitieve problematiek in de eerste zes weken van de chronische fase?

Praktijkonderzoek

3. Hoe ervaren de eerstelijns ergotherapeuten op dit moment de overgang van CVA-revalidanten in de chronische fase tussen de GRZ en eerstelijns?

Methode

Methode literatuuronderzoek

Deelvragen

Door middel van een literatuurstudie zijn de volgende deelvragen beantwoord:

1. Wat is bekend in de literatuur over terugval in zelfredzaamheid in de chronische fase bij revalidanten na een CVA met cognitieve problematiek die ergotherapie gehad hebben tijdens klinische revalidatie en geen ergotherapie na ontslag?
2. Welke ergotherapeutische interventies zijn in de literatuur bekend om zelfredzaamheid te behouden bij revalidanten na een CVA met cognitieve problematiek in de eerste zes weken van de chronische fase?

Uit de deelvragen vloeiden de volgende zoektermen (zie tabel 1 en tabel 2) voort:

Deelvraag 1:

	Nederlands	Synoniemen	Engels
P	Revalidanten		Rehabilitants
	Chronische fase		Chronic phase, post-stroke
	CVA	Beroerte, toeval	CVA, stroke, cerebrovascular accident
	Cognitieve problematiek		Cognitive problems
I	Ergotherapie, klinische revalidatie, cognitieve revalidatie		Occupational therapy, clinical rehabilitation , cognitive rehabilitation
C			
O	Terugval		Relapse, decline
	Zelfredzaamheid		Self- sufficiency, self sustainability, self management

Tabel 1, zoektermen literatuurstudie eerste deelvraag

Deelvraag 2:

	Nederlands	Synoniemen	Engels
P	Revalidanten		Rehabilitants
	Chronische fase		Chronic phase, post- stroke
	CVA	Beroerte, toeval	CVA, stroke, cerebrovascular accident
	Cognitieve problematiek		
I	Ergotherapie		Occupational therapy
	Interventies		Interventions
C			

O	Zelfredzaamheid		Self- sufficiency, self sustainability, self management
	Bevorderen		Increase

Tabel 2, zoektermen literatuurstudie tweede deelvraag

Databanken

Om gerichte en passende literatuur te vinden voor het literatuuronderzoek is er gezocht in de databases CINAHL, Cochrane Library, PubMed, Medline, Academic search complete en Ebscohost. Deze databanken zijn geschikt voor paramedische beroepen, toegankelijk via Hogeschool Rotterdam en bevatten systematische reviews (Kuiper et al., 2016).

Booleaanse operatoren

Tijdens het zoeken zijn de Booleaanse operatoren gebruikt om zoekresultaten te verfijnen of te vergroten. 'AND' is gebruikt om de verschillende kernelementen van de PICO te combineren, 'OR' is gebruikt met synoniemen om de hoeveelheid artikelen te vergroten. 'NOT' is gebruikt om bepaalde resultaten niet te krijgen. Zie bijlage 1 voor de zoekresultaten.

In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria:

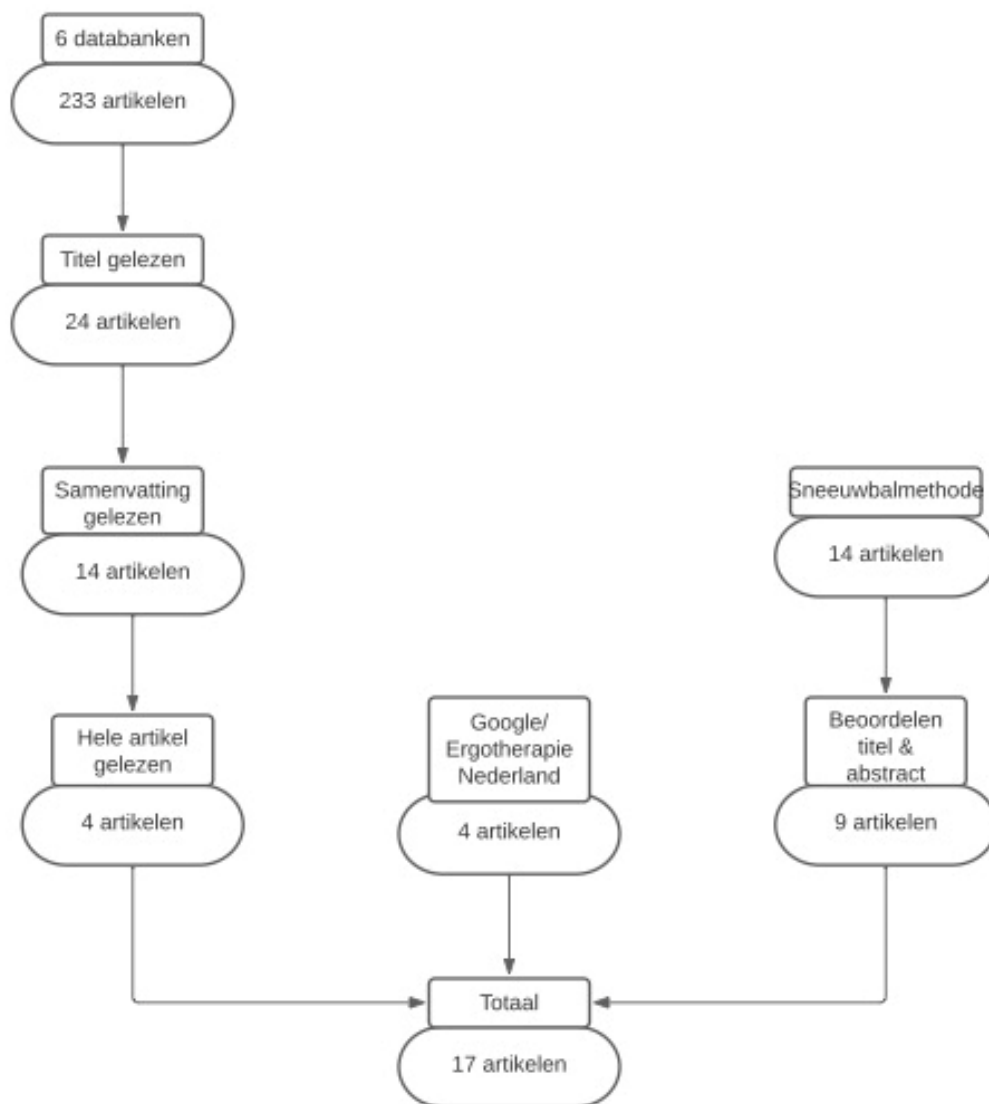
- Nederlandse taal
- Engelse taal
- Voorkeur hoogst mogelijke bewijs
- Moet toegankelijk zijn
- Ergotherapie of multidisciplinair

