

# Handreiking Eerstelijns Herstelzorg Hersenletsel

Praktische tips  
voor het leveren van  
passende zorg



 ergotherapie  
nederland

 NVLF  
Nederlandse Vereniging voor  
Logopedie en Foniatrie

 kennisnetwerk van  
nederland

 VRA  
NEDERLANDSE VERENIGING  
VAN REVALIDATIEARTSEN



---

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Introductie</b>	<b>9</b>
<b>Leeswijzer</b>	<b>10</b>
<b>Deel I</b>	<b>12</b>
<b>Deel II</b>	<b>18</b>
<b>Deel III</b>	<b>20</b>
<b>Deel IV</b>	<b>23</b>

---

# Overzicht auteurs en betrokken groepen/ personen

## Kennisnetwerk CVA Nederland

Gerbrich Douma, *junior-onderzoeker*

(aanwezig bij de overleggen van de projectgroep, gebruikerscommissie en stuurgroep)

Lucas Koester, *projectmedewerker*

(aanwezig bij de overleggen van de projectgroep, gebruikerscommissie en stuurgroep)

Bert Vrijhoef, *projectleider*

(voorzitter gebruikerscommissie en stuurgroep, aanwezig bij de overleggen van de projectgroep)

## Projectgroep

Henk Arwert, *VRA*

Lizet van Ewijk, *NVLF*

Edith van Houts, *EN*

Harm Ormel, *KNGF\**

Ruud van der Veen, *KNGF\**

Pieter van Wijk, *onafhankelijk voorzitter*  
(voormalig huisarts)

## Gebruikerscommissie

Gea Broekema, *ervaringsdeskundige*

Brigitta Faber, *NVLF*

Janneke Fleuren, *EN*

Frank Willem Hogervorst, *ervaringsdeskundige*

Eva Janssen, *Zorgverzekeraars Nederland*

Erik Prinsen, *KNGF\**

Maarten Tolsma, *VRA*

## Stuurgroep

Jeanine Brink, *NVLF*

Bouwien Douwes, *KNGF\**

Paulien Goossens, *VRA*

Lucelle van de Ven, *EN*

---

# Aanbevelingen en praktische tips deel I

## ONDERZOEKSVRAAG I

### Welke kennis en vaardigheden hebben ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten nodig om mensen met hersenletsel te kunnen behandelen in de eerste lijn?



---

Expertise in hersenletsel is gewenst voor de hersenletsel-specifieke problemen in het dagelijks functioneren en bestaat uit basiskennis over NAH op cognitief, neurologisch en motorisch gebied. Dit kan worden ingevuld door parate kennis, achtergrondkennis en ervaring;

---

Als behandelaar moet je je ervan bewust zijn dat mensen na een CVA en na THL etiologisch gezien tot een andere doelgroep behoren, een verschillende prognose hebben en deels een andere behandeling nodig hebben;

---

In de fase leren leven met hersenletsel zijn er meer overeenkomsten dan verschillen tussen mensen na CVA en THL;

---

Blijf als behandelaar ervan bewust dat mensen met NAH allemaal verschillend zijn, ook mensen met een CVA of THL verschillen van elkaar, zowel in ziektebeeld (ernst en lokalisatie van het hersenletsel), prognose als in persoonlijke omstandigheden;

---

Het volgen van een meerdaagse cursus op het gebied van hersenletsel door de behandelaar, t.b.v. het vergroten van de expertise in het behandelen van cliënten met neurologische problematiek wordt aanbevolen;

---

Dit document biedt een aanzet tot het beschrijven van kennisdomeinen. Aanbevolen wordt om per beroepsgroep de genoemde elementen (de competenties/vaardigheden, specifieke klinimetrie, interventies, en de hiervoor gewenste scholingen) verder uit te werken, als een volgende stap op deze handreiking;

---

Behandelaren moeten transparant zijn in hun competenties en bereid zijn door of terug te verwijzen wanneer zij niet over voldoende expertise beschikken om een passende behandeling te kunnen bieden;

---

Samen beslissen en het leveren van maatwerk moeten worden toegepast om cliëntgericht te kunnen werken;

---

Het gebruik maken van passende communicatiestijlen en middelen wordt geadviseerd;

---

Het opdoen van werkervaring en het maken van werkuren binnen de doelgroep zijn essentieel bij het vergroten van expertise.

---

# Aanbevelingen en praktische tips deel II

## ONDERZOEKSVRAAG II

### Hoe kan de juiste zorg op het juiste moment geboden worden binnen regionale samenwerking?



---

Multidisciplinair overleg is een sleutelfactor voor samenwerken in de eerste lijn;

---

Vergoeding van multidisciplinair overleg is de grootste behoefte onder behandelaren en wordt daardoor als noodzakelijk gezien;

---

Overleg moet op meerdere niveaus plaats vinden: tussen verwijzer en behandelaar; tussen behandelaren van verschillende disciplines; en tussen generalisten en specialisten; alsook tussen tweede en eerste lijn;

---

Het delen van kennis, ervaringen en beleid draagt bij aan kwaliteit van zorg;

---

Een warme overdracht (bijvoorbeeld digitaal of telefonisch) bij de start van de eerstelijns behandeling heeft de voorkeur;

---

Afspraken over samenwerking, teamvorming en competenties zijn voorwaarde voor het kunnen functioneren van een regionaal netwerk;

---

Er moet geïnvesteerd worden in het vergroten van kennis bij de huisartsen over de behandelmogelijkheden en aandachtsgebieden in de eerste en tweede lijn;

---

In samenwerkingsverbanden dienen ten minste de volgende disciplines met expertise in hersenletsel deel te nemen: fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, neurologie-verpleegkundige en medisch specialist (revalidatiearts, neuroloog of specialist ouderengeneeskunde) of huisarts;

---

Er is behoefte aan een coördinator van zorg, zowel bij cliënten als behandelaren.

