De Toepasbaarheid van interventies bij mensen met cognitieve beperkingen en vermoeidheidsklachten na niet-aangeboren hersenletsel (NAH)

Ergotherapeutische interventies en benaderingswijzen  
Zozan Atay (0909738)

2020

# Titelpagina

**Student**

Zozan Atay (0909738)

Opleiding ergotherapie

Hogeschool Rotterdam

**Opdrachtgevers**

*Namen*

*Ziekenhuis*

Poliklinische revalidatiegeneeskunde

**Afstudeerbegeleider**

J.A.C. Verhoef

Docent opleiding ergotherapie

Hogeschool Rotterdam, Instituut voor Gezondheidszorg

**Inleverdatum**

10 augustus 2020

**Aantal woorden**

6745

*Beoordelingscijfer: 8,5*

*Schuingedrukt houdt in: #vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd#*

# Samenvatting

**Inleiding**In opdracht van ergotherapeuten, werkzaam bij de poliklinische revalidatiegeneeskunde van het *Ziekenhuis* heeft onderzoek plaatsgevonden. Op de afdeling revalidatiegeneeskunde worden onder andere patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) behandeld. Cognitieve beperkingen en vermoeidheidsklachten zijn veelvoorkomende gevolgen van het letsel. De therapeuten vinden het lastig om de interventies rondom vermoeidheid aan te laten sluiten bij het leervermogen van de patiënt. Het doel van dit onderzoek is dat ergotherapeuten, werkzaam bij de poliklinische revalidatiegeneeskunde van het *Ziekenhuis*, kennis en inzicht hebben over interventies die patiënten met NAH en cognitieve beperkingen ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid, zodat zij de beschikbare energie efficiënt benutten om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren. Met dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de volgende vraagstelling: Welke interventies kunnen binnen de poliklinische revalidatiesetting gebruikt worden om patiënten met NAH en cognitieve beperkingen te ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid, zodat zij de beschikbare energie efficiënt benutten om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren?

**Methode**

Om antwoord te kunnen geven op de vraag is literatuur- en praktijkonderzoek uitgevoerd. Bij het literatuuronderzoek is in drie databanken gezocht naar interventies die geschikt zijn om volwassenen en ouderen met NAH en cognitieve beperkingen te ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid, zodat zij de beschikbare energie efficiënt benutten om betekenisvolle rollen, taken en activiteiten te vervullen. Na voldoende resultaten verkregen te hebben is het praktijkonderzoek uitgevoerd middels semigestructureerde interviews. Daarbij zijn vijf ergotherapeuten geïnterviewd. Drie van hen zijn werkzaam binnen het *Ziekenhuis* en twee van hen werken in andere (poli)klinische revalidatiesettingen.

**Resultaten**

De volgende interventies blijken effectief te zijn om patiënten met NAH en cognitieve beperkingen te ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid: de Activiteitenweger, CO-OP, Cognitieve gedragstherapie (CGT), Cognitieve Therapie gecombineerd met Graded Activity Training, Energy Conservation Course (ECC) en Vermoeidheidsmanagement.

Daarnaast tonen meerdere artikelen aan dat groepsprogramma’s een meerwaarde hebben bij de behandeling van patiënten met vermoeidheidsklachten na NAH. Twee veelbelovende groepsprogramma’s daarbij zijn: de MAX-interventie en de CogSMART.

Ook het geven van feedback, betrekken van het systeem en het ondersteunen van de patiënt bij het generaliseren van adviezen blijkt effectief te zijn. Tot slot is het belangrijk om de patiënt, ondanks eventuele verminderde behoefte aan betekenisvolle activiteiten, te stimuleren rolgebonden en betekenisvolle behandeldoelen op te stellen.

Gebaseerd op het praktijkonderzoek blijkt dat de volgende interventies op het gebied van vermoeidheid toepasbaar zijn bij de doelgroep NAH en cognitieve beperkingen: de tijdschrijflijst, de Activiteitenweger, Niet Rennen Maar Plannen, Graded Activity, Slaap-doe-boek, Sleepwise e-book, stop-denk-doe, voor- en nadelenmatrix, stoplichtmethode, thermometer, informatieverwerkingsmodel, accu, wegennetwerk en de cognitieve hiërarchie. Daarnaast blijkt uit het praktijkonderzoek wederom dat groepsprogramma’s effectief en toepasbaar te zijn bij de doelgroep die beschikt over een bepaalde mate van inzicht en reflecterend vermogen.

Tot slot worden doelen altijd in samenspraak met de patiënt opgesteld, zodat het betekenisvolle doelen worden. Doordat er daarbij wordt ingespeeld op de mogelijkheden van de patiënt, is er ruimte om het betekenisvol, rolgebonden handelen te verbeteren.

**Conclusie**Uit de resultaten van het onderzoek is gebleken dat groepsprogramma’s een grote meerwaarde hebben bij deze doelgroep. Vanuit de resultaten van het praktijk- en literatuuronderzoek is een schema opgesteld, waarbij de verschillende interventies rondom vermoeidheid met de toepasbaarheid ervan per gedragsniveau zijn weergeven. Tot slot is het belangrijk om doelen altijd in samenspraak met de patiënt op te stellen en aandacht te besteden aan externe motivatie, regelmaat en plannen, zodat het betekenisvol en rolgebonden handelen verbeterd.

Inhoudsopgave

[Titelpagina 1](#_Toc57561456)

[Samenvatting 2](#_Toc57561457)

[1. Inleiding 5](#_Toc57561458)

[Analyse 8](#_Toc57561459)

[Doel- en vraagstelling 9](#_Toc57561460)

[2. Methode 10](#_Toc57561461)

[Literatuuronderzoek 10](#_Toc57561462)

[Zoekstrategie 10](#_Toc57561463)

[Verzamelen en verwerken nieuwe gegevens 11](#_Toc57561464)

[Vraagstelling praktijkonderzoek 11](#_Toc57561465)

[Methode en verantwoording 11](#_Toc57561466)

[3. Resultaten 12](#_Toc57561467)

[Literatuuronderzoek 12](#_Toc57561468)

[Deelvraag 1: Interventies en strategieën die toepasbaar zijn bij patiënten met cognitieve beperkingen na NAH om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren 12](#_Toc57561469)

[Deelvraag 2: Interventies en strategieën bij patiënten met vermoeidheid na NAH om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren 13](#_Toc57561470)

[Conclusie literatuuronderzoek 14](#_Toc57561471)

[Praktijkonderzoek 15](#_Toc57561472)

[Deelvraag 3 en conclusie praktijkonderzoek: Interventies, gericht op het omgaan met vermoeidheid, die toepasbaar zijn bij patiënten met cognitieve beperkingen na NAH, in relatie met de verschillende cognitieve gedragsniveaus, om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren 16](#_Toc57561473)

[4. Discussie, conclusie en aanbevelingen 17](#_Toc57561474)

[Discussie 17](#_Toc57561475)

[Conclusie 18](#_Toc57561476)

[Aanbevelingen 18](#_Toc57561477)

[5. Literatuurlijst 20](#_Toc57561478)

[6. Bijlagen 22](#_Toc57561479)

[Bijlage A – Uitwerking van instrumenten uit de inventarisatiefase 22](#_Toc57561480)

[Bijlage B – Cognitieve gedragsniveaus 23](#_Toc57561481)

[Bijlage C – Zoekhistorie 24](#_Toc57561482)

[Bijlage D – Cognitieve stoornissen en aandachtspunten 25](#_Toc57561483)

[Bijlage E – Domeinen gericht op CogSMART en bijbehorende strategieën 26](#_Toc57561484)

[Bijlage F – Interview voorbereiding 27](#_Toc57561485)

[Bijlage G – Powerpoint praktijkonderzoek 30](#_Toc57561486)

[Bijlage H – werkwijze Revalidatiecentrum bij groepsprogramma’s 32](#_Toc57561487)

[Bijlage I – Schema/ eindproduct 0](#_Toc57561488)

[Bijlage J – Transcripties 0](#_Toc57561489)

[Respondent A 0](#_Toc57561490)

[Respondent B 8](#_Toc57561491)

[Respondent C 14](#_Toc57561492)

[Respondent D 17](#_Toc57561493)

[Respondent E 21](#_Toc57561494)

[Bijlage K – Invulformulieren 24](#_Toc57561495)

[Bijlage L – Toestemmingsformulier 0](#_Toc57561496)

# Inleiding

De opdrachtgevers van het afstudeeronderzoek zijn ergotherapeuten, werkzaam bij de poliklinische revalidatiegeneeskunde van het *Ziekenhuis.* Op de afdeling revalidatiegeneeskunde worden voornamelijk volwassenen en ouderen met chronische pijn, chronische vermoeidheid en niet-aangeboren hersenletsel (NAH) behandeld. De aanwezige disciplines zijn: bewegingsagogie, diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, medisch maatschappelijk werk en medische psychologie. In het *Ziekenhuis* zijn er in totaal dertien ergotherapeuten werkzaam op de afdeling revalidatiegeneeskunde. Dit afstudeeronderzoek is gericht op de toepasbaarheid van ergotherapeutische interventies bij mensen met cognitieve beperkingen en vermoeidheidsklachten na NAH. De definiëring van Evenhuis en Eyssen (2012) wordt hierbij als uitgangspunt genomen, namelijk: “De behandeling die de ergotherapeut aanbiedt, zodat een effectieve verandering in het handelen van de patiënt kan plaatsvinden die leidt tot participatie.”

Huidige werkwijze

Een patiënt wordt naar de polikliniek revalidatiegeneeskunde verwezen door een specialist, zoals een huisarts of een neuroloog. Er vindt een intake plaats bij de revalidatiearts, die bepaalt of de patiënt op de polikliniek behandeld kan worden, binnen welk zorgpad en door welke disciplines.  
Bij het behandelen van patiënten met cognitieve problematiek als gevolg van NAH wordt er gewerkt volgens het Cognitieve Revalidatie protocol (CRT-protocol) (*Naam* et al., 2018). Dat protocol is ontwikkeld voor intern gebruik en is het resultaat van inspanningen van een projectgroep van psychologen, ergotherapeuten en revalidatieartsen van twee locaties van het *Ziekenhuis*, afdeling revalidatiegeneeskunde.  
De revalidatiearts deelt de verzamelde gegevens van de intake met het team. Dit helpt het multidisciplinair team een beeld te vormen van het niveau van functioneren van de patiënt.

De inventarisatiefase van de ergotherapeut ziet er als volgt uit:  
![Afbeelding met schermafbeelding

Automatisch gegenereerde beschrijving]()

*Zie Bijlage A voor de omschrijvingen van de instrumenten.*

In het combi-overleg bepalen de psycholoog en ergotherapeut het cognitieve gedragsniveau. De cognitieve gedragsniveaus zijn gebaseerd op het Cognitive Disabilities Model en geven voorspellingen weer van gedrag. Het geeft richting met betrekking tot de mogelijke aanpassingen die nodig zijn in het handelen, fysieke en sociale omgeving van de patiënt. Door af te stemmen op de mogelijkheden van de patiënt wordt gestreefd naar het optimaal handelen tijdens activiteiten (Van Schouwen, 2015).

De cognitieve gedragsniveaus zijn:

1. Niveau van automatische acties: De aandacht wordt beperkt tot primaire stimuli en er wordt nauwelijks gereageerd op externe stimuli.
2. Niveau van houdingsacties: De patiënt is in staat om proprioceptieve informatie te verwerken en beschikt over grove motoriek (apraktisch en zonder doel).
3. Niveau van manuele acties: De aandacht is gericht op het kunnen gebruiken van bekende objecten. Tactiele exploratie van de omgeving staat centraal. Het handelen is niet doelgericht; de beweging is niet gekoppeld aan een eindresultaat.
4. Niveau van doelgerichte acties: Er is sprake van doelgericht, routinematig handelen. Er is geen sprake van controleren van het handelen en er bestaat moeite om abstract te denken.
5. Niveau van explorerende acties: Op dit niveau leert de patiënt op basis van trial & error en door middel van het semantisch geheugen. Het routinematig handelen verloopt zelfstandig. Het beoordelen van situaties, het beredeneren en het plannen verloopt moeizaam.
6. Niveau van geplande acties: Er is geen sprake van verstoorde cognitieve processen.

*Zie Bijlage B voor de uitgebreidere beschrijving (Van Schouwen, 2015).*

De gegevens van de inventarisatiefase en de uitkomsten van het combi-overleg worden uitgewerkt in het ICF-model. Aan de hand van de inventarisatiefase, waarin een schatting is gemaakt van het leerniveau en een benaderingswijze is vastgesteld, worden verschillende ergotherapeutische interventies ingezet om de door de patiënt geformuleerde doelen te behalen.

De behandelfase bestaat uit:

* Psycho-educatie:

\*Niet Rennen Maar Plannen informatiemodule

De informatiemodule is gericht op uitleg van de soorten hersenletsel en mogelijke gevolgen (Steultjens et al., 2013).

\*Cognitieve hiërarchie

Hierin staan de cognitieve (aandacht, informatieverwerking, geheugen) en executieve processen, hiërarchisch beschreven. De aanwezige processen vormen de basis voor het cognitief handelen. Het verkrijgen van inzicht met betrekking tot deze processen, onder andere door middel van psycho-educatie, geeft de patiënt en/of mantelzorger meer zicht op de invloed hiervan op het algeheel dagelijks functioneren. Door zicht te hebben op de processen die veranderd zijn, is het mogelijk om de behandeling met behulp van passende compensatie strategieën zodanig vorm te geven, dat het handelen hierdoor positief beïnvloed wordt (Van Schouwen, 2015).