Exclusiecriteria:

- Alleen acute- en revalidatiefase

Selectie resultaten

Eerst wordt er geselecteerd op titel of het artikel mogelijk relevant is, dan op abstract of het mogelijk de onderzoeksvraag beantwoord en tenslotte wordt het gehele artikel gelezen. Vervolgens is via enkele gevonden artikelen de sneeuwbal methode toegepast. De artikelen worden beoordeeld met beoordelingslijst. Zie figuur 1 voor het stroomdiagram met het aantal gevonden artikelen.



Figuur 1 Stroomdiagram gevonden literatuur

Praktijkonderzoek

Deelvraag

Hoe ervaren de eerstelijns ergotherapeuten op dit moment de overgang van CVA-revalidanten in de chronische fase tussen de GRZ en eerstelijns?

Dataverzameling

Kwalitatief onderzoek is uitgevoerd met een semigestructureerd interview van ongeveer een half uur. Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat kwalitatief onderzoek gericht is op ervaringen, meningen, verwachtingen en beleving van een persoon (Verhoef et al., 2019). Om antwoord te krijgen op de deelvraag zijn de ervaringen en meningen van eerstelijns ergotherapeuten relevant. Transcripten zijn digitaal opgeslagen en als bijlage toegevoegd bij

dit eindverslag Transcripten zullen niet voor andere redenen dan dit onderzoek gebruikt of gedeeld worden. Het verslag wordt met transcripten gedeeld aan de onderzoeksbegeleider en opdrachtgever. Indien het verslag openbaar gepubliceerd wordt of gedeeld wordt met externen worden de transcripten verwijderd.

Deelnemers:

Er zijn zes eerstelijns ergotherapeuten vanuit verschillende praktijken geïnterviewd. Twee van hen zijn ook werkzaam in een organisatie waar ook GRZ geleverd wordt. Zie bijlage 2 voor de mail om respondenten te werven.

Inclusiecriteria

- Heeft CVA-cliënten met cognitieve problematiek die vanuit de GRZ overgenomen zijn (wel of geen fysieke klachten niet van belang)
- Werkt in eerstelijns in regio Midden/ West- Brabant

Vragenlijst

Voor het onderzoek is een vragenlijst samengesteld. In bijlage 3 staat de vragenlijst met de topics. Op basis van het literatuuronderzoek is de vragenlijst nog verder gespecificeerd en na de eerste interviews zijn de vragen een beetje aangepast.

Data uitwerken

Tijdens het interview wordt een spraakopname gemaakt door middel van digitaal opnemen op de telefoon, deze wordt later getranscribeerd. Zie bijlage 4 voor de transcripten.

Voor het analyseren van de data wordt thematische analyse van Verhoeven (2020) gevolgd.

In het thematisch analyseren worden drie fases gevolgd:

1. Fase één, *ontdekkingsfase*, fragmenteren & coderen
2. Fase twee, *reductiefase*, thematiseren & reviseren en verfijnen (zie bijlage 5)
3. Fase drie, *reflectiefase*, vaststellen en structureren & presenteren

Op deze manier kan er antwoord gegeven worden op de deelvraag van het praktijkonderzoek.

Resultaten

Resultaten literatuurstudie

Om de twee literatuurvragen te kunnen beantwoorden is een studie gedaan naar bestaande beroepskennis en interventies. De resultaten worden in dit hoofdstuk per onderzoeksvraag behandeld. Aan het eind van de literatuurresultaten is een deelconclusie geschreven over de twee literatuurvragen samen.

Terugval in zelfredzaamheid

In de zoektocht naar literatuur zijn nagenoeg geen relevante artikelen over CVA-revalidanten die thuiskomen na klinische revalidatie in een revalidatiecentrum gevonden. Wel zijn er artikelen over revalidanten die na ziekenhuisopname thuiskomen. In een onderzoek van Satink et al. (2015a) wordt benadrukt dat overlevenden van een beroerte in Nederland die na het ziekenhuisverblijf niet naar huis kunnen gaan, naar intramurale revalidatieplaatsen gaan. Doordat Satink (2015a) deze uitleg expliciet geeft in zijn onderzoek lijkt naar voren te komen dat dit in andere landen waarschijnlijk anders georganiseerd is. Vanuit dit gegeven is besloten literatuur waarbij revalidanten direct vanuit het ziekenhuis (als vorm van klinische revalidatie) naar huis gaan ook te includeren.

Het onderzoek van Boger et al. (2015) concludeert in het onderzoek dat er drie thema's zijn die zelfredzaamheid na een beroerte ondersteunen of belemmeren: individuele capaciteit; ondersteuning voor zelfredzaamheid; en een zelfredzaamheid ondersteunende omgeving. Alle thema's worden noodzakelijk geacht voor een optimale zelfregie. De gevonden literatuur over de terugval in zelfredzaamheid is geordend onder deze drie thema's.

Individuele capaciteit

Individuele capaciteit is het vermogen of de bereidheid van een persoon om te reageren op de eisen van zelfredzaamheid na een beroerte (Boger et al., 2015). Deelnemers suggereerden de volgende zes belangrijke componenten die de individuele capaciteit beïnvloeden; (1) lichamelijke beperkingen, (2) zelfvertrouwen, (3) keuzes maken, (4) vastberadenheid (5) communicatie en (6) het kunnen vinden van middelen, informatie en services.