# Aanbevelingen en praktische tips deel III

## ONDERZOEKSVRAAG III

### Hoe kan de vindbaarheid van de juiste therapeut voor zowel mensen met hersenletsel als zorgverleners worden verbeterd?



De Wegwijzer Hersenletsel heeft potentie om de vindbaarheid van behandelaren te vergroten, echter dienen de geïdentificeerde knelpunten verbeterd te worden;

Geadviseerd wordt om aandachtsgebieden per behandelaar duidelijk op de eigen website van de praktijk te vermelden;

Het up-to-date houden van zorgzoekers/ websites is een proces wat continu doorgang moet vinden. Afspraken over regie en verantwoordelijkheid zijn hiervoor noodzakelijk;

Overzicht van **logopedisten** met aandachtsgebied afasie:  
<https://www.nvlf.nl/kennis/register-afasie>



Overzicht van **ergotherapeuten** met aandachtsgebied hersenletsel  
<https://ergotherapie.nl/zoek-een-ergotherapeut/>



Overzicht van **regionale netwerken** aangesloten bij Kennisnetwerk CVA Nederland:  
<https://www.kennisnetwerk-cva.nl/project/cva-nah-overzicht-voor-zorgverleners>



---

## Aanbevelingen en praktische tips deel IV



---

Psychologische zorg na NAH zou toegankelijker gemaakt moeten worden binnen de eerste lijn;

---

De POH-GGZ zou, indien geschoold in CVA/NAH, een rol kunnen spelen in de psychologische ondersteuning;

---

Gebrek aan tijd en financiële middelen bij eerstelijns behandelaren kan een belemmerende factor voor succesvolle implementatie zijn.



# Introductie

Eerstelijns herstellzorg voor mensen met hersenletsel is een actueel onderwerp. Uit onderzoek is gebleken dat mensen met hersenletsel in de eerste lijn vaak niet de zorg ontvangen die zij nodig hebben. Daarnaast is er ruimte voor verbetering van de inhoud en organisatie van eerstelijns zorg, alsook de onderlinge afstemming tussen de verschillende behandelaren in de eerste en tweede lijn. Ook samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen is hierbij noodzakelijk om de kwaliteit van zorg te vergroten. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) 'samen werken aan gezonde zorg' wordt de nadruk gelegd op passende zorg en ondersteuning, samen met de cliënt, op de juiste plek en met nadruk op de gezondheid. Hierbij wordt het belang van samenwerking in regionale netwerken en samenwerking over bestaande domeinen heen benoemd.

De handreiking gaat in op drie uitgangsvragen die zijn geformuleerd om behandeling in de eerste lijn door ergotherapeuten, fysiotherapeuten of logopedisten voor mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH) beter in kaart te brengen en aan te laten sluiten bij de situatie van mensen met hersenletsel. Hierbij wordt ingegaan op relevante specifieke kennis en vaardigheden van behandelaren, de organisatie van zorg met adviezen voor multidisciplinaire samenwerking en netwerken, en hoe de vindbaarheid van de juiste behandelaar (generalist of expert) vergroot kan worden, zowel voor verwijzers als mensen met hersenletsel. De uitgangsvragen worden in de handreiking beantwoord op basis van onderzoeksresultaten uit kwalitatief en kwantitatief

onderzoek. Het onderzoeksrapport, wat dieper in gaat op de aanleiding, de gebruikte methoden en de verkregen resultaten, wordt afzonderlijk gepubliceerd en is via [de QR-code](#) te vinden. De handreiking beperkt zich tot antwoorden op de uitgangsvragen en praktische aanbevelingen. De handreiking wordt hierbij gezien als een groeidocument, waarin in de toekomst concretere beschrijvingen per beroepsgroep kunnen worden opgenomen en andere behandelaren kunnen worden toegevoegd. Deze verdere doorontwikkeling van de handreiking zal worden vormgegeven binnen een recent gestart vierjarig implementatieonderzoek. In parallel is een project van start gegaan dat zorg draagt voor landelijke implementatie. De vervolgonderzoeken zijn terug te vinden op de projectpagina van het Kennisnetwerk CVA Nederland.

Deze handreiking is tot stand gekomen door een samenwerking binnen een consortium van het Kennisnetwerk CVA Nederland (KNCN) en de beroepsverenigingen Ergotherapie Nederland (EN), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVL) en Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). De ontwikkeling van de handreiking is gesubsidieerd door de Hersenstichting. Het KNGF heeft besloten af te zien van autorisatie van de handreiking.



Uit onderzoek is gebleken dat mensen met hersenletsel in de eerste lijn vaak niet de zorg ontvangen die zij nodig hebben.

---

## Leeswijzer

Na de samenvatting, introductie en leeswijzer bestaat de handreiking uit vier delen. De eerste drie delen geven antwoord op de drie onderzoeksvragen. Het vierde deel behandelt onderwerpen die tijdens de dataverzameling naar voren zijn gekomen en als relevant voor de handreiking zijn beoordeeld in het onderzoek. Elk deel wordt afgesloten met praktische tips en aanbevelingen.

### Doelgroep en terminologie

De handreiking is in eerste instantie bedoeld voor betrokken behandelaren en richt zich op ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten werkzaam in de eerstelijns herstelzorg bij mensen met hersenletsel. De handreiking is gericht op behandeling in de eerste lijn, bijvoorbeeld na ontslag uit het ziekenhuis en de samenwerking van de eerstelijns behandelaren met interdisciplinaire tweedelijns revalidatie. In de handreiking wordt gestreefd om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de indeling en begrippen, zoals deze door diverse organisaties gebruikt worden waaronder de Hersenstichting en de Hersenletsel Alliantie.