* Interventies rondom balans in belasting en belastbaarheid:

\*Tijdschrijflijsten;

\*Activiteitenweger;

\*Graded Activity

\*Niet Rennen Maar Plannen trainingsmodule: ‘Vermoeidheid na Hersenletsel, wat nu?’

De trainingsmodule wordt ingezet om een balans te vinden tussen belasting en belastbaarheid. Door deze module worden mensen bewust gemaakt van de verschillende vormen van vermoeidheid (lichamelijk en mentaal) en wordt uitgelegd wat beperkte belastbaarheid betekent. Vervolgens wordt op praktische wijze gekeken naar de dagindeling van patiënten en leren zij hierbij ‘energie conserverende’ strategieën in te zetten (Steultjens et al., 2013).

* Compensatie-strategieën aanleren en koppelen aan de praktijk;
* Niet Rennen Maar Plannen;
* Goal-Management Training & Problem-Solving Therapy;

De Goal-Management Training wordt aangeboden in combinatie met foutloos leren, voor het behalen van persoonlijke doelen. Bij de Problem-Solving Training wordt er aandacht besteed aan het probleemoplossend vermogen met betrekking tot alledaagse situaties en/of praktische activiteiten.

* Ontslagpakket: terugvalpreventieplan met een samenvatting van het geleerde.

Gewenste werkwijze

Momenteel werken de therapeuten met onderstaand overzicht (figuur 1). Dit overzicht wordt als positief ervaren door de therapeuten en helpt hen de benadering aan te sluiten bij het leervermogen van de patiënt. Echter geeft dit nog onvoldoende richting bij het proces waarbij patiënten met NAH en cognitieve beperkingen worden ondersteund bij het omgaan van vermoeidheid. De opdrachtgever wil weten welke interventies geschikt zijn om patiënten met NAH te ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid, passend bij het cognitieve gedragsniveau van de patiënt. Het bepalen van het cognitieve gedragsniveau en de benaderingswijze gaat goed, maar zij vinden het lastig om de verschillende interventies op het gebied van vermoeidheid goed aan te laten sluiten op deze twee factoren. Ook willen zij graag adviezen ten aanzien van de praktische toepassing.

Afbeelding met tekst

Automatisch gegenereerde beschrijving

Figuur . Klinisch redeneermodel voor leervermogen (Van Schouwen, 2015).

Het eindproduct zal bijdragen aan de onderbouwing van, welke interventies in welke situaties en bij welke patiënten toepasbaar zijn. Ook zal het eindproduct bijdragen aan de effectiviteit en efficiëntie van de zorgverlening. Doordat er voor de therapeuten wordt uitgezocht wat de bruikbare interventies zijn binnen de setting en de koppeling wordt gemaakt naar de cognitieve gedragsniveaus, krijgen zij een richting en kunnen zij effectievere keuzes maken in het behandelproces. Tot slot is er, voor zover bekend, nog geen document/overzicht waarbij het verband wordt gelegd tussen interventies op het gebied van vermoeidheid en de toepasbaarheid binnen de poliklinische revalidatiesetting, bij mensen met een cognitieve beperking. Er zal dus een nieuwe werkwijze geïmplementeerd worden, waarbij wordt bijgedragen aan verbetering van de zorg en aan de ontwikkeling van het beroep.

*Let op: Het eindproduct dient als ondersteuning en professioneel redeneren blijft ten alle tijden noodzakelijk.*

## Analyse

In Nederland leven naar schatting 500.000 mensen met de gevolgen van NAH (Hurkmans, 2019). Hersenletsel verandert het leven van zowel getroffenen als naasten ingrijpend. Veel mensen die een traumatisch hersenletsel oplopen, krijgen te maken met cognitieve beperkingen. Hoewel de cognitieve beperkingen voor de meeste mensen met mild traumatisch hersenletsel binnen 3 maanden lijken te verdwijnen, ervaren veel mensen met hersenletsel cognitieve stoornissen die het dagelijks handelen en participatie beïnvloeden op lange termijn (Radomski, Anheluk, Bartzen, Penny & Zola, 2016).

De problemen zijn bijvoorbeeld te verwachten bij de volgende handelingen: koffiezetten, koken, lezen van een moeilijk boek, anticiperen in het verkeer, twee dingen tegelijk doen (bijv. afwassen en praten), gesprekvoering met meerdere personen, de eigen administratie op orde houden en betalen met contant geld (rekenen).

Daarnaast kunnen mensen met hersenletsel problemen hebben met het herkennen van voorwerpen, woorden of gezichten, waardoor zij bijvoorbeeld soep willen eten met een vork, haren kammen met een tandenborstel, dingen niet kunnen vinden, of niet kunnen omgaan met tijdsdruk (Hersenletsel, z.d.).

Cognitieve beperkingen kunnen ernstiger worden wanneer vermoeidheid optreedt en/of structuur ontbreekt (Donker-Cools, van Bennekom, Wind & Frings-Dresen, 2012). Naast cognitieve beperkingen is vermoeidheid een veel voorkomende klacht na hersenletsel die een negatieve invloed heeft op het handelen. Vermoeidheid na hersenletsel kan versneld optreden bij mentale en lichamelijke inspanning. Patiënten moeten langer rusten om te herstellen en bereiken zelfs dan vaak niet het energieniveau van voor het hersenletsel. Vermoeidheid heeft namelijk met meerdere factoren te maken; cognitieve, fysieke en psychische factoren. De cognitieve coping-hypothese gaat er vanuit dat vermoeidheid vooral veroorzaakt wordt door de extra cognitieve inspanning die patiënten met hersenletsel moeten leveren om hun informatieverwerkingstekorten te compenseren. In de afgelopen jaren zijn er verschillende onderzoeken geweest die deze hypotheses ondersteunen (van Heugten, Bertens & Spikman, 2017). De richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel beveelt bovendien aan om de therapie vooral te richten op ‘het omgaan met’ in plaats van ‘het verminderen van’ vermoeidheidsklachten (Rasquin & Heugten, 2007).

Door de grote omslag in het leven die NAH met zich meebrengt, is het voor de getroffene vaak moeilijk naar wens te participeren in de samenleving. Dit komt onder andere door de houding van de omgeving naar de getroffene. Vanuit een rol worden er namelijk bepaalde gedragspatronen en specifieke handelingen, activiteiten en taken verwacht. De rollen, met de bijbehorende rechten en plichten, kunnen niet meer volledig vervuld worden na NAH en dat vergt gewenning voor zowel patiënt als omgeving (Kielhofner, 2008; Vilans, z.d.). De niet-zichtbare gevolgen kunnen dat gewenningsproces bemoeilijken voor de omgeving. Het vervullen van rollen, taken en activiteiten is het gewenste resultaat binnen ergotherapie en wordt om die reden ook als doel genomen binnen het afstudeeronderzoek. Dit afstudeeronderzoek zal zich dus richten op het betekenisvol (rolgebonden) handelen, met betrekking tot alle handelingsgebieden.

De vrijetijdsbesteding die mensen hun hele leven beoefend hebben, kunnen na het NAH te hoog gegrepen zijn. Het is belangrijk dat de ergotherapeut de patiënt begeleidt in het erkennen van de nieuwe situatie en op basis daarvan nieuwe keuzes te maken opdat de patiënt kan blijven participeren (Vilans, z.d.). Daarbij is het gunstig de patiënt te stimuleren na te denken over zijn mogelijkheden en beperkingen, en het overzichtelijk op papier te zetten. Voor patiënten met cognitieve stoornissen kan het moeilijk zijn om de eigen mogelijkheden en beperkingen te overzien, dus dit moet eventueel met behulp van de naastenbetrokkenen (Evenhuis & Eyssen, 2012). Dat overzicht zal niet alleen handig zijn voor de patiënt, maar kan ook dienen als hulp bij het re-integratiegesprek. Het doel zal zijn dat de negatieve gevolgen voor de patiënt (zoals overschatting) tijdens de werkhervatting zoveel mogelijk beperkt worden. Tot slot is het als professional ook van belang om de veranderingen op het gebied van vrijetijdsbesteding te erkennen en te verhelderen en de patiënt te motiveren en te stimuleren een vrijetijdsbesteding die binnen de mogelijkheden ligt op te pakken (Vilans, z.d.).

Terugkomend op het gegeven dat vermoeidheid primair door het hersenletsel zelf wordt veroorzaakt, zoals o.a. in de cognitieve coping-hypothese wordt beschreven, neemt dit niet weg dat de patiënt ondersteund kan worden bij het omgaan met vermoeidheid (van Heugten, Bertens & Spikman, 2017). Zoals het behandelprotocol voor ambulante hersenletselpatiënten met vermoeidheid beschrijft, is het doel van de behandeling niet om het energieniveau te herstellen tot het premorbide niveau, maar om de patiënten te ondersteunen bij het omgaan met de vermoeidheid en het efficiënter besteden van de beschikbare energie (Zedlitz & Fasotti, 2010). Het maken van bewustere keuzes en het beter omgaan met de vermoeidheid kan het energieniveau namelijk wel positief beïnvloeden.

## Doel- en vraagstelling

Naar aanleiding van de analyse zijn de volgende doel- en vraagstelling opgesteld:

**Doelstelling**: Ergotherapeuten, werkzaam bij de poliklinische revalidatiegeneeskunde van het *Ziekenhuis*, hebben kennis en inzicht over interventies die patiënten met NAH en cognitieve beperkingen ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid, zodat zij de beschikbare energie efficiënt benutten om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren.

**Vraagstelling**: Welke interventies kunnen binnen de poliklinische revalidatiesetting gebruikt worden om patiënten met NAH en cognitieve beperkingen te ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid, zodat zij de beschikbare energie efficiënt benutten om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren?

Deelvragen:

1. Welke interventies en strategieën worden gebruikt bij patiënten met cognitieve beperkingen na NAH om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren?
2. Welke interventies en strategieën worden toegepast bij patiënten met vermoeidheidsklachten na NAH om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren?
3. Welke interventies, gericht op het omgaan met vermoeidheid, zijn toepasbaar bij patiënten met cognitieve beperkingen na NAH, in relatie met de verschillende cognitieve gedragsniveaus, om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren?

# Methode

## Literatuuronderzoek

## Zoekstrategie

Onderzoeks- en zoekvraag

Welke interventies zijn geschikt om volwassenen en ouderen met NAH en cognitieve beperkingen te ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid, zodat zij de beschikbare energie efficiënt benutten om betekenisvolle rollen, taken en activiteiten te vervullen?

PICO-methode

Patiënt: Volwassenen en ouderen met NAH, cognitieve beperkingen en vermoeidheidsklachten

Intervention: ergotherapiebehandeling

Comparison: /

Outcome: betekenisvolle rollen, taken en activiteiten vervullen

Afbeelding met schermafbeelding

Automatisch gegenereerde beschrijving

Selectiecriteria

* Het artikel is full-tekst beschikbaar.
* Het artikel is Engelstalig of Nederlandstalig.
* De informatie is bruikbaar voor de doelgroep: volwassenen en/of ouderen met NAH en een cognitieve beperking, en helpt antwoord te geven op de hoofdvraag.

Methode

Er is eerst tegelijkertijd gezocht in de twee databanken: MEDLINE en CINAHL. Er is specifiek gezocht, zonder het ten koste te laten gaan van de resultaten. Dit is gedaan door de trefwoorden te combineren met de booleaanse operatoren: ‘AND’ en ‘OR’, relevante synoniemen te gebruiken en de trefwoordencombinaties bij te stellen waar nodig.   
Om te voorkomen dat er weinig resultaten zouden zijn, zijn niet alle trefwoorden tegelijkertijd gebruikt in één zoekstring. Eerst zijn ‘NAH en vermoeidheid’ gecombineerd met de overige trefwoorden, en vervolgens ‘NAH en cognitieve beperkingen’. De trefwoordencombinaties met de toevoegingen van: ‘intervention’, ‘occupational therapy’ (en ‘roles OR tasks OR activities’), leverden de meeste relevante resultaten op.

Gecombineerd met ‘NAH en vermoeidheid’ waren er vier relevante artikelen, waarvan drie geselecteerd. Gecombineerd met ‘NAH en cognitieve beperkingen’, waren er zes relevante artikelen, waarvan vier geselecteerd.   
Vervolgens is er gezocht in de databank: OT-Seeker. Dit heeft geen nieuwe artikelen opgeleverd. Tot slot is er relevante informatie gehaald uit drie richtlijnen. Via Ergotherapie Nederland is gekeken welke mono- en multidisciplinaire richtlijnen er zijn, en is ingeschat welke relevant konden zijn voor het afstudeeronderzoek (Ergotherapie Nederland, z.d.). Vervolgens is er in die richtlijnen gezocht naar trefwoorden als ‘vermoeidheid’, ‘cognitie’ en ‘betekenisvol’ om relevante informatie te verkrijgen en/of richtlijnen uit te sluiten.

*Zie Bijlage C voor zoekhistorie.*

## Verzamelen en verwerken nieuwe gegevens

## Vraagstelling praktijkonderzoek

In relatie tot de centrale onderzoeksvraag zijn de volgende vraagstellingen opgesteld voor het praktijkonderzoek:

* Welke interventies op het gebied van omgaan met vermoeidheid zijn toepasbaar bij de doelgroep: volwassenen en ouderen met NAH en cognitieve beperkingen?
  + Welke interventies zijn bruikbaar bij welke cognitieve gedragsniveaus?
* Op welke manier wordt er gebruik gemaakt van de cognitieve mogelijkheden, om ondanks de cognitieve beperkingen de patiënt te kunnen ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid?