Tijdens de eerste maand na het ontslag naar huis worden de revalidanten en hun verzorgers dagelijks geconfronteerd met veranderingen in routines als gevolg van anders fysiek

functioneren. Een grote uitdaging is het herschikken van de dagelijkse routines. Er zijn mensen die minder stabiel zijn tijdens hun ziekte en dagelijkse schommelingen brengen daarbij problemen bij het opnieuw inrichten van hun leven. Waaronder vermoeidheid als een 'onzichtbaar' en onvoorspelbaar probleem ervaren wordt door revalidanten (Eilertsen et al., 2013). Het gebrek aan routine is ongemakkelijk voor de mantelzorgers die het als een onderdeel van hun verantwoordelijkheid ervaren om orde te scheppen (Rittman et al., 2004).

O'connel et al. (2001) benoemen dat de revalidanten inconsistentie ervaren in het vervolgproces na ontslag wat ertoe leidt dat revalidanten na ontslag geïsoleerd raken en niet op de hoogte zijn van ondersteunende diensten. Een oorzaak hiervan is de focus die wordt gelegd op de lichamelijke beperkingen en ADL prestaties. Hierdoor ontstaat er met name een tekort aan aandacht aan de cognitieve beperkingen na een CVA die effect hebben op het dagelijks leven (Wolf, 2011).

Ondersteuning voor zelfredzaamheid

Een passende externe ondersteuning is cruciaal voor de manier waarop mensen in staat kunnen zijn voor zelfredzaamheid (Boger et al., 2015). Er zijn voor ondersteuning voor zelfredzaamheid drie componenten geïdentificeerd; (1) rol van professionals; (2) bronnen (hulpmiddelen, advies, therapie en expertise); en (3) rol van (mantel)zorg.

Revalidanten na klinische revalidatie na CVA geven aan het gevoel te hebben nog niet klaar te zijn voor zelfredzaamheid na ontslag en dat de ergotherapie te vroeg wordt stopgezet. Het was moeilijk voor hen om het geleerde toe te passen in het dagelijks leven thuis. De revalidanten geven dan ook aan behoefte te hebben aan meer ondersteuning in het toepassen van zelfredzaamheid in het dagelijks leven (Satink et al., 2015a).

Daarnaast blijkt uit een ander onderzoek van Satink et al. (2018c) dat mantelzorgers van CVA-revalidanten zich verloren voelden nadat hun partner thuiskwam. De balans in het leven en in de relatie is veranderd na de CVA van de partner, waardoor het een uitdaging is bij thuiskomst na klinische revalidatie weer een (nieuw) balans te vinden. De meerderheid van deelnemers uit dit onderzoek had weinig of geen begeleiding ontvangen nadat de partner ontslagen was naar huis. Vragen die mantelzorgers hadden die opgelost hadden kunnen

worden met betere informatie waren: de manier waarop ze hun partner met een CVA konden helpen; kennis over de beroerte; de gevolgen en prognose ervan; en het vinden van begeleiding van professionals voor thuiszorg of behandeling. Door de mantelzorgers werd gezegd dat er geen specifieke interventies waren gerapporteerd aan hen ter ondersteuning van de zelfredzaamheid van hun partner.

Zelfredzaamheid omgeving

Het belang van een omgeving die de CVA- cliënten ondersteunt en faciliteert tot zelfredzaamheid is het derde thema (Boger et al., 2015). Voor het thema zelfredzaamheid omgeving zijn de volgende componenten belangrijk; (1) de reactie van anderen op stoornissen; (2) politieke invloeden (problemen vanuit de politieke organisatie, bijvoorbeeld gebrek aan toegang tot een behandeling, technologie of andere CVA-diensten); en (3) peer-support.

In het onderzoek van Satink et al., (2015b) wordt verteld dat een multidisciplinaire aanpak als belangrijk werd geacht, maar niet gemakkelijk is in de eerstelijnsgezondheidszorg. De therapeut moet op zoek naar andere professionals, een team samenstellen is niet makkelijk, de patiënten bezoeken verschillende therapeuten en dus verschillende teams.

Ergotherapeutische interventies zelfredzaamheid

Uit het onderzoek van Satink et al. (2015b) kwam dat deelnemende ergotherapeuten zes functies zagen als voorwaarden voor zelfredzaamheid. Deze functies zijn: inzicht; reflectie; bewustzijn van problemen; realistische doelen stellen; probleemoplossende functies; en uitvoerende functies. Deze functies werden samen met een ondersteunende sociale omgeving, inzicht in de middelen in de omgeving en het kunnen toepassen van strategieën in andere situaties genoemd als voorwaarden voor zelfredzaamheid.

In dit hoofdstuk worden vier interventies besproken die ingezet kunnen worden om de zelfredzaamheid van CVA-revalidanten in de thuissituatie te bevorderen.

Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)

Volgens de ergotherapierichtlijn CVA (2013) is de CO-OP approach een interventie voor thuiswonende cliënten na een CVA. Bij deze interventie wordt taakspecifieke training met het gebruik van cognitieve strategieën toegepast gericht op het oplossen van handelingsproblemen. Het onderzoek van Henshaw et al. (2011) laat een positief resultaat zien van de CO-OP approach bij CVA- revalidanten met cognitief letsel.

De CO-OP is een aangepaste cognitieve, cliëntgerichte, taakspecifieke trainingsaanpak. De vier doelstellingen zijn vaardigheidswerving, strategiegebruik, generalisatie en overdracht. De CO-OP is gericht op zowel de overdracht van gebruikte vaardigheden als de strategieën (Houldin et al., 2018). De CO-OP is ontwikkeld voor therapeuten. Om de CO-OP toe te passen moet een tweedaagse cursus gevolgd worden om een gecertificeerd CO-OP therapeut te worden (Icancoop, z.d.).