De term *'mensen met hersenletsel'* wordt gebruikt wanneer de hele populatie beschreven wordt, wanneer er specifiek op de persoon wordt ingegaan is gekozen voor de term *'cliënt'*.

De betrokken beroepsgroepen: ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten en revalidatieartsen worden aangeduid met *'behandelaar'*.

Daarnaast worden binnen de betrokken beroepsverenigingen verschillende begrippen gehanteerd voor het aanduiden van een expertise. De begrippen expertise, deskundigheid, verdere verdieping, verdere bekwaming en aandachtsgebieden hebben in deze handreiking dezelfde strekking.

### Voor welke cliëntengroep is deze handreiking bedoeld?

Deze handreiking richt zich op mensen met hersenletsel ontstaan door een beroerte of door traumatisch hersenletsel. Een beroerte of Cerebro Vasculair Accident (CVA), is een verzamelnaam voor een herseninfarct en een hersenbloeding. Bij een herseninfarct wordt een deel van de bloedtoevoer in de hersenen afgesloten. Bij een hersenbloeding is sprake van het scheuren van een bloedvat in de hersenen. Beide vormen van beroerte leiden via zuurstoftekort tot hersenschade.

Traumatisch hersenletsel (THL) ontstaat door een oorzaak buiten het lichaam, een klap, ongeval of geweld van buitenaf met zichtbare afwijkingen op een CT hersenscan en/of MRI hersenscan. In de (sub)acute fase is de behandeling voor de verschillende vormen van hersenletsel anders. Ook is de prognose verschillend. Deze handreiking gaat in op de matige tot ernstige vormen van beroerte en THL. Aangezien de gevolgen voor het dagelijks leven en het functioneren grotendeels overeenkomen wordt hier niet bij voorbaat onderscheid in gemaakt. De uitwerking van dit onderwerp is terug te vinden in deel I (zie pagina 11).

## Voor welke cliëntengroep is deze handreiking niet bedoeld?

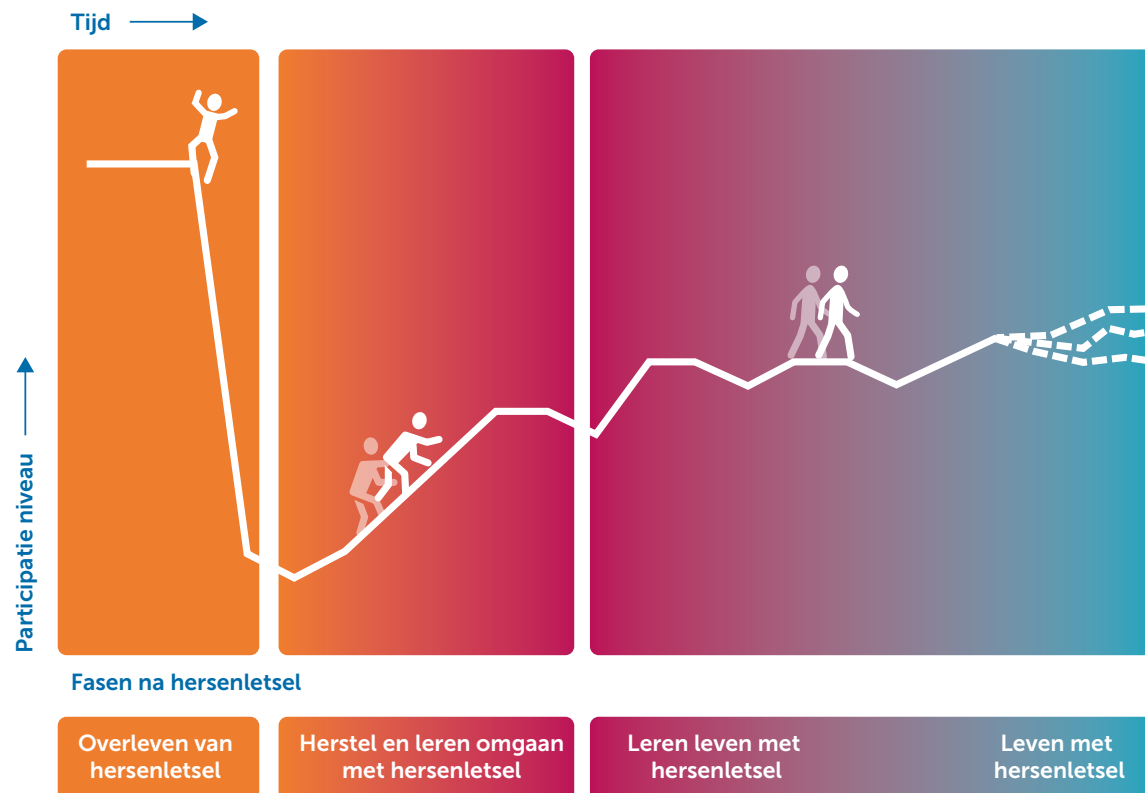
Licht THL (post-commotioneel syndroom, whiplash, hersenschudding) kan ook langdurig klachten geven, maar valt buiten het kader van deze handreiking (zie hersenletsel.nl of hersenstichting.nl). Ook de progressieve neurologische aandoeningen vallen niet onder de reikwijdte van de handreiking.

## Fasen na hersenletsel

In de handreiking worden de (nieuwe) persoonsgerichte definities en indeling van de verschillende fasen na hersenletsel

toegepast. Deze zorgfasen vervangen de op zorgperspectief gebaseerde begrippen als acute fase, revalidatiefase en chronische fase. De volgende fasen worden gehanteerd; overleven van hersenletsel; herstel en leren omgaan met de gevolgen van hersenletsel; leren leven met de gevolgen van hersenletsel; leven met de gevolgen van hersenletsel (zie figuur 1).