## Methode en verantwoording

Het kwalitatief onderzoek is uitgevoerd middels semigestructureerde interviews. Hiermee is inzicht verkregen in de ervaringen en opvattingen van de respondenten.

Er zijn enkel ergotherapeuten benaderd die met de doelgroep NAH en cognitieve beperkingen werken binnen een poliklinische revalidatiesetting. Daarnaast is het een vereiste geweest dat de respondent CPCRT-geschoold is of bezig is met de scholing. CPCRT staat voor Certified in the Practice of Cognitive Rehabilitation Therapy en houdt in dat de therapeut cognitief geschoold, en bekend is met de cognitieve gedragsniveaus.

De respondenten zijn allen benaderd per mail. Binnen het *Ziekenhuis* zijn drie ergotherapeuten benaderd en geïnterviewd die werken vanuit het CRT-protocol. Daarnaast zijn de ontwikkelaars van de Activiteitenweger benaderd. Zij waren al op de hoogte van dit onderzoek en hebben aangegeven hier belangstelling voor te hebben. Eén van de twee ontwikkelaars voldeed aan de criteria, aangezien de ander niet werkzaam is met de CRT-doelgroep. Tot slot zijn meerdere CPCRT-therapeuten benaderd per mail, waarbij hun contactgegevens via de website van CPCRT-geschoolden is verkregen. Daarvan heeft één respondent deelgenomen aan het onderzoek.

Alle respondenten waren vrouwen. Zij hebben gemiddeld zeventien jaar en vijf maanden werkervaring als ergotherapeut en dertien jaar en twee maanden met de doelgroep NAH en cognitieve beperkingen. De interviews zijn telefonisch afgenomen en duurden gemiddeld 69 minuten. De tijdsduur was afhankelijk van de door de respondent gereserveerde tijd en ruimte voor diepgang, met een maximum van zestig minuten als richtlijn. De respondenten hebben toestemming gegeven om de interviews op te nemen middels spraakopname en de gegevens anoniem te verwerken. Voorafgaand aan het interview hebben zij een PowerPoint (zie Bijlage G ) ontvangen met een beknopte weergave van de resultaten uit het literatuuronderzoek. Tijdens het interview is daar verder op ingegaan.

Analyse

Het eerste interview is letterlijk getranscribeerd. Na stilgestaan te hebben bij wat het oplevert, is besloten om woordelijk te transcriberen en de vragen ook niet meer letterlijk op te schrijven. Daarmee is de efficiëntie vergroot en de effectiviteit behouden. Vervolgens zijn de gegevens samengevoegd per thema, namelijk: cognitieve gedragsniveaus, interventies van de huidige werkwijze, interventies uit de literatuurstudie, groepsprogramma en wensen voor het eindproduct.

Tot slot zijn de verkregen gegevens in het algemeen geanalyseerd en is er nagegaan of er nog overkoepelende thema’s waren. Daaruit is naar voren gekomen dat de therapeuten van het *Ziekenhuis* enthousiast waren over de implementatie van een groepsprogramma, maar geen concrete actiepunten hadden voor de implementatie ervan.

*Zie Bijlage F voor de interviewvragen en Bijlage J voor de transcripties.*

# Resultaten

## Literatuuronderzoek

### Deelvraag 1: Interventies en strategieën die toepasbaar zijn bij patiënten met cognitieve beperkingen na NAH om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren

De richtlijn NAH en arbeidsparticipatie beschrijft dat het belangrijk is om de patiënt te ondersteunen bij het aanbrengen van structuur en omgaan met vermoeidheid, opdat de cognitieve beperkingen niet zullen toenemen (Donker-Cools et al., 2012). De Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid heeft voor de ergotherapiebehandeling bij verschillende cognitieve stoornissen, namelijk aandacht-, geheugen-, probleem-oplossende en informatieverwerkingsstoornissen, aandachtspunten geformuleerd. Dit overzicht is bijgevoegd in Bijlage D. Nadat is vastgesteld welke cognitieve stoornissen de patiënt ervaart, is het belangrijk om de bijbehorende aandachtspunten in acht te nemen (Evenhuis & Eyssen, 2012).

Er zijn verschillende benaderingswijzen die worden gebruikt in de ergotherapiepraktijk om cognitieve stoornissen aan te pakken. Om het handelen na NAH te optimaliseren gebruiken ergotherapeuten vaak benaderingswijzen in combinatie;

* Cognitieve procestraining omvat intensieve, progressieve cognitieve oefeningen die verminderde cognitieve capaciteiten en processen uitdagen.
* Met cognitieve strategie-instructie leren patiënten interne en externe tactieken om cognitieve problemen in het dagelijks leven te overwinnen.
* Foutloos leren wordt toegepast met vaardigheid-taak-gewoonten training om patiënten te helpen bij het uitvoeren van onveranderlijke stappenreeksen die verband houden met specifieke dagelijkse taken, zoals aankleden of baden.
* Met interventies voor taak- of omgevingsaanpassing worden de eisen van de taak of omgeving aangepast om af te stemmen op de cognitieve capaciteiten van de patiënt om de veiligheid en prestaties te optimaliseren (Radomski et al. 2016).

Executieve functies en probleemoplossende strategieën

Het Short-Term Executive Plus (STEP-programma) blijkt een positief effect te hebben op de executieve functies en het probleemoplossend vermogen. Verder onderzoek is echter nog nodig om de effectiviteit ervan bij verschillende NAH-populaties te identificeren (Radomski et al., 2016).

Volgens Dawson et al. (2009) zullen de volgende vier elementen positieve effecten hebben in het dagelijks leven van volwassenen met NAH en problemen in executieve functies:

1. Metacognitieve en probleemoplossende training
2. Verbale zelfinstructie
3. Het uitvoeren van de therapie in de eigen omgeving van de persoon
4. Het in samenspraak opstellen van de behandeldoelen, opdat de doelen betekenisvol zijn voor de patiënt en de doelen eerder bereikt zullen worden.

De Cognitive Orientation to Occupational Performance (CO-OP) is een overkoepelende, geschikte interventie waarbij die vier elementen aan bod komen. Het combineert cognitieve gedragsaanpak, ergotherapeutische interventies en het cliënt-gecentreerde kader van ergotherapie.

De CO-OP leidt tot positieve verandering in doelen. Het is aangeraden om de cliënt tijdens de sessies te vragen hoe ze de globale strategie in andere situaties hebben gebruikt of hadden kunnen gebruiken (Dawson et al., 2009). Het is daarnaast gunstig om feedback te geven. Feedback-gerelateerde interventies blijken namelijk effectief te zijn om het zelfbewustzijn te verbeteren (Radomski et al., 2016).

Groepsbehandeling waarin cognitieve strategietraining wordt aangeboden en o.a. probleemoplossende strategieën worden aangeleerd, blijkt effectief te zijn bij mensen met cognitieve stoornissen. Daarnaast is groepsbehandeling effectief voor coping en het verbeteren van zelfbewustzijn (Radomski et al., 2016). Uit een systematische review naar de effectiviteit van interventies om de dagelijkse activiteiten, handelingsgebieden en sociale participatie voor mensen met NAH te verbeteren bleek dat groepsprogramma’s grotere effecten toonden dan de onderzoeken gericht op individuele behandeling. Daarnaast bleek dat intensieve en gestructureerde programma’s betere resultaten opleverden dan bij minder intensieve en/of gestructureerde behandelprogramma’s (Powell, Rich, & Wise, 2016).

Rolgebonden en betekenisvol handelen

Uit onderzoek blijkt dat men na hersenletsel minder behoefte heeft om vrijetijds- en sociale activiteiten te ondernemen. De belemmerende factoren daarbij zijn: toegankelijkheid van de activiteit (afstand, vervoer, kosten), cognitieve beperkingen, het kunnen anticiperen op problemen, weinig motivatie en moeite met het stellen van prioriteiten (dat tevens wijst op problemen met planning en organisatie van activiteiten). Om de patiënt te ondersteunen bij het weer uitvoeren van betekenisvolle activiteiten, zijn de volgende aspecten belangrijk: externe motivatie, regelmaat en plannen (Jamieson et al., 2020).

### Deelvraag 2: Interventies en strategieën bij patiënten met vermoeidheid na NAH om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren

De Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid beschrijft dat gedragsverandering een belangrijk en terugkerend element is in de vermoeidheidbehandeling. De reden daarvan is dat een groot deel van het gedrag dat patiënten vertonen uit gewoonten bestaan en het vaak niet eenvoudig is om deze te doorbreken. De richtlijn beschrijft dat effectieve ergotherapie de patiënten in de gelegenheid stelt om te veranderen. De ergotherapeut dient het veranderingsproces te stimuleren, te ondersteunen, in beweging te brengen en/of op andere wijze mogelijk te maken. Het nieuwe gedrag of handelen moet veelal meerdere keren worden herhaald voordat er verandering optreedt (Evenhuis & Eyssen, 2012).

Daarnaast wordt er in de richtlijn aanbevolen om bij het opstellen van het plan van aanpak een bewuste keuze te maken bij het kiezen van een interventievorm. Er worden vier interventievormen onderscheiden, namelijk therapeutisch gebruik van jezelf, therapeutisch gebruik van activiteiten, het consultatieproces en het educatieproces.   
Met ‘het therapeutisch gebruik van jezelf’ wordt bedoeld dat de ergotherapeut tijdens de interventie op een bewuste manier gebruik maakt van zijn eigen mogelijkheden. Het ‘therapeutisch gebruik van activiteiten’ betreft het inzetten van betekenisvolle activiteiten binnen de therapie, aansluitend op de doelen van de patiënt. Het consultatieproces geeft de samenwerking tussen de patiënt en de ergotherapeut een adviserend karakter, waarbij de ergotherapeut een ondersteunende en coachende rol heeft. Het educatieproces betreft het overbrengen van kennis over de uitvoering van activiteiten, met als uitgangspunt dat de patiënt die uitleg zelf in de thuis- of werksituatie toepast.

Tot slot is het van belang om aan te sluiten bij de leerstijl van de patiënt, opdat het leereffect zo groot mogelijk is. De richtlijn gebruikt daarvoor de leercyclus van Kolb (Evenhuis & Eyssen, 2012).

Interventies

De Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid beveelt de volgende interventies aan:

* Energy Conservation Course en Vermoeidheidsmanagement
  + De ECC en Vermoeidheidsmanagement hebben veel overeenkomsten. Zij hebben beide onderwerpen als dagindeling, belasting-belastbaarheid en het vereenvoudigen van activiteiten/werk op het programma staan. Het wordt aanbevolen om de interventies te gebruiken in individuele vorm, om een vermindering van het ervaren gevoel van vermoeidheid te bereiken.
  + De ECC leidt tot een verbetering van de kwaliteit van leven en de resultaten zijn acht weken tot een jaar na de cursus nog aanwezig. De vermoeidheidsmanagement-programma’s behandelen ook algemene onderwerpen zoals: het vermijden van hitte, fit blijven en gezond eten.
* Activiteitenweger
  + Het kan zinvol zijn om de Activiteitenweger te gebruiken, wanneer de ergotherapeut meer inzicht wil krijgen in betekenisvolle activiteiten die de patiënt uitvoert, de belasting die de patiënt ervaart bij het uitvoeren van deze activiteiten en de belasting die patiënt aankan.
* Cognitieve gedragstherapie (CGT)
  + Het gaat hier om de deelnemers zo effectief mogelijk om te leren gaan met de beschikbare energie en daarnaast worden copingstrategieën aangeleerd om om te gaan met stressvolle situaties. Met behulp van SMART doelen en een “keeping on track planner” wordt implementatie hiervan in het dagelijks leven nagestreefd.
* Cognitieve Therapie gecombineerd met Graded Activity Training
  + Graded Activity is een gedragsmatig en fysiek trainingsprogramma gebaseerd op operante en cognitieve leerprincipes.
    - Operante leerprincipes: gezond gedrag wordt aangeleerd en positief bekrachtigd en op ongewenst gedrag wordt niet ingegaan.
    - Cognitieve leerprincipes: scholing en inzicht geven in gevolgen van vermijding van activiteiten. Catastrofale gedachten en irreële gedachten uitbannen.
  + Deze principes worden verwerkt in een uniek fysiek trainingsprogramma, waarbij tegelijkertijd gewerkt wordt aan verbeteren van conditionele aspecten en arbeidsspecifieke vaardigheden (Evenhuis & Eyssen, 2012).

De multidisciplinaire richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel geeft de aanbeveling om een combinatie van cognitieve strategietraining en fysieke conditieopbouw aan te bieden bij patiënten met vermoeidheidsklachten ten gevolge van een hersenletsel. Hierbij wordt gerefereerd naar cognitieve strategietraining dat bijvoorbeeld gericht is op een verandering van het activiteitenpatroon, teneinde efficiënter te leren omgaan met een verminderd energieniveau (Rasquin & Heugten, 2007).