Intensief behandelprogramma

Het Intensive Patient Care Program (IPCP) is een intensief behandelprogramma dat bestaat uit: uitgebreide psycho-educatie, cognitieve revalidatietraining en een applicatie voor mobiele communicatie. De revalidant krijgt multidisciplinaire behandelingen waaronder ergotherapie voor onder andere training van dagelijkse levensverrichtingen. In de IPCP wordt de revalidant één jaar lang ondersteund met cognitieve revalidatietraining. Waaronder training van aandacht, geheugen, oriëntatie, rekenen, probleemoplossend vermogen en executieve capaciteit. 60 minuten training vindt dagelijks plaats gedurende de eerste maand in het revalidatiecentrum, daarna thuis wekelijks gedurende vijf maanden en daarna eenmaal per twee weken gedurende 6 maanden. Conclusie was dat IPCP een positieve invloed heeft op het verbeteren van cognitieve stoornissen en het verminderen van angst en depressie (Yu et al., 2019).

Volgens het onderzoek van Werner en Kessler (1996) kan met de inzet van een intensief poliklinisch revalidatieprogramma aanzienlijk winst worden behaald ondanks eerdere intramurale revalidatiediensten. De behandelingsinterventie bestond uit één uur ergotherapie en één uur fysiotherapie, vier keer per week gedurende twaalf weken.

Inzet digitaal systeem

Het STARR is een digitaal systeem ontwikkeld voor CVA-revalidanten in de thuissituatie. Het systeem begeleidt patiënten in het nemen van beslissingen, aanbevelingen zoals het aanpassen van levensgewoonten, overleg met huisarts of naar afdeling spoedeisende hulp gaan. Daarnaast bevat het ook de zelfredzaamheid apps; hulpmiddelen om te informeren en aanmoedigen aan de persoon om hun aandoening zelf te beheren. Het systeem zal proberen de reden voor niet-naleving van de gebruiker te achterhalen met behulp van een app op de mobiele telefoon en een online levensstijldagboek. De gebruiker ontvangt automatisch gegenereerde berichten met overtuigende, op maat gemaakte content (Ortiz-Fernández et al., 2019).

Het product is niet ontwikkeld voor de ergotherapie. De rol van de ergotherapie kan zijn om het systeem in te zetten of te adviseren.

Motivational interviewing

Motivational interviewing is een gesprekstijl gericht op samenwerking. De basishouding van de therapeut wordt ingezet voor het verkennen en verminderen van ambivalentie bij de revalidant. Met als doel om de motivatie en bereidheid tot een gedragsverandering te versterken (Barschot, 2022). Om zelfredzaamheid te motiveren is motivational interviewing een belangrijke benadering (de Silva, 2011), al wordt dat door weinig ergotherapeuten gebruikt (Satink et al., 2015b). Motivational interviewing kan in de gespreksvoering met de cliënt en mantelzorger ingezet worden door de ergotherapeut.

Deelconclusie literatuuronderzoek

Uit de literatuur kwam naar voren dat de drie thema's individuele capaciteit, ondersteuning voor zelfredzaamheid en een zelfredzaamheid omgeving gezamenlijk noodzakelijk zijn voor het realiseren van een optimale zelfregie van een CVA- revalidant. Herschikking van dagelijkse routines, inconsistentie in het vervolgproces, onvoldoende begeleiding en disbalans bij de mantelzorg worden ervaren. Waarbij een multidisciplinaire aanpak in de eerstelijnszorg belangrijk wordt geacht, maar niet makkelijk is om in te zetten.

Volgens de literatuur kunnen de CO-OP, een intensief poliklinisch behandelprogramma, een begeleidend alarmsysteem (STARR Systeem) en motivational interviewing helpen om zelfredzaamheid te behouden in de chronische fase. Deze interventies kunnen ingezet worden door ergotherapeuten. Het STARR systeem is niet ontwikkeld voor de ergotherapie, maar de ergotherapie zou wel de inzet van dit systeem kunnen adviseren en in kunnen zetten.

Resultaten praktijkonderzoek

De resultaten van de interviews worden besproken per thema die in de thematische analyse naar voren zijn gekomen.

Verwijzing eerstelijns ergotherapie

Verwijzers voor de eerstelijns ergotherapie zijn specialist ouderengeneeskunde, huisarts, revalidatiearts, (multidisciplinaire team en ergotherapeuten van de) GRZ, NAH verpleegkundigen, wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten. De vraag voor ergotherapie komt vaak vanuit de verwijzers, ergotherapeuten uit GRZ, familie en het minst vanuit de cliënt zelf.

Wisselend per eerstelijns ergotherapeut is hoe snel ze therapie kunnen geven bij de cliënt op het moment dat ze thuis zijn gekomen. Dit verschil is van één week tot enkele maanden, afhankelijk van een mogelijke wachtlijst.

“Ja, meestal na één, twee weken. Dat ze wel even thuis hebben nog kunnen wennen van hoe gaat t dan thuis? En dan proberen wij zo snel mogelijk langs te gaan”. - Ergotherapeut 4

“Is heel erg afhankelijk van onze wachtlijst. Ja we werken in verschillende regio's in de gemeente Bergen op Zoom Inderdaad is die volgens mij ook twee maanden”. – Ergotherapeut

Thuiskomst uit GRZ

De verschillende ergotherapeuten vertellen uit de overdracht en gesprekken met cliënten te weten wat er in ergotherapiebehandelingen in de GRZ uitgevoerd wordt. Dit zijn met name

de ADL taken (wassen, aankleden, eten en drinken), mobiliteit uitbreiden en cognitie in kaart brengen. Dit is gericht op de ontslagvoorwaarden. Meerdere ergotherapeuten zeiden dat de verandering met DBC geleid heeft tot beperkte mogelijkheden voor de ergotherapie in de revalidatie.

“Ik denk dat je ook reëel moet kijken wat er in de afgelopen jaren gebeurd is qua ontwikkeling in de GRZ, hoeveel therapie ze mogen bieden. Dat daar denk ik ook een punt zit dat mensen veel sneller weer met ontslag mogen gaan. Dat ze vroeger misschien wel langer mochten blijven, maar dat nu misschien wel de ontslag criteria veel scherper staat. En dat je daarom dit gat nog wat sneller ervaart”. – Ergotherapeut 3

De ergotherapeuten die ook in de GRZ werken vertellen dat er huisbezoeken gedaan worden, terwijl de andere ergotherapeuten zeggen dat dit niet of niet voldoende uitgevoerd wordt, dit beeld is onduidelijk. Beiden vinden het huisbezoek een belangrijke interventie om informatie te verzamelen om naar huis te kunnen.