De adviezen die in deze handreiking worden gegeven zullen voornamelijk van toepassing zijn op de laatste drie fasen die zijn benoemd in figuur 1. De eerste fase, overleven, vindt klinisch plaats en valt daarom buiten de reikwijdte van deze handreiking.



Figuur 1. Fasen in het proces na hersenletsel (aangepast overgenomen van Boomsma en Zadoks, 2022 en van Mierlo et al., 2016)

---

## Deel I

### Onderzoeksvraag I: Welke kennis en vaardigheden hebben ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten nodig om mensen met hersenletsel te kunnen behandelen in de eerste lijn?

‘Expertise in hersenletsel’ wordt vaak genoemd als het gaat om het behandelen van mensen met hersenletsel, maar het is onduidelijk wat een expertise in hersenletsel betekent en welke gevolgen dit heeft voor het niveau van kennis en vaardigheden waarover een behandelaar moet beschikken. Ook in het Europese Actieplan (SAP-E) van de European Stroke Organisation (ESO) is een van de te bereiken doelstellingen om antwoord te vinden op de vraag ‘wat zijn de minimale opleidingscriteria voor beroerte-experts (artsen, verpleegkundigen of therapeuten)?’.

#### Expertise in hersenletsel

Voorwaarde voor het kunnen leveren van passende zorg aan mensen met hersenletsel is dat behandelaren naast het voldoen aan competenties, zoals beschreven in de beroepsprofielen van de betreffende professie, zich verder bekwamen in hersenletsel. Naast een minimale basiskennis over NAH, worden behandelaren geacht kennis te hebben van cognitieve, neurologische en motorische problematiek. Dit bestaat uit een combinatie van parate kennis, achtergrondkennis en ervaringskennis. Kennis hebben van cognitie is nodig om, onder andere, de relatie tussen motoriek en cognitie te bevatten en het leerniveau en de benaderingswijze van de cliënt in te kunnen schatten. Wanneer cliënten behandeld worden door een behandelaar met een aandachtsgebied in hersenletsel, is dit bevorderend voor de kwaliteit van zorg die geboden wordt.

#### Onderscheid beroerte en traumatisch hersenletsel

Zoals onder het kopje ‘Voor welke cliëntengroep is deze handreiking bedoeld?’ is aangegeven, wordt ingegaan op het maken van wel of geen onderscheid in deze handreiking tussen mensen met hersenletsel na een CVA of THL. De meningen over dit onderwerp lopen erg uiteen. Voor- en tegenstanders vinden elkaar enerzijds in het gegeven dat de gevolgen in belangrijke mate overlappend zijn en anderzijds in de bewustwording van de verschillen in de klinische uitingsvormen en de prognose van de ziektebeelden.

Kennis hebben van de etiologie van een CVA of THL wordt als noodzakelijk gezien, enerzijds om te begrijpen wat de cliënt in de fase ‘overleven van hersenletsel’ heeft doorgemaakt t.b.v. verwerking, coping en angst en anderzijds om in de fases ‘herstel en leren omgaan met hersenletsel en ‘leven met hersenletsel’ te kunnen plaatsen waar het letsel uit voortkomt. De problematiek die ervaren wordt in de fase ‘herstel en leren omgaan met hersenletsel’ is navenant identiek, multidisciplinaire samenwerking is vaak noodzakelijk evenals aandacht voor rouwverwerking en coping. In de fase ‘leren leven met hersenletsel’ en ‘leven met hersenletsel’ is qua behandeling geen onderscheid nodig, de behandelprincipes zijn overeenkomstig.

## Hersenletsel specifieke scholing

Het volgen van hersenletsel specifieke scholing draagt bij aan het niveau van kennis en vaardigheden voor behandelaren. Het volgen van een meerdaagse, hersenletsel specifieke scholing, wordt veelal gezien als kwaliteitseis om toe te kunnen treden tot een eerstelijns regionaal multidisciplinair neurologienetwerk. Naast de meerdaagse neurologische cursussen zijn er congressen en aanvullende cursussen op, bijvoorbeeld, het gebied van arm-handfunctietraining, het aanleren van compensatie strategieën en diagnostiek rondom neuropsychologisch en/of cognitief functioneren voor ergotherapeuten; dysfagie, afasie en dysartrie voor logopedisten; en spasticiteit voor fysiotherapeuten voor verdere bekwaaming. Door de beroepsgroep kan een lijst van relevante scholingen opgesteld worden, als een volgen-

de stap op deze handreiking. Behandelaren moeten ook, nadat zij zich verder bekwaamd hebben, zorgen dat kennis up-to-date blijft en op de hoogte zijn van de meest recente richtlijnen. Dit wordt ook gestimuleerd door registratie in de verschillende beroep specifieke kwaliteitsregisters. Ook het eigen maken van actuele behandelmethodes, op de hoogte zijn van recent onderzoek en recente test- en behandelmaterialen in huis hebben dragen positief bij aan het niveau van kennis en vaardigheden. Naast kennisvergroting binnen het eigen vakgebied is het ook belangrijk om over kennis over de mogelijkheden van andere (para)medische disciplines te hebben. Dit is nodig enerzijds om door te kunnen verwijzen binnen het netwerk en anderzijds om randvoorwaarden voor het slagen van de gegeven therapie te kunnen creëren.



## Kennisdomeinen

Bij de totstandkoming van de handreiking is een aanzet gedaan tot het ontwikkelen van kennisdomeinen voor het adequaat kunnen behandelen van mensen met hersenletsel. Uitbreiding van de kennisdomeinen en de specifieke competenties die hierbij passend zijn kunnen door de verschillende beroepsverenigingen verder worden gedefinieerd en ontwikkeld.