Vanuit diverse onderzoeken worden ook andere interventies aanbevolen, namelijk:

* De Maximizing Energy (MAX) is een veelbelovende zelfmanagement-interventie om patiënten te helpen de vermoeidheid na NAH te beheersen en de impact op het dagelijks leven te verminderen. Het lijkt een langdurig effect te hebben tot 12 weken na de interventie. Het **bestaat uit een combinatie van educatie en probleemoplossende therapie om patiënten te leren omgaan met vermoeidheid gerelateerde problemen** (Caplan et al., 2016; Whyte, Morse, Leibold, Chisholm, & Raina, 2015).
* Cognitive Symptom Management and Rehabilitation Therapy (CogSMART) is een 12 weken durende interventie om symptomen na NAH, zoals slaapstoornissen, vermoeidheid, hoofdpijn en spanning, en cognitie te verbeteren op het gebied van prospectief geheugen, aandacht, leren en geheugen en executief functioneren. Het toevoegen van CogSMART aan de behandeling kan het prospectief geheugen verbeteren en de klachten na NAH verminderen. Bijlage E vermeldt per domein voorbeelden van compensatiestrategieën die aan bod komen in de CogSMART-modules. Voorbeelden van die strategieën zijn: coderingsstrategieën, organisatiestrategieën en een probleemoplossende methode van zes stappen (Twamley, Jak, Delis, Bondi, & Lohr, 2014).

Betrekken van naasten

Ergotherapeuten zijn van mening dat het meerwaarde heeft om het plan van aanpak te bespreken met de naastbetrokkenen, zodat deze rekening kunnen houden met hun opgestelde doelen en tevens kunnen meedenken over de eigen rol in het proces (Evenhuis & Eyssen, 2012). Daarnaast moedigt CogSMART de betrokkenheid van familie of andere ondersteunende personen aan bij de eerste twee en de laatste twee sessies van de interventie, zodat familieleden meer te weten kunnen komen over NAH, een plan kunnen genereren ter ondersteuning van het gebruik van nieuwe strategieën door de patiënt, feedback kunnen geven over de effectiviteit van het strategiegebruik en mee kunnen denken voor verdere toepassing van de strategieën op dagelijkse activiteiten (Twamley et al., 2014).

Conclusie literatuuronderzoek  
De volgende interventies blijken effectief te zijn om patiënten met NAH en cognitieve beperkingen te ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid: Activiteitenweger, CO-OP, CGT, Cognitieve Therapie gecombineerd met Graded Activity Training, ECC en Vermoeidheidsmanagement.

Daarnaast tonen meerdere artikelen aan dat groepsprogramma’s een meerwaarde hebben bij de behandeling van patiënten met vermoeidheidsklachten na NAH. Twee veelbelovende groepsprogramma’s daarbij zijn: de MAX-interventie en de CogSMART. De MAX-interventie richt zich vooral op vermoeidheid, maar is enkel te verkrijgen via de databank van ErasmusMC. De CogSMART betrekt naast vermoeidheid ook andere domeinen en is kosteloos te verkrijgen via hun website[[1]](#footnote-1).

Ook het geven van feedback, betrekken van het systeem en het ondersteunen van de patiënt bij het generaliseren van adviezen blijkt effectief te zijn. Tot slot is het belangrijk om de patiënt, ondanks eventuele verminderde behoefte aan betekenisvolle activiteiten, te stimuleren rolgebonden en betekenisvolle behandeldoelen op te stellen.

## Praktijkonderzoek

De uitkomsten van het praktijkonderzoek zijn grotendeels verwerkt in het schema[[2]](#footnote-2) in Bijlage I. De resultaten van het praktijkonderzoek zullen hieronder per thema beschreven worden.

Mogelijkheden

De bevindingen van de ergotherapeutische inventarisatiefase worden tijdens het combi-overleg gecombineerd met de resultaten uit het Neuropsychologisch onderzoek (NPO). Op basis daarvan worden de beperkingen en mogelijkheden van de patiënt duidelijk. De mogelijkheden worden vervolgens ingezet om betekenisvolle doelen te bereiken. Respondent A geeft het volgende voorbeeld: “Als iemand beter onthoudt bij het visueel aanbieden van informatie, is het nog belangrijker dat we dingen opschrijven voor die patiënt, of beeldend uitleggen.”

Cognitieve gedragsniveaus

De respondenten gaven aan dat zij het cognitieve gedragsniveau vooral als richtlijn gebruiken en dat zij los daarvan ook inspelen op de situatie. Het cognitieve gedragsniveau kan bijvoorbeeld afhankelijk van het energieniveau op de dag schommelen. Ook kan men groeien in niveau naarmate de tijd vordert en de therapie plaatsvindt. Uit het onderzoek blijkt dat de respondenten zich daar veelal bewust van zijn. Echter, gaf één van de respondenten aan minder bewust stil te staan bij de eventuele groei dat op lange termijn kan plaatsvinden. Haar verwachting was dat zij het onbewust vast zal doen, maar wil daar voortaan bewuster bij stilstaan.

De verkregen informatie rondom de cognitieve gedragsniveaus, zoals kenmerken, aandachtspunten en benaderingswijzen zijn per cognitieve gedragsniveau verwerkt in het schema. Ook is die informatie gecontroleerd aan de hand van de literatuur, om zeker te weten dat de kenmerken van de verschillende gedragsniveaus juist zijn beschreven.

Interventies vanuit de setting

Tijdens de interviews is de toepasbaarheid van de volgende interventies uitgevraagd per cognitieve gedragsniveau: de tijdschrijftlijst, de Activiteitenweger, Niet Rennen Maar Plannen ‘Vermoeidheid na Hersenletsel, wat nu?’, Graded Activity, Slaap-doe-boek, Sleepwise e-book, stop-denk-doe, voor- en nadelenmatrix, stoplichtmethode, thermometer, de cognitieve hiërarchie, het informatieverwerkingsmodel, de accu en het wegennetwerk.

In het schema is de toepasbaarheid van die interventies per cognitieve gedragsniveau weergeven, met eventuele alternatieven en aangepaste vormgevingen.

Interventies vanuit literatuuronderzoek

In de literatuur wordt aanbevolen om cognitieve strategietraining in combinatie met fysieke conditieopbouw aan te bieden. Uit de interviews blijkt dat dat momenteel al gebeurt, gezien de multidisciplinaire samenwerking waar de fysiotherapeut ook deel van uitmaakt.

Uit de interviews blijkt dat er in de behandelingen aandacht is voor de elementen uit de CO-OP.

* Op basis van hoe de patiënt met verbale zelfinstructie omgaat bij de klinimetrie wordt er bepaald of verbale zelfinstructie wordt ingezet in de behandeling of niet: “Als iemand bijvoorbeeld bij de CMT of ACLS zichzelf erg begeleid, is dat dus iets dat helpend kan zijn. Maar als iemand bijvoorbeeld bij de CMT hele verhalen gaat vertellen, kan het juist iets afleidend zijn.”
* Indien er niet behandeld kan worden in de eigen omgeving van de persoon worden de adviezen zo praktisch mogelijk gemaakt en wordt het systeem extra betrokken, opdat implementatie van de adviezen alsnog plaatsvindt in de eigen omgeving.
* De doelen worden altijd in samenspraak opgesteld, zodat het persoonlijke en betekenisvolle doelen worden; *“Ik merk dat zij daardoor ook intrinsiek gemotiveerd worden en dat zij zich daardoor verantwoordelijk voelen voor hun eigen revalidatieproces.”* De mate van sturing bij het opstellen van de doelen en de complexiteit van de doelen is ook afhankelijk van het cognitieve gedragsniveau.

De respondenten geven aan dat er altijd feedback wordt gegeven. Afhankelijk van de situatie wordt de patiënt ook gestimuleerd om zelf tot inzichten te komen; bijvoorbeeld door het praktisch te maken en reflectiemethoden te gebruiken. Daarnaast geven zij aan dat er op basis van het geheugen, de persoonlijkheid en het inzicht van de patiënt wordt ingeschat in hoeverre herhaling nodig is.

Groepsprogramma’s

Binnen het *Ziekenhuis* worden er momenteel geen groepsprogramma’s aangeboden rondom het onderwerp vermoeidheid. Uit de interviews met de respondenten van het *Ziekenhuis* blijkt dat er ondanks de verwachte meerwaarde en enthousiasme nog geen concrete actiepunten zijn voor de implementatie van groepsprogramma’s. Dit is wellicht een medeoorzaak dat het geen prioriteit krijgt binnen het *Ziekenhuis*. Een handleiding en de aanbeveling vanuit dit afstudeeronderzoek kan er wellicht voor zorgen dat de ergotherapeuten meer houvast hebben en de implementatie meer prioriteit krijgt. Dit is tevens ook beaamd door de respondenten.

Met het interview met Respondent D is informatie verkregen omtrent groepsprogramma’s, wat een grote meerwaarde heeft. Respondent D gaf namelijk het volgende aan: “Patiënten zijn altijd erg tevreden over de groep en over het contact die zij krijgen. De herkenning en erkenning is in de eerste sessie al erg fijn voor de patiënten.” Ook beschrijft zij dat inzicht en reflecterend vermogen vereist is om deel te kunnen nemen aan groepsprogramma’s. Dat vermogen komt ongeveer vanaf het cognitieve gedragsniveau hoog vier, begin vijf.

*Zie Bijlage H voor de werkwijze bij Revalidatiecentrum[[3]](#footnote-3)*

Deelvraag 3 en conclusie praktijkonderzoek: Interventies, gericht op het omgaan met vermoeidheid, die toepasbaar zijn bij patiënten met cognitieve beperkingen na NAH, in relatie met de verschillende cognitieve gedragsniveaus, om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren  
Gebaseerd op het praktijkonderzoek blijkt dat de volgende interventies op het gebied van vermoeidheid toepasbaar zijn bij de doelgroep NAH en cognitieve beperkingen: de tijdschrijflijst, de Activiteitenweger, Niet Rennen Maar Plannen, Graded Activity, Slaap-doe-boek, Sleepwise e-book, stop-denk-doe, voor- en nadelenmatrix, stoplichtmethode, thermometer, informatieverwerkingsmodel, accu, wegennetwerk en de cognitieve hiërarchie. De toepasbaarheid van de interventies in relatie met de verschillende cognitieve gedragsniveaus staat weergeven in het schema van Bijlage I.   
Daarnaast blijken groepsprogramma’s effectief en toepasbaar te zijn bij de doelgroep die beschikt over een bepaalde mate van inzicht en reflecterend vermogen; vanaf gedragsniveau hoog vier of vijf.

Tot slot worden doelen altijd in samenspraak met de patiënt opgesteld, zodat het betekenisvolle doelen worden. Doordat er daarbij wordt ingespeeld op de mogelijkheden van de patiënt, is er ruimte om het betekenisvol, rolgebonden handelen te verbeteren.

# Discussie, conclusie en aanbevelingen

## Discussie

Bijdrage kwaliteit aan zorg

De verwachting is dat het schema zal zorgen voor een effectievere en efficiëntere werkwijze. Daarnaast draagt het bij aan de onderbouwing van welke interventie in welke situatie geschikt is. In het schema kan er namelijk per cognitieve gedragsniveau afgelezen worden wat er, op basis van praktijk- en literatuuronderzoek, aangeraden wordt. Bij twijfel om een interventie wel of niet in te zetten is het handig om het schema erbij te nemen en af te lezen wat er aangeraden wordt bij dat cognitieve gedragsniveau. In combinatie met de eigen professionele redeneringen kan er op basis daarvan besloten worden om een interventie wel of niet in te zetten. Daarnaast kan er bekeken worden welke aangepaste vormen of alternatieven er zijn voor de interventie.

Het doel van het *Ziekenhuis* is om de patiënten de beste kwaliteit van leven te geven die in hun persoonlijke situatie mogelijk is (*Ziekenhuis*, z.d.). De geboden oplossing is gericht op het beter leren omgaan met vermoeidheid om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren. Daarmee wordt bijgedragen aan het vergroten van de kwaliteit van leven, aansluitend op het doel van het *Ziekenhuis*. Door het schema te gebruiken als leidraad kan er tevens nog beter aangesloten worden op de persoonlijke situatie van de patiënt.

Vergelijking praktijk- en literatuuronderzoek   
Zoals in de Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid wordt geadviseerd, kiezen de respondenten ook bewust de interventievormen, aansluitend op de leerstijl van de patiënt. Echter doet de richtlijn dat op basis van de leercyclus van Kolb, en doen de respondenten dat op basis van de cognitieve gedragsniveaus (Evenhuis & Eyssen, 2012).

Zowel in het literatuuronderzoek als in het praktijkonderzoek komt naar voren dat het belangrijk is om rekening te houden met gedragsverandering gedurende de behandelperiode. Op basis daarvan zijn de fasen van gedragsverandering toegevoegd aan het schema.   
De literatuur benadrukt de meerwaarde van het betrekken van het systeem. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat het betrekken van het systeem al weloverwogen wordt gedaan. Er worden bewuste keuzes gemaakt betreft de rol die het systeem in het behandelproces heeft, met afstemming op zowel patiënt als systeem. In het schema is de rol van het systeem ook nadrukkelijk terug te lezen per cognitieve gedragsniveau.

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de vier elementen uit de CO-OP wel aan bod komen in de behandelingen, maar niet als één interventie wordt aangeboden. Dit is overeenkomend met hetgeen dat in het onderzoek van Dawson et al. (2009) naar voren is gekomen. Dat onderzoek toont aan dat het in dat geval gunstig is om de CO-OP als overkoepelende interventie aan te bieden.