“Ze doen niet meer standaard hun huisbezoek. Wordt best met regelmaat gevraagd van goh partner, neem even foto's van de woning. Ja, of kun je even omschrijven hoe de woning eruitziet?”. – Ergotherapeut 5

“Alleen bij ... heb ik wel 2x gehad dat dat dus niet gebeurde terwijl ik het wel noodzakelijk vond. En de rest eigenlijk wel. Dus ja ik weet niet het is een beetje 50/50 verhaal. Soms schatten ze het dan misschien niet helemaal goed in”. – Ergotherapeut 2

Het proefverlof wordt gezien als een belangrijk moment. In de thuissituatie komen er nieuwe uitdagingen naar boven om aan te gaan werken. Het proefverlof zou volgens de therapeuten gekoppeld kunnen worden aan een huisbezoek of behandeling in de thuissituatie.

“Een weekendverlof is voor mij niet alleen maar van vrijdagavond tot zondagmiddag. Dan zou je op een gegeven moment als iemand echt naar huis gaat een keer moeten zeggen misschien wel van vrijdag tot en met maandag. Of misschien wel als ze in plaats van het weekend, want in het weekend dan staat iedereen's leven stil als we de oudere mensen hebben, die doen het

weekeind niks, maar maandag en dinsdag poetsen ze en misschien moet iemand juist eens op de dag van maandag op dinsdag naar huis. Dan kan zo'n vrouw. Als het om een man gaat dan kan zo'n vrouw bijvoorbeeld al niet poetsen". – Ergotherapeut 3

De eerstelijns ergotherapeuten zeggen dat cliënten aangeven dat het fijn te vinden om thuis te zijn. Echter is deze thuiskomst ook een grote stap en valt hij soms tegen. Er zijn belemmeringen in de zelfredzaamheid, minder initiatiefname van de cliënt, de cliënt is veranderd in persoonlijkheid, vergeet veel, heeft beperkingen in de ADL en er is sprake van overbelasting bij de partner. Thuis komen er nieuwe problemen aan het licht, waaronder de cognitie.

"Dat ze op de revalidatie bijvoorbeeld toezicht hebben gehad en daar lukte het allemaal. Maar dat wil niet zeggen dat ze het dan in de thuissituatie ook een op een kunnen uitvoeren".

– Ergotherapeut 1

Eerstelijns ergotherapie

Doelen voor de eerstelijns ergotherapie in de thuissituatie zijn ADL, veiligheid in de woning, dagindeling en dagbesteding, deelnemen aan de maatschappij, verplaatsen buitenshuis en uitleg geven aan cliënt en omgeving.

"Mijn doel is eerst mensen informeren, want mensen weten als ze hier komen niet zo goed. Ze ervaren de problemen maar ze snappen helemaal niet waar het vandaan komt. Dus ik start meestal met psycho educatie; wat is jou overkomen". – Ergotherapeut 3

Interventies die ingezet worden om de doelen te achterhalen en te werken aan deze doelen zijn gespreksvoering, observaties uitvoeren, inzet van hulpmiddelen, dagplanning maken, psycho educatie, vaardigheidstraining en strategieën toepassen. Instrumenten die hiervoor gebruikt worden zijn de COPM, ACLS, PRPP, MOHO en de tijdschrijflijst. Voor enkele van deze instrumenten zijn specialisaties nodig. Niet alle eerstelijns ergotherapeuten die CVA-clienten zien zijn ook cognitief geschoold of hebben deze specialisatie.

Overdracht

In alle interviews kwam de overdracht naar voren als belangrijk punt om de overgang naar de eerstelijns goed te laten verlopen. De overdracht heeft de cliënt mee naar huis en kan vaak pas gelezen worden als de therapeut daar is.

“Zij hebben natuurlijk wel altijd een overdracht. Dat wel, maar dat zie ik meestal pas als ik daar ben. Dan moet ik die overdracht nog lezen. En ik denk dat het misschien fijner is dat ik op voorhand al in kan lezen en in kan zien dat je het een beetje kan voorbereiden, want anders zit je eigenlijk bij de eerste kennismaking. Dan moet je die overdracht nog helemaal lezen. Hoe je daar gaat bepalen wat je dan gaat doen, als je denk ik van tevoren al even kort kan inlezen Nou, dit zijn de belangrijkste punten. Dan steek je je behandeling natuurlijk ook in het begin anders in”. – Ergotherapeut 4

De huidige overdrachten bevatten regelmatig onvoldoende relevante informatie of is er helemaal geen overdracht. Wat zij graag in de overdracht zouden lezen is aan welke doelen gewerkt is in de GRZ, welke doelen wel of niet behaald zijn, wat doelen lijken voor de eerstelijns, klinimetrie, toegepaste interventies, niveau van functioneren bij ontslag, systeem van revalidant, gedragsniveau en leerbaarheid van de cliënt.

“Ja, vind ik een belangrijke. Want als het erop de revalidatie helemaal is uitgeput, dat iemand niet leert van gesproken instructie, dan wil ik dat graag vanaf het begin weten. Ja. En daarvoor zou ik mijn overdracht meteen opendoen voordat ik ga”. – Ergotherapeut 5

De eerstelijns ergotherapeuten die binnen de organisatie ook GRZ hebben, geven aan veel profijt te hebben aan de korte lijntjes die er zijn en dat zij de GRZ-rapportages terug kunnen lezen waardoor de overdracht niet altijd nodig is. Echter is er is niet altijd een helder beeld van wat er in een andere organisatie in de GRZ is gebeurd.

“Vroeger hadden we veel overleg, ook met GRZ dat is nu helemaal niet meer. We hebben nu iemand werken hier die komt van Groenhuysen. Maar ik heb nog steeds niet helemaal helder, ik heb ik krijg nooit helemaal precies helder wat daar gebeurt”. – Ergotherapeut 3

Buiten communicatie met de verschillende ergotherapeuten is een communicatie met andere zorgprofessionals belangrijk. Er is een communicatieapp genaamd Silo waarmee multidisciplinair gecommuniceerd kan worden met zorgprofessionals. Over de communicatie met de CVA revalidant en mantelzorger vertelt een ergotherapeut dat er een informatieboekje CVA ontworpen is die cliënten krijgen en mee kunnen nemen naar huis zodat zij dit terug kunnen lezen.