### Randvoorwaardelijke kennisdomeinen

- Herstelcurves en terugvalrisico
- Cognitieve stoornissen en gevolgen
- Afasie
- Visusproblemen
- Energiemanagement
- Doelgroep-specifieke klinimetrie

### Kennisdomeinen fysiotherapeuten

- Kracht en conditietraining
- Motorische problematiek
- Leefstijladviezen en secundaire preventie
- Stressreductie en ademhalingsoefeningen
- Loop-/ gangbeeldanalyse en screening op valrisico
- Spasticiteitsbehandeling

### Kennisdomeinen ergotherapeuten

- Dagelijkse activiteiten en handelingsperspectief
- Cognitieve problematiek
- Motorische problematiek, m.n. arm-handfunctie
- Preventie oedeem en schouderklachten
- Energiemanagement
- Hulpmiddelen/ voorzieningen

### Kennisdomeinen logopedisten

- Dysartrie (spraakstoornis)
- Dysfagie (slikklachten)
- Afasie (verworven taalstoornis)
- Apraxie van de spraak
- Communicatie t.g.v. cognitieve stoornissen
- Communicatiehulpmiddelen

## Transparantie in deskundigheid

Transparant zijn in de competenties waarover een behandelaar wel en niet beschikt, is belangrijk. De behandelaar zou keuzes moeten durven maken in de gebieden van bekwaming, bereid zijn om aan te geven wanneer bepaalde kennis niet aanwezig is en accepteren dat de ene behandelaar meer kennis heeft over een specifiek aandachtsgebied dan de andere. Overleg en samenwerking tussen meer specialistische en generalistische behandelaren is hierin belangrijk, als ook tussen tweede en eerste lijn. Terugverwijzen naar of overleg met de huisarts of medisch specialist, wanneer de situatie van de cliënt daarom vraagt, draagt bij aan de verbetering van kwaliteit van zorg.

## Samen beslissen en maatwerk leveren

Samen beslissen koppelt hulpvraag gericht werken aan de principes van evidence based practice (EBP). EBP stoelt op vier principes: de normen, waarden, ervaring en kennis van de cliënt, de expertise van de behandelaar, de beschikbare gegevens over de cliënt en het beste beschikbare bewijs over specifieke behandelopties.

Vanuit EBP-principes daadwerkelijk inspelen op de hulpvraag van de cliënt is een belangrijke vaardigheid die behandelaren moeten hebben om passende zorg bij hersenletsel te kunnen bieden. Daarnaast is het de taak van de behandelaar om de cliënt te monitoren en te

informereren over gevolgen en mogelijkheden op langere termijn. In het verlengde hiervan ligt het leveren van maatwerk, de cliënt

moet hiervoor begrepen worden door de behandelaar en er wordt ingespeeld op de behoefte(n) van de persoon, waarbij niet alleen aan richtlijnen wordt vastgehouden, maar ook ruimte is voor afwijking hiervan. De cliënt en naasten krijgen op deze manier gelegenheid mede de regie te voeren en worden expliciet betrokken bij de besluitvorming. Kennis van coping stijlen is hierbij nodig om een passende behandeling te kunnen bieden.

De mogelijkheid om aan huis te kunnen behandelen wanneer de situatie daarom vraagt, moet voor de verschillende behandelaren tot de mogelijkheden behoren. Met name voor ergotherapeuten is dit van belang, zodat ze zien in welke omgeving de cliënt leeft en in deze context geoefend kan worden. Cliënten zijn meer op hun gemak in de thuissituatie en het oefenen in de eigen omgeving zorgt voor een betere stimulans en aansluiting om de getrainde vaardigheden toe te passen. Daarnaast is het kunnen trainen in een oefenzaal nodig voor het bestendig opbouwen van conditie en kracht.

## Communicatie

Passende communicatieve en gespreksvaardigheden, zoals goed luisteren, in korte zinnen spreken, etc., zijn belangrijk bij het achterhalen van de hulpvraag van de cliënt en het communiceren naar de cliënt en het netwerk. Bij communicatieproblemen, is het gewenst dat een logopedist deze in kaart brengt en advies geeft aan de cliënt, de naasten en de andere zorgprofessionals. Zo kan communicatie afgestemd worden op de mogelijkheden van de cliënt en naaste. Wees alert op beperkte gezondheidsvaardigheden. Realiseer je als behandelaar dat informatieverstrekking aan cliënten vaak niet vanzelfspre-

Vanuit EBP-principes daadwerkelijk inspelen op de hulpvraag van de cliënt is een belangrijke vaardigheid die behandelaren moeten hebben om passende zorg bij hersenletsel te kunnen bieden.

---

kend verloopt, het inzetten van meerdere of andere communicatiemiddelen wordt dan ook geadviseerd. Maak bijvoorbeeld gebruik van video-opnames op de mobiele telefoon, verwijs naar websites met relevante patiënten informatie, controleer of de boodschap overkomt en maak zo nodig gebruik van afasievriendelijk informatiemateriaal. Verder bestaat er de behoefte aan duidelijke en tijdige communicatie over follow-up op het gebied van behandeling en toekomstperspectief.

### **Multidisciplinair samenwerken**

Om passende zorg te kunnen leveren aan mensen met hersenletsel is multidisciplinaire samenwerking tussen verwijzers en medebehandelaars noodzakelijk. Het samenwerken in een multidisciplinair netwerk (zie onderzoeksvraag II) kan de kwaliteit van zorg verhogen. Ook ontschotting van zorg, het over de grenzen heen kijken van je eigen discipline, kan hier positief aan bijdragen. Het participeren in kennisnetwerken, gericht op het opdoen en uitwisselen van kennis, draagt bij aan het verdiepen en het verder bekwamen in hersenletsel.

Hierbij moet worden opgemerkt dat de financiering voorwaardelijk is voor structurele multidisciplinaire afstemming tussen de behandelaren in de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn.