Zowel uit literatuuronderzoek als praktijkonderzoek blijkt dat groepsprogramma’s een grote meerwaarde hebben voor deze doelgroep. De theoretische onderbouwing van de groepsprogramma’s van *Revalidatiecentrum* komen overeen met de bevindingen uit het literatuuronderzoek, alsmede de onderwerpen die er aan bod komen.   
In de literatuur wordt er gerefereerd naar vermoeidheidsmanagement-programma’s waarbij ook algemene onderwerpen zoals: het vermijden van hitte, fit blijven en gezond eten worden besproken. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de ergotherapeuten over het algemeen beperkt aandacht besteden aan die onderwerpen, omdat zij betwijfelen of dat hun taak is als ergotherapeut en daardoor ook weinig ruimte voelen om diep in te gaan op die onderwerpen. Echter zijn zij wel van mening dat het belangrijke onderwerpen zijn en wordt de meerwaarde van een leefstijlcoach of diëtiste in het team groot ingeschat, om die onderwerpen alsnog te bespreken.

Sterke en zwakke kanten

Er zijn zowel ergotherapeuten van het *Ziekenhuis* (beide locaties) als ergotherapeuten van andere revalidatiesettingen geïnterviewd. Hiermee zijn brede inzichten en verschillende werkwijzen verkregen in het onderzoek. Doordat er enkel CPCRT-therapeuten en CPCRT-therapeuten in opleiding zijn geïnterviewd konden de uitkomsten van de interviews gemakkelijker en betrouwbaarder verwerkt worden in het eindschema, omdat zij allen bekend zijn met de cognitieve gedragsniveaus.

Eén van de interviews is gevoerd met de ontwikkelaar van de Activiteitenweger. De Activiteitenweger is een bekend instrument binnen de ergotherapeutische behandeling rondom vermoeidheid. Het interview heeft ertoe geleid dat er veel diepgang bereikt kon worden omtrent de toepassing ervan bij de verschillende niveaus.

De werkwijze bij Respondent D verschilde dusdanig met de werkwijze van het *Ziekenhuis* dat het lastig was om de interventies afzonderlijk en per cognitieve gedragsniveau uit te vragen. Echter, dankzij dat grote verschil in werkwijze, is er veel waardevolle informatie verkregen omtrent groepsprogramma’s. Bij *Revalidatiecentrum* wordt deze doelgroep namelijk veelal behandeld in groepsprogramma’s en vanuit het literatuuronderzoek was het ook gewenst om de ervaringen van een therapeut mee te kunnen nemen die groepsprogramma’s begeleid.

Helaas is er geen tijd geweest om het schema terug te koppelen bij de respondenten. De opdrachtgever, die tevens ook één van de respondenten is, heeft een gedeelte van het schema wel ingezien. Daarbij is aangegeven dat zij tevreden is met de uitkomst en de verwerkte informatie.

Het spreken in cognitieve gedragsniveaus kan ervaren worden als een minder cliënt-gecentreerde formulering. Echter wordt er door CPCRT-therapeuten gesproken over cognitieve gedragsniveaus, om de benaderingswijze aan te kunnen sluiten op het leervermogen van de patiënt. Om het eindproduct toegankelijk te maken voor de CPCRT-therapeuten, is die formulering aangehouden.

## Conclusie

Middels het afstudeeronderzoek is antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag: Welke interventies kunnen binnen de poliklinische revalidatiesetting gebruikt worden om patiënten met NAH en cognitieve beperkingen te ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid, zodat zij de beschikbare energie efficiënt benutten om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren?

Uit de resultaten van het onderzoek is gebleken dat groepsprogramma’s een grote meerwaarde hebben bij deze doelgroep. Bij het opstarten van een groepsprogramma kan gebruikgemaakt worden van de MAX-interventie, de CogSMART en de bevindingen uit het interview met Respondent D (Bijlage H). Het implementeren van groepsprogramma’s vereist een nieuwe werkwijze. De ergotherapeuten gaven aan dat zij verwachten dat daar ruimte voor gecreëerd kan worden, indien het de benodigde prioriteit krijgt binnen de setting.

Vanuit de resultaten van het praktijk- en literatuuronderzoek is het schema opgesteld, waarbij de verschillende interventies rondom vermoeidheid met de toepasbaarheid ervan per cognitieve gedragsniveaus zijn weergeven. Het dient als leidraad in de huidige werkwijze, waardoor er geen wijzigingen vereist zijn in tijd, plaats of deskundigheid.

Tot slot is het belangrijk om doelen altijd in samenspraak met de patiënt op te stellen en aandacht te besteden aan externe motivatie, regelmaat en plannen, zodat het betekenisvol en rolgebonden handelen verbeterd.

## Aanbevelingen

Op basis van het afstudeeronderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan voor de beroepspraktijk:

* Het is aanbevolen om het schema/eindproduct te gebruiken als leidraad bij het vormgeven van het behandelproces.
* Het is zeer aanbevolen om groepsprogramma’s te implementeren en dat te combineren met fysieke conditieopbouw bij de fysiotherapeut.
* Het is aanbevolen om de CO-OP als overkoepelende interventie aan te bieden, om doelen positief de beïnvloeden.
* Het is aanbevolen om een leefstijlcoach of diëtiste aan het multidisciplinair team toe te voegen.
* Het is aanbevolen om aandacht te hebben voor externe motivatie, regelmaat en plannen zodat de patiënt wordt gestimuleerd om het betekenisvol en rolgebonden handelen te verbeteren.

Gebaseerd op de behoefte vanuit de praktijk worden de volgende aanbevelingen gedaan voor onderzoek in de toekomst:

* Het onderzoeken van de betrouwbaarheid van diverse scorelijsten uit de inventarisatiefase (zoals de MFIS) bij de doelgroep NAH en cognitieve beperkingen. – behoefte vanuit *Revalidatiecentrum*
* Onderzoeken of er overkoepelende of overeenkomende interventies zijn vanuit de literatuur die de huidige werkwijze binnen het *Ziekenhuis* theoretisch kunnen versterken.
* Onderzoek waarbij de toepassing van één specifieke interventie bij de doelgroep NAH en cognitieve beperkingen uitgebreid wordt geanalyseerd en de toepassing ervan wordt gespecificeerd per cognitieve gedragsniveau.

# Literatuurlijst

1. *Namen*., persoonlijke communicatie, 22 augustus 2018
2. Caplan, B., Bogner, J., Brenner, L., Arciniegas, D., Raina, K. D., Morse, J. Q., ... & Whyte, E. (2016). Feasibility of a cognitive behavioral intervention to manage fatigue in individuals with traumatic brain injury: a pilot study. *Journal of head trauma rehabilitation*, *31*(5), E41-E49.
3. Dawson DR; Gaya A; Hunt A; Levine B; Lemsky C; Polatajko HJ (2009). Using the cognitive orientation to occupational performance (CO-OP) with adults with executive dysfunction following traumatic brain injury. *Canadian journal of occupational therapy, 2009; Vol.76* (2), pp. 115-27.
4. Donker-Cools, B., van Bennekom, C., Wind, H., & Frings-Dresen, M. (2012). Niet-aangeboren hersenletsel en arbeidsparticipatie. Een multidisciplinaire richtlijn voor Beoordelen, Behandelen en Begeleiden (3B). *TBV–Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde.*
5. Evenhuis, E., & Eyssen, I. C. J. M. (2012). Ergotherapierichtlijn Vermoeidheid bij MS, CVA of de ziekte van Parkinson. *VUmc Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Sectie Ergotherapie. Amsterdam: VU Medisch Centrum*.
6. Jamieson, M., Jack, R., O’Neill, B., Cullen, B., Lennon, M., Brewster, S., & Evans, J. (2020). Technology to encourage meaningful activities following brain injury. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, *15*(4), 453-466.
7. Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4th ed.) Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins.
8. Powell, J. M., Rich, T. J., & Wise, E. K. (2016). Effectiveness of occupation- and activity-based interventions to improve everyday activities and social participation for people with traumatic brain injury: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy,* *70,* 7003180040.
9. Radomski, M. V.; Anheluk, M; Bartzen, M. Penny; Zola, J (2016). Effectiveness of Interventions to Address Cognitive Impairments and Improve Occupational Performance After Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy, 2016; 70*(3): p1-p9. 9p.
10. Rasquin, S. M. C., & Heugten, C. V. (2007). *Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel.* Nijmegen: Consortium Cognitieve Revalidatie.
11. Schouwen, van (2015). Cognitieve Revalidatie Therapie – Ergotherapeutische diagnostiek. Enkhuizen: Hersenwerk.
12. Steultjens, Cup, Zajec, & Hees, van (2013). Ergotherapierichtlijn CVA. Nijmegen/Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland.
13. Twamley, E. W., Jak, A. J., Delis, D. C., Bondi, M. W., & Lohr, J. B. (2014). Cognitive Symptom Management and Rehabilitation Therapy (CogSMART) for veterans with traumatic brain injury: pilot randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 51*(1).
14. Van Heugten, C. M., Bertens, D., & Spikman, J. (2017). Richtlijn neuropsychologische revalidatie. *Tijdschrift voor neuropsychologie*, *12*(3), 212-214.
15. Whyte, E., Morse, J., Leibold, M., Chisholm, D., & Raina, K. (2015). Effectiveness of a Behavioral Intervention to Help Individuals Manage Posttraumatic Brain Injury Fatigue. *American Journal of Occupational Therapy*, *69*
16. Zedlitz, A. M. E. E., & Fasotti, L. (2010). Protocol 'Omgaan met beperkte belastbaarheid:Behandelprotocol voor ambulante hersenletselpatiënten met (ernstige) vermoeidheid'. Ponds, R.; Heugten, C. van; Fasotti, L.(ed.), *Neuropsychologische Behandeling.*

Internetbronnen

1. CogSMART. (z.d.). *CogSMART for TBI Manual*. Geraadpleegd op 8 juli 2020, van <http://www.cogsmart.com/contacts/new?manual_id=5>
2. Ergotherapie Nederland. (z.d.). *Richtlijnen en standaarden.* Geraadpleegd op 1 juni 2020, van <https://ergotherapie.nl/kennisplein/vakinhoudelijke-documenten/richtlijnen-en-standaarden/>
3. Hersenletsel. (z.d.). *Gevolgen voor denken en doen.* Geraadpleegd op 9 mei 2020, van <https://www.hersenletsel.nl/alles-over-nah/gevolgen-van-nah/gevolgen-voor-denken-en-doen>
4. Hersenstichting. (z.d.). *Niet-aangeboren hersenletsel (NAH).* Geraadpleegd op 3 mei 2020, van <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/niet-aangeboren-hersenletsel/>
5. Swaen, B. (2013, 10 oktober). Wat is kwalitatief en kwantitatief onderzoek? Geraadpleegd op 1 juni 2020, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/kwalitatief-vs-kwantitatief-onderzoek/>
6. Tromp, M. (z.d.). *Fasen van Gedragsverandering/ Stages of Change.* Geraadpleegd op 1 augustus 2020, van <https://vitalezorgverlener.nl/fasen-van-gedragsverandering>
7. Vilans. (z.d.). *Leefgebieden.* Geraadpleegd op 23 mei 2020, van <http://kennisbundel.vilans.nl/niet-aangeboren-hersenletsel-leefgebieden.html>

# Bijlagen

## Bijlage A – Uitwerking van instrumenten uit de inventarisatiefase

* Het COPM wordt gebruikt om de door de patiënt zelf ervaren veranderingen of belangrijke problemen in het dagelijks handelen vast te stellen. Het wordt zowel in het begin als aan het eind van het revalidatietraject afgenomen, om daarmee het effect van de behandelperiode in kaart te brengen.
* Tijdschrijflijsten worden gebruikt om te kijken welk patroon er bestaat tussen de activiteiten die een persoon uitvoert en de vermoeidheid en/of stemming die iemand ervaart. Ook kan dit inzicht geven in de mate van aandachtsproblemen.
* Met de Modified Fatigue Impact Scale (MFIS) wordt de invloed van vermoeidheid op het dagelijks handelen gemeten. Ook de MFIS wordt in het begin en aan het eind afgenomen, om daarmee het effect van de behandelperiode in kaart te brengen.
* Met de Contextual Memory Test (CMT) wordt het inzicht in de geheugencapaciteit en strategieën ten behoeve van het geheugen in kaart gebracht. Het kan gebruikt worden als een screeningsinstrument om te identificeren of een patiënt geheugenproblemen heeft.
* Met de Allen Cognitive Level Score (ACLS) krijgt de therapeut een eerste indruk van het cognitief niveau van functioneren van de patiënt. Hiermee is advies te geven over de begeleiding, het soort activiteiten en de inrichting van de fysieke omgeving waardoor de patiënt kan handelen, passend bij diens niveau. De ACLS-score wordt niet toegekend op basis van één observatie van gedrag of handelingen. Er zijn meerdere observaties nodig om vast te kunnen stellen op welk niveau iemand functioneert. Door de stichting Hersenwerk zijn cognitie scorelijsten ontwikkeld op het gebied van aandacht, informatieverwerking, visuele verwerkingsproblemen, geheugen en executieve processen. Deze lijsten kunnen helpen bij het signaleren van de aanwezigheid van problemen en de ervaren ernst ervan.
* Met de Nine Hole Peg Test (NHPT) wordt de snelheid van bewegen van onder andere de fijne handmotoriek onderzocht. Daarnaast kan er uit deze test ook afgeleid worden hoe er gereageerd wordt op instructies en hoe het reactievermogen en snelheid van handelen van de patiënt is.
* De Weekly Calendar Planning Activity (WCPA) is een assessment van de executieve functies. De taak behelst het noteren en organiseren van een lijst van afspraken en taken in een weekschema, waarbij rekening worden gehouden met regels, het ontstaan van conflictsituaties, tijdbewaking en afleiding.
* De Perceive- Recall- Plan- Perform (PRPP) wordt gebruikt om het handelen van de patiënt te observeren en te analyseren.
* Met de Brannagan Executive Functions Assessment worden de executieve functies geobserveerd, waarbij de patiënt ongestructureerde, complexe activiteiten moet uitvoeren. Het toetst het vermogen van een individu om met dagelijkse situaties om te gaan, zoals het plannen van een feest of een reis met behulp van logica en redeneren (*Naam* et al., 2018).
* Tijdens de PRB-bespreking (Poliklinische Revalidatie Behandeling) wordt er multidisciplinair overlegd. Daarbij worden onder andere gegevens uit de assessmentfase samengebracht en doelstellingen voor de behandelfase bepaald.