“Hier in Roosendaal hebben ze het CVA boekje... Krijgt iedere CVA patiënt en die mogen ze houden, dat gaat mee naar het GRZ of naar de revalidatie. Daar kan je heel veel informatie instoppen”. – Ergotherapeut 3

Omgeving

De mantelzorger wordt gezien als een belangrijke factor voor de terugkomst in de thuissituatie. De ergotherapeuten willen dat de mantelzorg en het netwerk van de cliënt al meegenomen worden tijdens de GRZ om voor te bereiden op de thuissituatie.

“Stukje training, stukje instructie, stukje psycho educatie. Ook wel iets van cliëntsysteem. Ja, ik vind het heel belangrijk dat het systeem meegaat in. Want tot op zekere hoogte kan ik de cliënt van alles aanleren. Maar op moment dat je de stappen van aanleren, dat je het überhaupt leert. En vervolgens moet een bepaalde vloeiendheid komen in jouw handeling. Want word jij niet vloeiend genoeg dan gaat, in welke situatie je ook komt gaat het overgenomen worden.”... “Welke rol partner heb je dan nodig? Hoe instrueer je die zodat iemand wel behoud van autonomie heeft en gevoel van ik doe ook mee”. – Ergotherapeut 5

“Ik denk dat binnen de GRZ het stukje psycho educatie richting de mantelzorger toe wel heel goed zou zijn als dat nog niet gebeurd. Je hebt natuurlijk de cliënt maar een mantelzorger is het vaak ook nieuw voor en die zijn net zo goed gedupeerd of aangedaan”. – Ergotherapeut 1

Naast de mantelzorg of het persoonlijk cliëntsysteem kunnen ook professionele hulpverleners ingezet worden. De ergotherapeuten zien woonzorgbemiddelaar, thuiszorg, wijkverpleegkundige, NAH verpleegkundige, revalidatiearts, casemanager en een mentor als verschillende opties om contact te houden met de cliënt. Daarnaast zegt een ergotherapeut

dat er ook een ontmoetingsplek is genaamd Café Brein waar revalidanten samen kunnen komen.

Een van de ergotherapeuten werkt bij een organisatie waar een dagbehandeling bestaat als een vorm van nazorg traject. Een andere ergotherapeut heeft de nazorgpoli als nazorg traject. Op het moment dat de cliënt dan een therapeut nodig heeft in de nazorg wordt deze ingeschakeld.

“In de GRZ een CVA-verpleegkundige die een patiënt maximaal twee jaar tot na zijn CVA volgt.

Dus dat is eigenlijk gedurende opname zijn ze volgens mij niet betrokken maar als ze met ontslag gaan dan zeg maar 6 maanden na CVA, een jaar na CVA en twee jaar na CVA. Dus die patiënt die blijft veel beter in beeld”. – Ergotherapeut 3

Deelconclusie praktijkonderzoek

In de GRZ is weinig behandeltime, geen standaard huisbezoek en een beperkt proefverlof. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de overdracht van de GRZ naar de eerstelijns niet duidelijk genoeg is, de wachtlijst een probleem kan vormen en er een wisselende expertise is om cognitieve problematiek aan te pakken in de eerstelijns.

Discussie en aanbevelingen

In het praktijkonderzoek zijn enkele therapeuten ook werkzaam in de GRZ of in een organisatie die ook GRZ heeft. Deze therapeuten ervaren minder beperkingen die andere eerstelijns ergotherapeuten wel hadden. Dit is mogelijk een zwak punt binnen het onderzoek. Een betrouwbaarder antwoord zou gegeven kunnen worden op basis van een groep ergotherapeuten die alleen in de eerstelijns werkzaam zijn.

De interventie 'nazorg traject' komt zowel uit de literatuurstudie als uit het praktijkonderzoek naar voren als een effectieve interventie. In het literatuuronderzoek wordt dit benoemd als een intensief behandelprogramma en in een interview benoemde een ergotherapeut dat zij een nazorgpoli hebben. In beide trajecten wordt de cliënt opgevangen in de thuissituatie door zorgprofessionals. Echter het opzetten van een nazorg traject vraagt een tijdinvestering en nader onderzoek.

Andere interventies die uit het literatuur- en praktijkonderzoek naar voren komen zijn kunnen gegroepeerd worden onder drie thema's. Het eerste thema is communicatie. Over communicatie wordt in de literatuur verteld dat motivational interviewing een gepaste interventie is om toe te passen. In het praktijkonderzoek wordt gesproken over gespreksvoering in de behandelingen en psycho educatie. Een eerstelijns ergotherapeut verteld dat revalidanten en mantelzorgers moeite hebben met het onthouden van alle informatie die op hen afkomt. In het onderzoek van Satink et al., (2018c) is gebleken dat het wel van belang is dat mantelzorger begeleiding ontvangt in de (weg naar de) thuissituatie. Een CVA-boekje kan een oplossing bieden, zodat de revalidant en mantelzorger de informatie terug kunnen lezen op een moment dat het uitkomt en niet alles meteen hoeven te onthouden.

Het tweede thema is de inzet van hulpmiddelen. In de interviews vertellen de ergotherapeuten dat zij verschillende hulpmiddelen inzetten tijdens de behandelingen. In het literatuuronderzoek hebben ze het over een digitaal systeem als hulpmiddel om de zelfredzaamheid te vergroten. Dit is niet teruggekomen in de interviews en lijkt iets wat op dit moment nog niet gebruikt wordt. De inzet van een digitaal systeem vergt extra onderzoek.

Training is het laatste thema. In de interviews hebben de cognitief geschoolde ergotherapeuten het over vaardigheidstraining en leren toepassen van strategieën. Hierbij wordt de PRPP genoemd als interventie, in de literatuur wordt de CO-OP benoemd. Dit zijn beiden interventies voor taak specifieke training waarvoor een scholing nodig is.