### **Werkervaring**

Naast het volgen van scholing dragen andere factoren, zoals het hebben en opdoen van werkervaring, 'vlieguren maken', meekijken bij andere therapeuten en het zien van een minimale caseload aan cliënten, bij aan verdere bekwaming in hersenletsel. In de kwaliteitseisen van verschillende regionale neurologie netwerken en ketens worden hiervoor aantallen benoemd. Het minimaal zien van 5 cliënten per jaar met hersenletsel wordt hiervoor veelal als voorwaarde gehanteerd.



## Aanbevelingen en praktische tips deel I



- Expertise in hersenletsel is gewenst voor de hersenletsel-specifieke problemen in het dagelijks functioneren en bestaat uit basiskennis over NAH op cognitief, neurologisch en motorisch gebied. Dit kan worden ingevuld door parate kennis, achtergrondkennis en ervaring;
- Als behandelaar moet je je ervan bewust zijn dat mensen na een CVA en na THL etiologisch gezien tot een andere doelgroep behoren, een verschillende prognose hebben en deels een andere behandeling nodig hebben;
- In de fase leren leven met hersenletsel zijn er meer overeenkomsten dan verschillen tussen mensen na CVA en THL;
- Blijf als behandelaar ervan bewust dat mensen met NAH allemaal verschillend zijn, ook mensen met een CVA of THL verschillen van elkaar, zowel in ziektebeeld (ernst en lokalisatie van het hersenletsel), prognose als in persoonlijke omstandigheden;
- Het volgen van een meerdaagse cursus op het gebied van hersenletsel door de behandelaar, t.b.v. het vergroten van de expertise in het behandelen van cliënten met neurologische problematiek wordt aanbevolen;
- Dit document biedt een aanzet tot het beschrijven van kennisdomeinen. Aanbevolen wordt om per beroepsgroep de genoemde elementen (de competenties/vaardigheden, specifieke klinimetrie, interventies, en de hiervoor gewenste scholingen) verder uit te werken, als een volgende stap op deze handreiking;
- Behandelaren moeten transparant zijn in hun competenties en bereid zijn door of terug te verwijzen wanneer zij niet over voldoende expertise beschikken om een passende behandeling te kunnen bieden;
- Samen beslissen en het leveren van maatwerk moeten worden toegepast om cliëntgericht te kunnen werken;
- Het gebruik maken van passende communicatiestijlen en middelen wordt geadviseerd;
- Het opdoen van werkervaring en het maken van werkuren binnen de doelgroep zijn essentieel bij het vergroten van expertise.

---

## Deel II

### Onderzoeksvraag II: Hoe kan de juiste zorg op het juiste moment geboden worden binnen regionale samenwerking?

Uit het onderzoek van Borcherts et al., (2018) zijn aanbevelingen naar voren gekomen voor het functioneren van eerstelijns CVA-netwerken. Hoe zorg op het juiste moment geboden kan worden blijkt hierin een uitdaging te zijn. De ervaren knelpunten in het huidige onderzoek blijken zowel overeenkomstig als verschillend te zijn aan de uitkomsten in het eerdergenoemde onderzoek.

#### **Multidisciplinaire samenwerking en financiering**

Het ontbreken van financiering voor multidisciplinair overleg (MDO) is het belangrijkste knelpunt wat wordt aangegeven in relatie tot het aan kunnen bieden van de juiste zorg op de juiste plek het juiste moment. Multidisciplinair(e) overleg en samenwerking wordt gezien als het sleutelpunt om als samenwerkingsverband te kunnen functioneren. Overleg tussen verwijzers en behandelaren, tussen behandelaren van verschillende disciplines en tussen generalisten en specialisten zijn allemaal van belang voor het kunnen leveren van passende zorg. Niet alleen het overleg op cliëntniveau, maar ook het kunnen delen van kennis, ervaringen en beleid in netwerken dragen bij aan de kwaliteit van zorg. Daarnaast is het belangrijk dat er formele netwerken blijven bestaan op beleidsniveau voor het inrichten van de regionale netwerkzorg.

#### **Warme overdracht**

Naast het tijdens de behandeling kunnen overleggen in een MDO is er behoefte aan het 'warm' overdragen van een cliënt bij de start of voortzetting van de behandeling in de eerste lijn, wanneer de complexiteit hierom vraagt. Dit geeft zowel voor de cliënt meer vertrouwen in de behandeling en de behandelaar kan met een meer volledig beeld van de cliënt aan de behandeling beginnen. Een suggestie was om de warme overdracht via beeldbellen tussen de verwijzer en de behandelaar in aanwezigheid van cliënt plaats te laten vinden. In de Delphi-studie werd hierover geen consensus bereikt. Wel werd ook hierin het belang van een warme overdracht, bijvoorbeeld telefonisch benadrukt.

#### **Afspraken over samenwerking**

Afspraken over hoe er wordt samen gewerkt, hoe teamvorming werkt en aan welke competenties moet worden voldaan zijn randvoorwaarden voor samenwerking binnen een netwerk. Ook het actief participeren binnen het netwerk is een voorwaarde voor deelname. De verschillende samenwerkingsverbanden hanteren hun eigen afspraken voor samenwerking. Ten minste de volgende disciplines met expertise in hersenletsel zouden deel uit moeten maken van een multidisciplinair netwerk: fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, neurologie-verpleegkundige en medisch specialist (revalidatiearts, neuroloog of specialist ouderengeneeskunde) of huisarts. Indien de situatie daarom

vraagt, kan het netwerk andere zorgprofessionals inschakelen, zoals een (neuro)psycholoog of maatschappelijk werker.