## Bijlage B – Cognitieve gedragsniveaus

De zes cognitieve gedragsniveaus gebaseerd op het Cognitive Disabilities Model (Van Schouwen, 2015):

1. Niveau van automatische acties  
   Op dit niveau wordt de aandacht beperkt tot primaire stimuli, zoals honger, smaak en reuk. Er wordt nauwelijks gereageerd op externe stimuli. Bewegingen zijn vrijwel allemaal reflexen en hebben niet direct een doel. 🡪 Patiënt is ADL afhankelijk, wordt volledig verzorgd.
2. Niveau van houdingsacties  
   Op dit niveau is de patiënt in staat om proprioceptieve informatie te verwerken en beschikt over grove motoriek, om lopen, zitten en staan mogelijk te maken. Het handelen verloopt vaak apraktisch en zonder doel. 🡪 Patiënt is ADL afhankelijk, wordt volledig verzorgd.
3. Niveau van manuele acties

Op dit niveau is de aandacht gericht op het kunnen gebruiken van bekende objecten. Tactiele exploratie van de omgeving staat centraal. Het handelen is niet doelgericht; de beweging is niet gekoppeld aan een eindresultaat. De patiënt heeft bij iedere stap begeleiding nodig m.b.t. doelbepaling en procesbewaking. Problemen worden niet waargenomen en situaties worden niet beoordeeld. 🡪 Patiënt is deels ADL afhankelijk. Op basis van korte, concrete, fysieke/verbale begeleiding kan patiënt aangespoord worden om een handeling uit te voeren.

1. Niveau van doelgerichte acties

Op dit niveau is er voor het eerst sprake van doelgericht handelen. Het handelen is routinematig. De patiënt is in staat stappen te nemen om een bekende taak te verrichten, waarbij er fouten kunnen ontstaan, leidend tot het bereiken van een bekend doel. De aandachtspanne is voldoende voor de uitvoer van kortdurende activiteiten. Er is geen sprake van controleren van het handelen en er bestaat moeite om abstract te denken. 🡪 Over het algemeen is er hulp en supervisie nodig: onder andere op het gebied van veiligheid en het structureren/assisteren van complexere taken.

1. Niveau van explorerende acties

Op dit niveau leert de patiënt op basis van trial & error en door middel van het semantisch geheugen. Het routinematig handelen verloopt zelfstandig/ levert geen problemen op. De patiënt anticipeert niet op problemen en het in gedachten oplossen van problemen lukt niet. Er is sprake van een verminderd episodisch en semantisch geheugen. Het beoordelen van situaties, het beredeneren en het plannen verloopt moeizaam. 🡪 Er is supervisie nodig bij het opvolgen van abstracte instructies, het anticiperen op gevaarlijke situaties en het handhaven van structuur bij complexe taken.

1. Niveau van geplande acties

Op dit niveau is er geen sprake van verstoorde cognitieve processen. De patiënt beschikt over een goed inzicht en beoordelingsvermogen en is in staat om te plannen, te analyseren, problemen op te lossen, informatie te onthouden en nieuwe procedures/activiteiten te leren (middels mondelinge of schriftelijke informatie). 🡪 Er is sprake van accuraat, veilig, zelfstandig en weloverwogen handelen met een helder en realistisch toekomstbeeld. Generaliseren gaat goed.

## Bijlage C – Zoekhistorie

MEDLINE en CINAHL

Afbeelding met schermafbeelding

Automatisch gegenereerde beschrijving

OT-seeker:![Afbeelding met schermafbeelding

Automatisch gegenereerde beschrijving]()

## Bijlage D – Cognitieve stoornissen en aandachtspunten

Afbeelding met tekst, krant

Automatisch gegenereerde beschrijving

1. Nederlands Centrum voor Hersenletsel. Niet aangeboren hersenletsel, informatie voor paramedici. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV; 2001

(Evenhuis & Eyssen, 2012)

Bijlage E – Domeinen gericht op CogSMART en bijbehorende strategieën Afbeelding met schermafbeelding

Automatisch gegenereerde beschrijving

(Twamley et al., 2014)

## Bijlage F – Interview voorbereiding

*Hoofdvraag:* Welke interventies kunnen binnen de poliklinische revalidatiesetting gebruikt worden om patiënten met NAH en cognitieve beperkingen te ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid, zodat zij de beschikbare energie efficiënt kunnen benutten om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren.

*In relatie tot de centrale onderzoeksvraag zijn de volgende vraagstellingen opgesteld voor het praktijkonderzoek:*

* *Welke interventies op het gebied van omgaan met vermoeidheid zijn toepasbaar bij de doelgroep: volwassenen en ouderen met NAH en cognitieve beperkingen?* 
  + *Welke interventies zijn bruikbaar bij welke cognitieve gedragsniveaus?*
* *Op welke manier wordt er gebruik gemaakt van de cognitieve mogelijkheden, om ondanks de cognitieve beperkingen de patiënt te kunnen ondersteunen bij het omgaan met vermoeidheid?*

**Inleiding**

* Aller eerst, wat fijn dat je tijd hebt vrij kunnen maken voor mij. Heel erg bedankt daarvoor.
* Zoals je hebt gelezen in de mail, gaat mijn afstudeeronderzoek over het toepassen van interventies rondom vermoeidheid bij de doelgroep met NAH en cognitieve problemen (eigenlijk de groep die wordt behandeld vanuit het CRT-protocol dus).
* In het eindproduct hoop ik de verschillende interventies te kunnen koppelen aan de gedragsniveaus, zodat het overzicht gebruikt kan worden als leidraad. Beetje zoals het klinisch redeneermodel. Het eindproduct kan wellicht uitwijken, maar dan weet je waar mijn vragen straks vandaan komen.
* Tijd tot max 13.55u, maar waarschijnlijk tot 13.45u
* Vind je het goed als er een geluidsopname gemaakt wordt? Dit is alleen voor mijzelf, om het interview later uit te werken.
* De gegevens uit dit interview worden geanonimiseerd en je naam wordt dus niet meegenomen in het verslag.

**Context (en/of: gegevens respondent)**

* Kan je mij meer vertellen over jouw functie, de doelgroep waarmee je werkt en hoelang je ervaring hebt met de CRT-doelgroep.
  + Hoeveel cliënten met cognitieve problemen na hersenletsel zie je ongeveer per week? En hoeveel van deze cliënten hebben last van vermoeidheid?
  + Welke gedragsniveaus zie je dan zoal? *Aantekening maken van dit antwoord.*

**Interventie(s)**

* De aanleiding voor dit onderzoek was dat het inzetten van interventies bij de CRT-doelgroep als moeizamer werd ervaren, omdat er veelal semantische interventies zijn. Hoe ervaar je het proces bij patiënten met een verminderd cognitief vermogen? Begrijp jij de behoefte naar verder onderzoek?
* Vanuit het CRT-protocol weet ik de werkwijze (interventies bij CRT en rondom vermoeidheid). Dat het gedragsniveau in overleg met de psycholoog wordt bepaald, om de interventies aan te laten sluiten op het leervermogen van de patiënt.
  + Hoe kom je vervolgens tot een keuze voor een bepaalde interventie bij een bepaalde cliënt/situatie.
  + / Hoe kies je aan de hand daarvan vervolgens je interventies?
    - En specifiek, de toepassing van interventies rondom vermoeidheid?
  + Sta je daarbij bewust stil bij de mogelijkheden van de patiënt? Of ligt de focus soms misschien onbewust toch bij de beperkingen?
  + / Op welke manier gebruik je de cognitieve mogelijkheden om, ondanks de cognitieve beperkingen, de patiënt te ondersteunen?
    - En specifiek bij het omgaan met vermoeidheid?
* Nu wil ik het wat specifieker maken door de gedragsniveaus af te gaan / door bepaalde cognitieve problemen af te gaan (vanuit de gedragsniveaus).
* Je heeft aangegeven dat je de gedragsniveaus … t/m … ziet op de polikliniek, dus ik zal dieper ingaan op die niveaus.

/ Ik ga ervan uit dat je gedragsniveau 1 niet ziet binnen de polikliniek, maar bij gedragsniveau 2 is het nog een twijfelgeval. Zie je die?

Hoe ondersteun je patiënten met NAH en cognitieve beperkingen bij het omgaan met vermoeidheid, om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren, als zij op het *gedragsniveau* *2* zitten, namelijk het niveau van *houdingsacties*, waarbij sprake is van *apraktisch en zonder doel handelen*?

Zit er ook een verschil in het toepassen van diezelfde interventie bij laag en hoog 2? Wat is dat verschil?

Waaraan merk je dat jouw werkwijze effect heeft?

Hoe ondersteun je patiënten met NAH en cognitieve beperkingen bij het omgaan met vermoeidheid, om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren, als zij op het *gedragsniveau 3* zitten, namelijk *het niveau van manuele acties*, waarbij *het handelen niet doelgericht is* (beschrijving kern gedragsniveau)?

Zit er ook een verschil in het toepassen van diezelfde interventie bij laag en hoog 3? Wat is dat verschil?

Waaraan merk je dat jouw werkwijze effect heeft?

Hoe ondersteun je patiënten met NAH en cognitieve beperkingen bij het omgaan met vermoeidheid, om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren, als zij op het *gedragsniveau 4* zitten, namelijk *het niveau van doelgerichte acties*, waarbij *er sprake is van doelgericht, routinematig handelen*?

Zit er ook een verschil in het toepassen van diezelfde interventie bij laag en hoog 4? Wat is dat verschil?

Waaraan merk je dat jouw werkwijze effect heeft?

Hoe ondersteun je patiënten met NAH en cognitieve beperkingen bij het omgaan met vermoeidheid, om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren, als zij op het *gedragsniveau 5* zitten, namelijk *het niveau van explorerende acties*, waarbij *het routinematig handelen zelfstandig verloopt, maar de patiënt niet anticipeert op problemen en het in gedachten oplossen van problemen niet lukt?*

*(Ook het beoordelen van situaties, het beredeneren en het plannen verloopt moeizaam)*

Zit er ook een verschil in het toepassen van diezelfde interventie bij laag en hoog 5? Wat is dat verschil?

Waaraan merk je dat jouw werkwijze effect heeft?

Hoe ondersteun je patiënten met NAH en cognitieve beperkingen bij het omgaan met vermoeidheid, om betekenisvol (rolgebonden) handelen te verbeteren, als zij op het *gedragsniveau 6 zitten?*

Wat is het verschil t.o.v. gedragsniveau 5?

Waaraan merk je dat jouw werkwijze effect heeft?

Nagaan of alle interventies aan bod zijn gekomen 🡪

/ Dan wil ik graag nog even kort een aantal interventies langs gaan die nog niet zijn benoemd, namelijk: …

*Bij welke gedragsniveau vind je deze interventie wel/niet toepasbaar?*

*Waarom wel/niet? / waar loop je tegenaan?*

*Kan je concreter maken hoe je nu de interventie aanpast op het niveau vd patiënt*

Rondom vermoeidheid:

* Tijdschrijflijst
* Activiteitenweger
* Graded activity
* Educatie – In hoeverre geef je wel/niet educatie + hoe maak je die keuze/ wat zijn je overwegingen daarbij.

🡪 Niet Rennen Maar Plannen

🡪 Accu’s

🡪 Wegennetwerk…

🡪 Emmer

* Stop-denk-doe
* Slaap-doe-boek & Sleepwise e-book
* Stoplichtmethode & Thermometer

In een ander interview kwam naar voren dat de ergotherapeut zichzelf erop betrapte dat zij zich minder bewust was van het feit dat men ook kan groeien in de gedragsniveaus naarmate de tijd vordert en de therapie plaatsvindt. En dat je die benaderingswijze ook ergens een beetje los zou moeten laten om met de patiënt mee te groeien. Ben je het daarmee eens en hoe bewust ben jij je daarvan?

* Tot slot wil ik nog wat interventies langs gaan die in de literatuurstudie naar voren zijn gekomen en die nog niet zijn genoemd. 🡪 Is het gelukt om de uitkomsten van het literatuuronderzoek door te nemen?
  + Naar PowerPoint.

**Afsluiting**

* Bedanken
* Vind je het goed dat ik contact met je opneem als ik achteraf nog vragen heb?
* Als je achteraf nog vragen/opmerkingen of aanvullende informatie heeft, kan je mij ook mailen of bellen.