Uit de interviews kwam terug dat de eerstelijns ergotherapeuten informatie misten in de overdracht en dat huisbezoeken en proefverlof onvoldoende uitgevoerd wordt vanuit hun opzicht. Zij realiseren zich hierbij wel dat de revalidatiemogelijkheden in de GRZ beperkt zijn door de verandering in de DBC. Doordat de revalidatiemogelijkheden beperkt zijn is een overdracht naar de eerstelijns des te belangrijker en kan de eerstelijns mogelijk dan het huisbezoek ook meteen doen als de revalidant net thuis is.

Er zijn verschillende interventies die ingezet kunnen worden door de eerstelijns als door de GRZ. Gezien dit verslag geschreven is voor de ergotherapie van de M GRZ, zullen de volgende aanbevelingen voor de ergotherapeuten van de M resulteren uit dit onderzoek;

- Schrijf voor alle revalidanten die in de chronische fase nog ergotherapie nodig hebben een overdracht, welke ten minste bevat: aan welke doelen zijn gewerkt in de GRZ, welke doelen wel of niet behaald zijn, doelen voor de eerstelijns ergotherapie, klinimetrie uit de GRZ, toegepaste interventies, niveau van functioneren bij ontslag, cliëntsysteem, gedragsniveau en leerbaarheid van de cliënt.
- Proefverlof uitbreiden naar meerdere dagen en/of proefverlof door de week in plaats van in het weekend.
- Voer bij iedere revalidant een huisbezoek uit, indien dit niet lukt verwijs wanneer de revalidant naar huis mag altijd door naar een eerstelijns ergotherapeut zodat die meteen in de thuissituatie kan gaan kijken.
- Neem vanuit de GRZ mantelzorg mee in de behandelingen om voor te bereiden op de thuissituatie en psycho educatie, indien niet mogelijk in de GRZ verwijs dan meteen door naar een cognitief geschoolde eerstelijns ergotherapeut
- Maak een CVA-boekje met uitleg over de CVA en het traject, zodat cliënten en mantelzorg dit op ieder moment terug kunnen lezen of zelf informatie bij kunnen stoppen, ook in de thuissituatie. Dit boekje is ook voor de ondersteuning van de mantelzorg welke benoemd is in punt vier.

- Onderzoek naar opzet van een multidisciplinair nazorgtraject of nazorgpoli

Conclusie

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de hoofdvraag: 'Welke interventies kunnen vanuit de ergotherapie ingezet worden om een revalidant van de M na CVA met cognitieve stoornissen in de chronische fase te behandelen en te begeleiden zodat het niveau van zelfredzaamheid behaald tijdens de revalidatie fase behouden kan worden in de thuissituatie?'.

Er kunnen verschillende interventies ingezet worden door de ergotherapie om de revalidant in de chronische fase te behandelen en begeleiden zodat het niveau van zelfredzaamheid behouden kan worden. Ten eerste is een overdracht vanuit de GRZ belangrijk met de juiste informatie erin, zodat de eerstelijns ergotherapie snel en doelgericht te werk kan gaan. Tijdens de GRZ zijn er ook een aantal verbeterpunten. Een proefverlof uitbreiden of verschuiven van weekend naar weekdays is er daar een van. Zowel in het literatuuronderzoek als praktijkonderzoek kwam de mantelzorg naar voren met een belangrijke rol, zij moeten dan ook meer begeleid worden vanuit de GRZ tijdens het traject. De revalidant en mantelzorger krijgen veel informatie over zich heen en zullen dit niet allemaal kunnen onthouden, daarvoor kan een CVA-boekje opgesteld worden die zij krijgen vanuit de GRZ. Als laatste kwam uit zowel het literatuur als praktijkonderzoek naar voren dat een nazorgtraject of nazorgpoli een goede interventie zou zijn. Echter heeft dit meer voeten in de aarde om op te zetten en is hier extra onderzoek voor nodig op welke manier dit opgezet kan worden. Er zijn zes aanbevelingen opgesteld voor de M die toegepast kunnen gaan worden.

Bibliografie

- Allen, C. K., & Earhart, C. (1992). *Occupational therapy treatment goals for the physically and cognitively disabled* (1ste editie). American Occupational Therapy.
- Baalbergen, E. (2019, 31 januari). Post-stroke rehabilitation. *South African Medical Journal*, 109(2), 81. <https://doi.org/10.7196/samj.2019.v109i2.00011>
- Barschot, K. van (Ed.). (2022). *Ergovaardig* (Vierde druk, Vol. Deel 2, uitvoeren van interventies/). Boom.
- Boelen, D., Brouwer, W., Dijkstra, B., Eilander, H., Fasotti, L., Geurts, S., Geurtsen, G., Geusgens, C., Van Heugten, C., Kamsma, Y., Van Kessel, M., Van Nes, I., Rasquin, S., Spikman, J., Vink, M., & Winkens, I. (2007). *Richtlijn cognitieve revalidatie niet-aangeboren hersenletsel*. Consortium Cognitieve Revalidatie. <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptensector/media/documenten/Cliëntgroepen/Niet-aangeboren%20hersenletsel/cognitieve-revalidatie-hersenletsel-richtlijnen1.pdf>
- Boger, E. J., Demain, S. H., & Latter, S. M. (2015). Stroke self-management: a focus group study to identify the factors influencing self-management following stroke. *International journal of nursing studies*, 52(1), 175–187. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.006>
- Buijck, B., & Ribbers, G. (2018). *The Challenges of Nursing Stroke Management in Rehabilitation Centres*. Springer Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76391-0_14
- Chung, C. S., Pollock, A., Campbell, T., Durward, B. R., & Hagen, S. (2013). Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008391.pub2>
- De M. (z.d.). *Vacature Ergotherapeut* | De M. Geraadpleegd op 24 augustus 2022, van <https://www.deM.nl/vacature-ergotherapeut-0>
- de Silva, D. (2011). *Evidence: helping people help themselves*. Health Foundation.
- Eilertsen, G., Ormstad, H. & Kirkevold, M. (2013) Experiences of poststroke fatigue: qualitative meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 69 3, 514– 525. doi: 10.1111/jan.12002
- Hankey, GJ (2017). Hartinfarct. *Lancet* , 389 (10069), 641-654.