### Coördinator van zorg

Binnen de samenwerkingsverbanden is er behoefte aan een coördinator van zorg. Iemand die een 'spin in het web' functie vervuld, op de hoogte is van de regionale sociale kaart en over inhoudelijke kennis beschikt kan een belangrijke rol vervullen binnen de samenwerking. Cliënten hebben behoefte aan een aanspreekpunt en hebben niet voldoende overzicht voor het in kunnen schakelen van de juiste zorg op het juiste moment. Ook behandelaren hebben behoefte aan een coördinator, zodat zij zich op de inhoud van behandeling kunnen focussen en niet op de organisatorische aspecten van de zorg.



### Aanbevelingen en praktische tips deel II

- Multidisciplinair overleg is een sleutelfactor voor samenwerken in de eerste lijn;
  - Vergoeding van multidisciplinair overleg is de grootste behoefte onder behandelaren en wordt daardoor als noodzakelijk gezien;
  - Overleg moet op meerdere niveaus plaats vinden: tussen verwijzer en behandelaar; tussen behandelaren van verschillende disciplines; en tussen generalisten en specialisten; alsook tussen tweede en eerste lijn;
  - Het delen van kennis, ervaringen en beleid draagt bij aan kwaliteit van zorg;
- Een warme overdracht (bijvoorbeeld digitaal of telefonisch) bij de start van de eerstelijns behandeling heeft de voorkeur;
  - Afspraken over samenwerking, teamvorming en competenties zijn voorwaarde voor het kunnen functioneren van een regionaal netwerk;
  - In samenwerkingsverbanden dienen ten minste de volgende disciplines met expertise in hersenletsel deel te nemen: fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, neurologie-verpleegkundige en medisch specialist (revalidatiearts, neuroloog of specialist ouderengeneeskunde) of huisarts;
  - Er is behoefte aan een coördinator van zorg, zowel bij cliënten als behandelaren.

---

## Deel III

### Onderzoeksvraag III: Hoe kan de vindbaarheid van de juiste therapeut voor zowel mensen met hersenletsel als zorgverleners worden verbeterd?

Het is gebleken dat het vinden van de juiste behandelaar, met de benodigde kennis en vaardigheden lastig is. Factoren die de vindbaarheid van behandelaren bemoeilijken, zijn dat het niet zichtbaar is welke competenties een behandelaar heeft, waar de behandelaren te vinden zijn en dat de cliënt niet weet wie ze treffen. In de afgelopen jaren zijn door behandelaren diverse netwerken opgericht om de vindbaarheid voor verwijzers te vergroten, maar een compleet overzicht van behandelaren, inclusief de aanwezige competenties, ontbreekt.

#### **Verwijzen vanuit ziekenhuizen/ revalidatiecentra naar eerste lijn en het verwijzen binnen informele netwerken.**

Verwijzingen voor herstelzorg bij hersenletsel naar behandelaren verlopen veelal via de revalidatieteams van ziekenhuizen en zorgverleners van revalidatiecentra. Het niet inzichtelijk zijn van aandachtsgebieden van behandelaren is echter een belemmerende factor hierbij. Verwijzingen komen vaak tot stand via de eigen bekende regionale netwerken van behandelaren en via informele adreslijsten. Deze lijsten zijn soms gebaseerd op deelname aan regionale netwerken, maar vaker op persoonlijke contacten tussen de behandelaren in de tweede en eerste lijn. Het risico hiervan is dat wordt vastgehouden aan bekende behandelaren, terwijl nieuwe behandelaren niet op deze lijsten voorkomen, waardoor bijvoorbeeld de kans bestaat dat mensen

met hersenletsel verder moeten reizen voor een behandelaar terwijl dichterbij huis ook een competente behandelaar is. Een kleiner gedeelte van de verwijzingen verloopt via de huisartsen. Echter, door huisartsen wordt met name bij de onzichtbare gevolgen van hersenletsel, zoals concentratiestoornissen, inactiviteit en somberheid vaak laat doorverwezen naar de verschillende behandelaren in de eerste lijn, mede omdat de klachten niet herkend worden als de gevolgen van hersenletsel. Dit laatste staat centraal in het project 'Leg de Link', wat plaats vindt vanuit het Kennisnetwerk CVA Nederland (KNCN) met subsidie van de Hersenstichting. Ook lijkt een deel van de huisartsen niet voldoende op de hoogte te zijn over de behandel mogelijkheden en expertises in de eerste en tweede lijn, bijvoorbeeld spasticiteit en slikstoornissen.

#### **Behoeftte aan een website met aanbod van behandelaren**

Een oplossing voor het vergroten van de vindbaarheid van behandelaren voor cliënten en verwijzers is het gebruik van een website met daarop de vermelding van waar behandelaren met expertise in hersenletsel zijn gevestigd. Denk hierbij aan regionale keuzewijzers van eerstelijns netwerken. Een overzicht van bij het KNCN aangesloten eerstelijns netwerken is terug te vinden op de website van het KNCN.

Ook bestaan er landelijke websites; de wegwijzer hersenletsel is een platform voor de vindbaarheid van behandelaren.

Echter, bij het gebruik van deze website worden belemmeringen genoemd: Zo is het in de huidige versie van de wegwijzer Hersenletsel voor elke zorgverlener of behandelaar mogelijk om vermeld te worden op de website. Het ontbreekt hierbij aan standaard kwaliteitseisen (of inclusiecriteria) of zijn deze erg algemeen, waardoor er geen differentiatie plaats vindt binnen de doelgroep hersenletsel en behandelaren. Ook is het niet inzichtelijk welke kennis, vaardigheden en aandachtsgebieden de betreffende behandelaar heeft (zie ook onderzoeksvraag 1). Verder is het niet mogelijk om een onderscheid te maken tussen tweede en eerstelijns behandelaren en moet worden gezocht op instellingen/ praktijken in plaats van individuele behandelaar. Ook op de websites van beroepsverenigingen zijn zorgzoekers te vinden waarmee een behandelaar (met expertise hersenletsel) in de regio van de cliënt gevonden kan worden en bestaan er websites voor behandelaren met een aandachtsgebied, zoals afasietherapeuten. Voor cliënten bestaat de behoefte om de persoon achter de behandelaar te kennen, om op deze manier de behandelaar betekenisvol zichtbaar te maken. Het gericht kunnen zoeken op een behandelaar in een plaats, instelling of praktijk heeft dan ook de voorkeur.