## Bijlage G – Powerpoint praktijkonderzoek

Afbeelding met schermafbeelding

Automatisch gegenereerde beschrijving

Afbeelding met schermafbeelding

Automatisch gegenereerde beschrijving

Afbeelding met schermafbeelding

Automatisch gegenereerde beschrijving

## Bijlage H – werkwijze *Revalidatiecentrum* bij groepsprogramma’s

* **Kenmerken groep**:
  + **Duur groepsprogramma**: 10 à 12 weken, afhankelijk van de groep.
  + **Voorbeelden van** **onderwerpen** die er aan bod komen: belastbaarheidsprincipes, slaap, invloed van gedachten of de signalen van vermoeidheid.
  + **Doelgroep**: Enkel patiënten met cognitieve beperkingen. Er is bij die groep met name sprake van mentale vermoeidheid.
  + **Aantal personen**: maximaal zes patiënten in een groep. De ervaring leert dat het niet werkt als er meer patiënten in de groep zitten dan dat aantal.
    - Dat ligt niet aan: te globaal/ adviezen niet gericht kunnen geven. – De patiënt moet ook de verhalen van de anderen beluisteren. Je wilt iedereen namelijk wel een actieve inbreng geven. Wij koppelen daar dan wel altijd doelen aan. Je wilt dus sowieso een stukje individuele aandacht geven, maar ook op onderwerp de mensen voldoende ruimte geven om daarop te kunnen reflecteren en hun eigen ervaring daarin te delen. Dat is juist waar het om gaat bij de groepsprogramma’s. Als de groep heel groot is, kost het veel meer tijd en energie om dat te doen. Sommige mensen worden ook te passief in te grote groepen. Ook dan werkt het niet. Het is namelijk wel de bedoeling dat de patiënt daarin eigen inbreng heeft en eigen ervaringen deelt en durft te delen met de anderen.
  + **Multidisciplinair**: Het groepsprogramma worden gegeven door ergotherapeuten en psycholoog. Om de beurt wordt er een psychologisch of ergotherapeutisch onderwerp gekozen. Afhankelijk van het onderwerp heeft de één meer leiding en vult de ander aan. Dat belastbaarheidsprogramma heeft naast de informatiegroep, ook een fysieke trainingsdeel van 2x per week (bij de fysiotherapeut).
  + **Doelen**: De groep duurt 90 minuten. Eerste 45 minuten is informatief vervolgens pauze en in de tweede 45 minuten wordt het praktischer; daarin heeft iedereen individuele doelen waaraan gewerkt wordt.
* **Beleid**: Het streven is dat de patiënt altijd meedoet aan het groepsprogramma, zodat de patiënten de basisinformatie hebben. Afhankelijk van de behoefte kan de patiënt na het groepsprogramma individueel verder behandeld worden.
  + Duur van de individuele behandelingen, na de groepsprogramma’s 🡪 verschilt heel erg, maar ongeveer 3 tot 6 maanden. Dat hoeft niet meer wekelijks, maar het wordt dan vaak ook wel uitgesmeerd dat mensen eens in de twee of drie weken komen. De duur van die sessie varieert, kan 30 of 60 minuten. Dat zij toch nog die stok achter de deur hebben, om even de puntjes op de i te kunnen zetten.
* **Theoretische onderbouwing**: tientallen jaren geleden is het programma opgestart. Toen waren er nog weinig/geen groepsprogramma’s, dus in eerste instantie is het programma opgestart vanuit de ervaringen. Thema’s die in de individuele behandelingen veel naar voren kwamen, zijn verwerkt in het programma. Door de jaren heen is het programma aangepast op basis van nieuwe literatuur etc. Nu is het o.a. op basis van Niet Rennen Maar Plannen en COGRAT.
* **Ervaring patiënten:** Patiënten zijn altijd erg tevreden over de groep over het contact die zij krijgen. De herkenning en erkenning is in de eerste sessie al erg fijn voor de patiënten.

Hoe zorgen jullie ervoor dat de patiënten in groepsverband aan individuele doelen kunnen werken? Tussen de mensen is er al veel overlap en herkenning. Zij stellen de doelen op in de groep en krijgen dus ook feedback van de anderen op de doelen. Ook worden zij er soms door groepsgenoten op aangesproken: ‘He, jij zou toch… Waarom heb je dat dan niet gedaan?’. Dus iedereen werkt wel aan zijn eigen doel, maar het zijn wel allemaal doelen die zij ook herkennen. Soms brengen zij elkaar ook op ideeën: ‘O, ga jij dat doen? Dat is voor mij eigenlijk ook een goed idee.’. Ook kan het zijn dat iemand zichzelf naar beneden haalt en dat de mederevalidanten de patiënt dan positief bekrachtigd. Ik vind het erg waardevol dat de patiënten in groepsverband elkaar aanspreken en van elkaar leren. Het is altijd anders als een mederevalidant de patiënt aanspreekt op zijn/haar handelen, dan als de therapeut het zou zeggen. Het heeft een andere lading en waarde als de mederevalidanten dat doen.

## Bijlage I – Schema/ eindproduct

Schema interventies en cognitieve gedragsniveaus

*Onderstaand schema is opgesteld op basis van het praktijk- en literatuuronderzoek. Ter ondersteuning zijn de bladen van psycho-educatie toegevoegd, na het schema.*

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat er binnen de poliklinische revalidatiesetting met name de patiënten worden gezien met de cognitieve gedragsniveaus vier, vijf en zes. Naar aanleiding daarvan begint het schema bij gedragsniveau vier.

LET OP!

* Het schema dient als ondersteuning; professioneel redeneren en afstemming op voorkeuren/situatie van patiënt blijft ten alle tijden noodzakelijk.
* Het lezen van de gehele rij (horizontaal) bij de interventie is een vereiste om de gegevens correct te interpreteren.
* Het schema is geschreven in de mannelijke vorm, maar waar ‘hij/hem’ staat kan ook ‘zij/haar’ worden gelezen.
* Op basis van de leervorm kan de benaderingswijze bepaald worden.
* Er dient ook rekening gehouden te worden met de fase van gedragsverandering waarin de patiënt zich bevindt.
* Het gedragsniveau kan schommelen, afhankelijk van het energieniveau op de dag. Ook kan men groeien in niveau naarmate de tijd vordert en de therapie plaatsvindt.
* Indien systeem betrokken wordt dient er ook rekening gehouden te worden met diens vermogen om informatie op te nemen en te realiseren in de thuissituatie, ten behoeve van de patiënt.
  + Systeem = partner/ zoon/ dochter/ zus/ broer

**De leervormen met bijbehorende benaderingswijzen zijn:**

* **Procedureel leren**: Het leren is vooral gebaseerd op het **opslaan van bewegingsschema’s**. Het gaat om het opnieuw leren van handelingsvaardigheden door het gedrag te conditioneren. Er wordt gebruikgemaakt van taak-specifieke trainingen, waarbij een minimum aan nieuwe informatie wordt aangereikt.
* **Episodisch leren:** Het leren is gebaseerd op het **opdoen van ervaringen**. De focus ligt op het ervaren, waarbij gebruik kan worden gemaakt van episodische leercirkels (concrete ervaring – observatie en reflectie – abstracte begripsvorming – actief experimenteren). Binnen het ervaren worden strategieën toegepast.
* **Semantisch leren**: Het leren wordt tot stand gebracht door een specifieke **communicatieve relatie** met de patiënt, om deze te ondersteunen en te begeleiden in het ontwikkelen van het bestaande handelen naar het aangegeven wenselijke handelen (van Schouwen, 2015).

**De fasen van gedragsverandering *– Stages of Changes*:**

1. In de **onbewuste fase** zijn mensen zich niet bewust van een mogelijke gedragsverandering. Enerzijds beseffen ze soms niet dat hun huidige gedrag tot problemen kan leiden. Anderzijds beseffen ze dit soms wel, maar denken ze niet dat ze hierbij een rol kunnen spelen.
2. In de **overwegende fase** beseffen mensen wel dat er een alternatief is voor hun huidige gedrag, maar ze zien veel nadelen. Ze twijfelen of het voor hen werkt, of ze hebben beperkt vertrouwen dat ze het kunnen.
3. In de **voorbereidende fase** hebben mensen een beslissing genomen dat er iets moet veranderen. Ze hebben misschien voorbereidende stappen gezet, of zijn aan het onderzoeken wat ze precies gaan doen.
4. In de **actiefase** is er echt actie. Mensen zijn begonnen met het uitvoeren van nieuw, ander gedrag.
5. In de **fase van volhouden** houden mensen het nieuwe gedrag al een tijdje vol. Het hoort al meer bij hun dagelijks leven, hoewel het niet vanzelfsprekend is dat dit altijd volgehouden wordt (Tromp, z.d.).

**Herhaling**:

Tot en met gedragsniveau 4.5 is herhaling van essentieel belang, omdat men dan op inslijpniveau zit. Echter is herhaling bij de overige gedragsniveaus ook belangrijk; onder andere voor het vergroten van de bewustwording bij de patiënt. In hoeverre men moet herhalen kan ingeschat worden op basis van het geheugen, de persoonlijkheid en het inzicht van de patiënt.

Bronnen:

1. Jamieson, M., Jack, R., O’Neill, B., Cullen, B., Lennon, M., Brewster, S., & Evans, J. (2020). Technology to encourage meaningful activities following brain injury. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 15(4), 453-466.
2. Schouwen, van (2015). Cognitieve Revalidatie Therapie – Ergotherapeutische diagnostiek. Enkhuizen: Hersenwerk.
3. Tromp, M. (z.d.). Fasen van Gedragsverandering/ Stages of Change. Geraadpleegd op 1 augustus 2020, van <https://vitalezorgverlener.nl/fasen-van-gedragsverandering>