- Henshaw, E., Polatajko, H., McEwen, S., Ryan, J. D., & Baum, C. M. (2011). Cognitive approach to improving participation after stroke: two case studies. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 65(1), 55–63. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.09010>
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, UMC St Radboud, & Ergotherapie Nederland. (2013, maart). *Ergotherapierichtlijn CVA*.
- Houldin, A., McEwen, S. E., Howell, M. W., & Polatajko, H. J. (2018). The Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance Approach and Transfer: A Scoping Review. *OTJR : occupation, participation and health*, 38(3), 157–172. <https://doi.org/10.1177/1539449217736059>
- Huijsman, R. (2014, 15 december). *Innoveren in Houdbare Zorg Is Topsport*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Icancoop. (z.d.). *Learning About CO-OP & Courses*. <https://icancoop.org/pages/learning-about-co-op>
- Kennisnetwerk CVA Nederland. (2012, november). *Zorgstandaard CVA/ TIA*. Drukkerij Walters. <https://www.kennisnetwerkcva.nl/wp-content/uploads/2018/09/Zorgstandaard-CVA-TIA-printversie.pdf>
- Kuiper, C., Munten, G., & Verhoef, J. (2016). *Evidence-based practice voor paramedici* (4de editie). Boom Lemma.
- Lecompte, D., De Bleeker, E., Janssen, F., Vandendriesschie, F., Hulselmans, J., De Hert, M., Mertens, C., Peuskens, J., D'Haenens, G., Liessens, D. & Wampers, M. (2006, 31 oktober). Executieve functies. *Neurone*, 11(7), 1–8. <https://lirias.kuleuven.be/retrieve/351674>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 21 december). *Geriatrische revalidatiezorg (Zvw)*. Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 25 april 2022, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/geriatrische-revalidatiezorg-zvw>
- O'Connell, B., Hanna, B., Penney, W., Pearce, J., Owen, M., & Warelou, P. (2001). Recovery after stroke: a qualitative perspective. *Journal of quality in clinical practice*, 21(4), 120–125. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1762.2001.00426.x>
- Ortiz-Fernández, L., Sagastagoya Zabala, J., Gutiérrez-Ruiz, A., Imaz-Ayo, N., Alava-Menica, A., & Arana-Arri, E. (2019). Efficacy and Usability of eHealth Technologies in Stroke

Survivors for Prevention of a New Stroke and Improvement of Self-Management:
Phase III Randomized Control Trial. *Methods and protocols*, 2(2), 50.

<https://doi.org/10.3390/mps2020050>

Rittman, M., Faircloth, C., Boylstein, C., Gubrium, J. F., Williams, C., Van Puymbroeck, M., & Ellis, C. (2004). The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *Journal of rehabilitation research and development*, 41(3A), 259–268.
<https://doi.org/10.1682/jrrd.2003.06.0099>

Satink, T., Cup, E. H., de Swart, B. J., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2015a). How is self-management perceived by community living people after a stroke? A focus group study. *Disability and rehabilitation*, 37(3), 223–230.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.918187>

Satink, T., Cup, E. H., de Swart, B. J., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2015b). Self-management: challenges for allied healthcare professionals in stroke rehabilitation--a focus group study. *Disability and rehabilitation*, 37(19), 1745–1752.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.976717>

Satink, T., Cup, E. H. C., de Swart, B. J. M., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2018c). The perspectives of spouses of stroke survivors on self-management - a focus group study. *Disability and rehabilitation*, 40(2), 176–184.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1247920>

Steultjens, E. M. J., Cup, E. H. C., Zajec, J., & Van Hees, S. (2013). *Ergotherapie-richtlijn CVA*. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland.
<https://info.ergotherapie.nl/file/download/default/3C1B17A8440A3821FBACE09F1777497E/ET-richtlijn-cva-herzien.pdf>

Van Cranenburgh, B. (2018). Over de gevolgen van hersenbeschadiging.
In *Neuropsychologie* (5de editie). Bohn Stafleu van Loghum.
<https://doi.org/10.1007/978-90-368-2074-5>

Van Erp, J., Hinnen, C., & Sanderman, R. (2006, juni). *Psychosociale zorg bij hart- en vaatziekten*. Nederlandse Hartstichting. <https://adoc.pub/psychosociale-zorg-bij-hart-en-vaatziekten.html>

Van Grieken, A., de Kroon, M. L. A., Mulder, W. C., Vanneste, Y. T. M. & Raat, H. (2020, 28 augustus). Young adults' self-sufficiency in daily life: the relationship with contextual

factors and health indicators. *BMC Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00434-0>

Van Schouwen, E. T. (2009). *Cognitieve revalidatie therapie: Ergotherapeutische diagnostiek*. Hersenwerk.

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Doorn, C. D., & Rosendal, H. (2019). *Zorgbasics praktijkgericht onderzoek* (2de editie). Boom Lemma.

Verhoeven, N. (2020). *Thematische analyse: patronen vinden bij kwalitatief onderzoek*. Boom Lemma.

Werner, R. A., & Kessler, S. (1996). Effectiveness of an intensive outpatient rehabilitation program for postacute stroke patients. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 75(2), 114–120. <https://doi.org/10.1097/00002060-199603000-00006>

Wolf, T. J. (2011). Rehabilitation, Disability, and Participation Research: Are Occupational Therapy Researchers Addressing Cognitive Rehabilitation After Stroke? *American Journal of Occupational Therapy*, 65(4), e46-59. <https://doi-org.hr.idm.oclc.org/10.5014/ajot.2011.002089>

Yu, H. L., Cao, D. X., & Liu, J. (2019). Effect of a novel designed intensive patient care program on cognitive impairment, anxiety, depression as well as relapse free survival in acute ischemic stroke patients: a randomized controlled study. *Neurological research*, 41(9)