In het algemeen geldt dat het succes van websites in grote mate bepaald wordt door het up-to-date houden van de website. Er moeten duidelijke afspraken zijn wie hierover de regie heeft en wie hiervoor verantwoordelijk is. Voor de wegwijzer Hersenletsel en de websites van de beroepsverenigingen is dit vastgelegd.

### **Behoefte aan een kennisbank**

Naast de behoefte aan een website om een behandelaar met expertise in hersenletsel te vinden, bestaat de behoefte aan een

kennisbank, een website met een verzameling aan informatie over hersenletsel bedoeld voor behandelaren. Voorbeelden hiervan zijn de Kennisbank op de website van het KNCN, de website van de patiëntenvereniging hersenletsel, de websites van de beroepsverenigingen en de Hersenletsel Alliantie. Daarnaast zijn er overzichten van richtlijnen.

### **Schaarste aan behandelaren met een expertise in hersenletsel**

Tijdens het onderzoek is een aanvullend knelpunt geïdentificeerd. Het vinden van behandelaren wordt belemmerd door schaarste aan behandelaren met als aandachtsgebied hersenletsel. Tekorten aan behandelaren met expertise leiden tot wachtlijsten, bijvoorbeeld voor logopedisten met afasie als aandachtsgebied. Ook het tekort aan ergotherapeuten die adequaat het cognitief functioneren in kaart kunnen brengen en een passende behandeling hierop kunnen bieden is een beperking voor behandeling in de eerste lijn. Verder zijn weinig fysiotherapeuten met als aandachtsgebied spasticiteit werkzaam in de eerste lijn. Cliënten met spasticiteit worden daardoor langer binnen de tweede lijn gezien, zodat zij daar een passende behandeling kunnen ontvangen, wat niet aansluit bij het bieden van de juiste zorg op de juiste plek.

---

## Aanbevelingen en praktische tips deel III



- Er moet geïnvesteerd worden in het vergroten van kennis bij de huisartsen over de behandelmogelijkheden en aandachtsgebieden in de eerste en tweede lijn;
- De Wegwijzer Hersenletsel heeft potentie om de vindbaarheid van behandelaren te vergroten, echter dienen de geïdentificeerde knelpunten verbeterd te worden;
- Geadviseerd wordt om aandachtsgebieden per behandelaar duidelijk op de eigen website van de praktijk te vermelden;
- Het up-to-date houden van zorgzoekers/ websites is een proces wat continu doorgang moet vinden. Afspraken over regie en verantwoordelijkheid zijn hiervoor noodzakelijk;
- Een overzicht van logopedisten met het aandachtsgebied afasie, is terug te vinden op <https://www.nvlf.nl/kennis/register-afasie/>;
- Een overzicht van ergotherapeuten met het aandachtsgebied hersenletsel is terug te vinden op de website van Ergotherapie Nederland <https://ergotherapie.nl/zoek-een-ergotherapeut/>;
- Een overzicht van netwerken die aangesloten zijn bij het Kennisnetwerk CVA Nederland is terug te vinden op <https://www.kennisnetwerkcv.nl/project/cva-nah-overzicht-voor-zorgverleners/>.

---

## Deel IV

### Overige onderwerpen

In dit hoofdstuk worden onderwerpen uitgelicht die niet direct betrekking hebben op de drie uitgangsvragen, maar die aan de hand van het onderzoek naar voren zijn gekomen.



#### Psychologische zorg

Hoewel deze handreiking zich richt op ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten is de psychologische zorg in de eerste lijn een terugkerend onderwerp tijdens het onderzoek voorafgaand aan deze handreiking. Er is een tekort aan psychologen met expertise in hersenletsel in de eerste lijn. De belemmeringen rondom het afsluiten van contracten met zorgverzekeraars voor psychologen speelt hierbij een rol.

#### Aanbeveling en praktische tip

- Psychologische zorg na NAH zou toegankelijker gemaakt moeten worden binnen de eerste lijn;
- De POH-GGZ zou, indien geschoold in CVA/NAH, een rol kunnen spelen in de psychologische ondersteuning.

#### Implementatie handreiking kost investering in tijd en geld

Hoewel de relevantie van de handreiking duidelijk lijkt te zijn, moet er bewustwording zijn hoe de implementatie ervan vormgegeven wordt. Er wordt al een groot beroep gedaan op de eerstelijns behandelaren om in eigen tijd deel te nemen aan o.a. netwerkbijeenkomsten, multidisciplinair overleg, terwijl de medewerking van de behandelaren een voorwaarde is voor succesvolle implementatie van de handreiking. Ook wordt een gebrek aan financiële middelen genoemd als belemmerende factor voor implementatie. Het is voor eerstelijns zorgprofessionals niet mogelijk om tijd die besteed wordt aan de eerdergenoemde overleggen of om mee te werken aan het verbeteren van kwaliteit van zorg te declareren.

#### Aanbeveling en praktische tip

- Gebrek aan tijd en financiële middelen bij eerstelijns behandelaren kan een belemmerende factor voor succesvolle implementatie zijn.

## Contact

Kennisnetwerk CVA Nederland

Oudlaan 4

3515 GA Utrecht

[info@kennisnetwerkcva.nl](mailto:info@kennisnetwerkcva.nl)