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gedrags-niveau | Kenmerken/ aandachtspunten voor benadering | Interventie | | Toepasbaar? | Alternatief | Therapeutische houding |
| Laag 4:  4.0 – 4.4 | **Leervorm:** procedureel/episodisch leren; foutloos leren, hier&nu, in context.  **Inzicht:** intellectueel tot laag emergent;  \*fouten worden meestal niet opgemerkt. Maken fouten bij niet-routinematige activiteiten, kunnen soms leren van fouten doordat er concrete consequenties van het handelen worden herkend.  \*denken niet vooruit.  \*adequaat probleemoplossend vermogen ontbreekt.  \*merkt stoornis/beperking op, maar legt geen verband met de gevolgen hiervan voor het dagelijks leven.  - aanwezigheid en betrokkenheid van systeem is essentieel.  - er is sprake van doelgericht, routinematig handelen, echter is er een grote kans dat het handelen onveilig is/ er fouten ontstaan.  - inslijpen van handelingen en activiteiten vereist; herhaling is essentieel en nieuwe handelingen moeten één voor één aangeleerd worden.  - baat bij vaste structuur en regels.  - visuele ondersteuning is extra belangrijk. | Doelen opstellen | | Ja. De doelen in samenspraak opstellen, geformuleerd vanuit de patiënt, zodat het betekenisvolle en rolgebonden doelen worden. | / | Erg sturend. Er is begeleiding nodig bij het stellen van realistisch haalbare doelen, het plannen en de uitvoer. Daarbij de patiënt stimuleren om de doelen zo betekenisvol mogelijk te maken, gebaseerd op de eventuele mindere initiatiefname om betekenisvolle activiteiten te ondernemen (Jamieson et al., 2020). |
| Tijdschrijflijst/ weeklijst zonder het wegen van activiteiten; Enkel het invullen van de uitgevoerde activiteiten op de dag + evt. scoren van vermoeidheid 1-10. | | Ja, eerst **zonder** enkele vorm van scoren. Daarna eventueel ook scoren van vermoeidheid.  **Let op!** Voorwaarden is dat de patiënt tijdsbesef heeft en weet wat hij zoal doet op de dag. | Routines uitvragen en dat in kaart te brengen. Van daaruit kijken waar iemand zich goed bij voelt. | Wees kritisch betreft betrouwbaarheid van de ingevulde lijst. |
| Activiteitenweger, incl. het wegen van activiteiten. | | **Vanaf** gedragsniveau 4.4toepasbaarop aangepaste wijze, **zonder** de bijbehorende tijdsbalk. | Tijdschrijflijst/ weeklijst zonder het wegen van activiteiten. | **4.4 t/m 4.6**  - Directieve houding;  \*bijv.: na twee overhemden gestreken te hebben, **moet** je rusten.  \*duidelijke dagstructuur in de vorm van een schema; op één pagina, met duidelijke kleuren, op een vaste en duidelijke plek in huis.  - Adviezen simpel en concreet houden.  \*vaste routines maken.  \*minder gradaties bij het wegen van activiteiten🡪 licht of zwaar i.p.v. cijfers.  - Sturende houding:  \*activiteiten uit dagelijks leven uitvragen, achtergrondinformatie over geven en vergelijken; ‘Als je boodschappen doet heb je dit soort prikkels (uitleg), daar word je moe van. 🡪 Kunnen wij dan stellen dat het zwaarder is dan ontbijten?’  OF  - Met de activiteiten-kaarten aan de slag gaan;  \*patiënt aanleren om thuis de kaarten op volgorde neer te leggen met de activiteiten die zij die dag willen gaan doen, incl. pauze-kaarten.🡪 Dit samen oefenen in de therapie. Vraagt veel tijd; kan systeem evt. bij helpen. – belangrijk om de kaarten thuis op een zichtbare plek te plaatsen. |
| Niet Rennen Maar Plannen ‘Vermoeidheid na Hersenletsel, wat nu?’ | | Nee | / | / |
| Graded Activity | | Nee | / | / |
| Slaap-doe-boek & Sleepwise E-book | | Deels; elementen uit het boek. | / | - De elementen praktisch maken en in kleinere hoeveelheden meegeven.  - Kan gebruikt worden om het systeem inzichten te geven en de patiënt van daaruit te helpen. |
| Reflectie op het handelen | Stop-denk-doe | Ja | / |  |
| Voor- en nadelenmatrix | Nee | / | / |
| Stoplichtmethode; drie gradaties (groen, oranje en rood) | Ja, met ondersteuning van systeem | / | Samen invullen met patiënt, in aanwezigheid van systeem. |
| Thermometer; tien gradaties (cijfers 1 t/m 10) | Nee | Stoplichtmethode | / |
| Psycho-educatie | Emmertje/ informatieverwerkings-model | Ja | / | Evt. met ondersteunende tekeningen op het whiteboard. |
| Accu | Ja | / | Evt. met ondersteunende tekeningen op het whiteboard. |
| Wegennetwerk | Ja | / | Evt. met ondersteunende tekeningen op het whiteboard. |
| Cognitieve hiërarchie | Nee, maar eventueel wel voor uitleg aan systeem. | / | Evt. met ondersteunende tekeningen op het whiteboard;  Uitleg afstemmen op het systeem.  Het blad met aantekeningen meegeven of een foto laten maken van het whiteboard, zodat het nagelezen kan worden. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gedrags-niveau | Kenmerken/ aandachtspunten voor benadering | Interventie | | Toepasbaar? | Alternatief | Therapeutische houding en/of aangepaste vormgeving |
| Hoog 4:  4.5 – 4.9 | **Leervorm:** episodisch leren; van fouten leren, hier&nu, in context.  **Inzicht:** laag emergent; fouten worden vaak gesignaleerd (merkt stoornis/beperking op, benoemt een globaal verband met de gevolgen voor functioneren in dagelijks leven), maar het is moeilijk een adequate oplossing te vinden.  - aanwezigheid en betrokkenheid van systeem is zeer gewenst; onder andere voor implementatie van adviezen in de thuissituatie.  - fouten worden gesignaleerd en zij kunnen een verband vinden met de gevolgen voor het functioneren in het dagelijks leven.  - er is sprake van doelgericht, routinematig handelen, waarbij onveilige situaties en fouten kunnen ontstaan.  - routines zijn essentieel. | Doelen opstellen | | Ja. De doelen in samenspraak opstellen, geformuleerd vanuit de patiënt, zodat het betekenisvolle en rolgebonden doelen worden. | / | Er is begeleiding nodig bij het stellen van realistisch doelen. Daarbij de patiënt stimuleren om de doelen zo betekenisvol mogelijk te maken, gebaseerd op de eventuele mindere initiatiefname om betekenisvolle activiteiten te ondernemen (Jamieson et al., 2020). |
| Tijdschrijflijst/ weeklijst zonder het wegen van activiteiten; Enkel het invullen van de uitgevoerde activiteiten op de dag + evt. scoren van vermoeidheid 1-10. | | Ja, eerst **zonder** enkele vorm van scoren. Daarna eventueel ook scoren van vermoeidheid.  **Let op!** Voorwaarden is dat de patiënt tijdsbesef heeft en weet wat hij zoal doet op de dag. | Routines uitvragen en dat in kaart te brengen. Van daaruit kijken waar iemand zich goed bij voelt. | Wees kritisch betreft betrouwbaarheid van de ingevulde lijst.  Vanaf 4.8 en 5.0 wordt de lijst betrouwbaarder. |
| Activiteitenweger, incl. het wegen van activiteiten. | | Ja, maar t/m gedragsniveau 4.8 op een aangepaste wijze en **zonder** de bijbehorende tijdsbalk. | Tijdschrijflijst/ weeklijst zonder het wegen van activiteiten. | **4.4 t/m 4.6**  - Directieve houding;  \*bijv.: na *deze* activiteit 2x gedaan te hebben, **moet** je rusten.  - Adviezen simpel en concreet houden.  \*vaste routines maken.  \*minder gradaties bij het wegen van activiteiten🡪 licht of zwaar i.p.v. cijfers.  - Sturende houding:  \*activiteiten uit dagelijks leven uitvragen, vergelijken en daar achtergrondinformatie over geven; ‘Begrijp je waarom je moe wordt van boodschappen doen? 🡪 Allerlei prikkels 🡪 Kunnen wij dan stellen dat het zwaarder is dan ontbijten?’  OF  - Met de activiteiten-kaarten aan de slag gaan;  \*patiënt aanleren om thuis de kaarten op volgorde neer te leggen met de activiteiten die zij die dag willen gaan doen, incl. pauze-kaarten.🡪 Dit samen oefenen in de therapie. Vraagt veel tijd; kan systeem evt. bij helpen. – belangrijk om de kaarten thuis op een zichtbare plek te plaatsen.  **Tussen 4.6 en 4.8**  Routines nog erg belangrijk; enige variatie mogelijk (ene zware activiteit vervangen door een andere zware activiteit).  **4.8 t/m 5.0**  Normale proces kan gevolgd worden bij dit niveau, maar afstemming is essentieel.  1. Activiteiten wegen (licht, gemiddeld, zwaar)  2. Dagactiviteiten bijhouden (met lijsten/kaarten/app; afhankelijk van de patiënt en de app alleen als mensen daarmee vertrouwd zijn).  3. De patiënt weet waar zijn grens ligt.  4. De patiënt weet dat het niet gewenst is om een lichte activiteit in te wisselen voor een zware activiteit; maakt bewuste keuze indien hij daar alsnog voor kiest. – Een duidelijke lijst met lichte, gemiddelde en zware activiteiten vereist, opdat patiënt daar zelf overwegingen in kan maken. |
| Niet Rennen Maar Plannen ‘Vermoeidheid na Hersenletsel, wat nu?’ | | Deels; elementen uit de module. | / | - Niet gehele module introduceren; enkel relevante elementen.  - simpel houden, concreet maken  - veel herhalen gedurende behandelperiode |
| Graded Activity | | Ja, met vereiste dat de patiënt voldoende inzicht heeft om te signaleren wanneer hij moe wordt, voordat andere klachten opspelen. | / | Bij het behandelen met Graded Activity, rekeninghouden met de operante en cognitieve leerprincipes:   * Operante leerprincipes: gezond gedrag wordt aangeleerd en positief bekrachtigd en op ongewenst gedrag wordt niet ingegaan. * Cognitieve principes: scholing en inzicht geven in gevolgen van vermijding van activiteiten. Catastrofale gedachten en irreële gedachten uitbannen (Evenhuis & Eyssen, 2012). |
| Slaap-doe-boek & Sleepwise E-book | | Deels; elementen uit het boek. | / | - De elementen praktisch maken en in kleinere hoeveelheden meegeven.  - Kan gebruikt worden om het systeem inzichten te geven en de patiënt van daaruit te helpen. |
| Reflectie op het handelen | Stop-denk-doe | Ja | / | Normale werkwijze kan gehandhaafd worden. Geen bijzonderheden. |
| Voor- en nadelenmatrix | Nee | / | / |
| Stoplichtmethode; drie gradaties (groen, oranje en rood) | Ja, met ondersteuning van systeem. | Thermometer; Keuze tussen thermometer en stoplichtmethode afhankelijk van het inzicht, karakter en voorkeur van de patiënt. | Samen invullen met patiënt, in aanwezigheid van systeem. |
| Thermometer; tien gradaties (cijfers 1 t/m 10) | Ja, met ondersteuning van systeem. | Stoplichtmethode; Keuze tussen thermometer en stoplichtmethode afhankelijk van het inzicht, karakter en voorkeur van de patiënt. | Samen invullen met patiënt, in aanwezigheid van systeem. |
| Psycho-educatie | Emmertje/ informatieverwerkingsmodel | Ja | / | Evt. met ondersteunende tekeningen op het whiteboard. |
| Accu | Ja | / | Evt. met ondersteunende tekeningen op het whiteboard. |
| Wegennetwerk | Ja | / | Evt. met ondersteunende tekeningen op het whiteboard. |
| Cognitieve hiërarchie | Ja, met betrokkenheid van systeem en aanpassingen voor patiënt. | / | Evt. met ondersteunende tekeningen op het whiteboard;  Praktisch maken door bijvoorbeeld aan het begin van de sessie de driehoek te tekenen en aan het eind van de sessie met een stippenlijn te illustreren dat de driehoek kleiner is geworden met bijbehorende uitleg.  Het blad met aantekeningen meegeven, zodat het nagelezen kan worden of een foto laten maken van het whiteboard. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gedrags-niveau | Kenmerken/ aandachtspunten voor benadering | Interventie | | Toepasbaar? | Alternatief | Therapeutische houding en/of aangepaste vormgeving |
| Laag 5:  5.0 – 5.4 | **Leervorm:** episodisch leren; van fouten leren/ ‘trial-and-error’ (verkennen), in het hier en nu, in context.  Leert het meest van doen en voeren van discussies. Patiënt heeft gelegenheid nodig om uit te proberen en te leren van zijn fouten.  **Inzicht:** midden emergent (signaleert problemen, probleemoplossend vermogen aanwezig maar niet altijd adequaat). Anticipeert niet op mogelijke toekomstige problemen of voorbedachte problemen. Consequenties moeten eerst ervaren worden.  - systeem krijgt een ondersteunende rol i.p.v. essentiële rol.  - de patiënt is in staat om de aangedragen oplossingen die specifiek op de situatie/ probleem zijn afgestemd, toe te passen in de eigen/benodigde omgeving. | Doelen opstellen | | Ja. De doelen in samenspraak opstellen, geformuleerd vanuit de patiënt, zodat het betekenisvolle en rolgebonden doelen worden. | / | Patiënt krijgt meer regie bij het opstellen van doelen. Begeleiding nodig voor het bijstellen van de (realistisch) doelen. Daarbij de patiënt stimuleren om de doelen zo betekenisvol mogelijk te maken, gebaseerd op de eventuele mindere initiatiefname om betekenisvolle activiteiten te ondernemen (Jamieson et al., 2020). |
| Tijdschrijflijst/ weeklijst zonder het wegen van activiteiten; Enkel het invullen van de uitgevoerde activiteiten op de dag + evt. scoren van vermoeidheid 1-10. | | Ja/nee; toepasbaar, maar scoren volgens Activiteitenweger is ook mogelijk dus voorkeur gaat daarnaar uit.  *Zie alternatieven voor een minder sturende wijze, indien dit meer passend lijkt bij de patiënt.* | - Agenda/ dag-planning  - Activiteitenweger | Meer regie geven aan patiënt is gewenst. |
| Activiteitenweger, incl. het wegen van activiteiten. | | Ja; bij gedragsniveaus 5.2 t/m 5.4 is het zeer aangeraden om de activiteitenweger in te zetten; geheel zoals de Activiteitenweger hoort, zonder aanpassingen. | Niet Rennen Maar Plannen ‘Vermoeidheid na Hersenletsel, wat nu?’ | **5.2 t/m 5.4**  Normale werkwijze kan gehandhaafd worden, zonder aanpassingen. Patiënt begrijpt beweegregels van de Activiteitenweger.  - Geef patiënt de opdracht om thuis stil te staan bij de zwaarte van activiteiten. |
| Niet Rennen Maar Plannen ‘Vermoeidheid na Hersenletsel, wat nu?’ | | Ja | Activiteitenweger | De hoofdstukken uit de module meegeven en terug laten komen in de behandeling. |
| Graded Activity | | Ja | / | Bij het behandelen met Graded Activity, rekeninghouden met de operante en cognitieve leerprincipes:   * Operante leerprincipes: gezond gedrag wordt aangeleerd en positief bekrachtigd en op ongewenst gedrag wordt niet ingegaan. * Cognitieve principes: scholing en inzicht geven in gevolgen van vermijding van activiteiten. Catastrofale gedachten en irreële gedachten uitbannen (Evenhuis & Eyssen, 2012). |
| Slaap-doe-boek & Sleepwise E-book | | Deels; elementen uit het boek. | / | Koppel de elementen uit het boek met praktische voorbeelden. |
| Reflectie op het handelen | Stop-denk-doe | Ja | / | Normale werkwijze kan gehandhaafd worden. Geen bijzonderheden. |
| Voor- en nadelenmatrix | Ja | / | De discussie opzoeken met de patiënt, zodat de patiënt tot inzichten kan komen. |
| Stoplichtmethode; drie gradaties (groen, oranje en rood) | Ja | Thermometer; Keuze tussen thermometer en stoplichtmethode afhankelijk van het inzicht, karakter en voorkeur van de patiënt. | Blad meegeven om thuis in te vullen en achteraf samen nabespreken. |
| Thermometer; tien gradaties (cijfers 1 t/m 10) | Ja | Stoplichtmethode; Keuze tussen thermometer en stoplichtmethode afhankelijk van het inzicht, karakter en voorkeur van de patiënt. | Opstarten in de behandelsessie en meegeven naar huis. |
| Psycho-educatie | Emmertje/ informatieverwerkingsmodel | Ja, maar wellicht te simpel. | / | Normale werkwijze kan gehandhaafd worden. Geen bijzonderheden. |
| Accu | Ja, maar wellicht te simpel. | / | Normale werkwijze kan gehandhaafd worden. Geen bijzonderheden. |
| Wegennetwerk | Ja | / | Normale werkwijze kan gehandhaafd worden. Geen bijzonderheden. |
| Cognitieve hiërarchie | Ja | / | Standaard uitleg geven aan de hand van het blad en daarbij theorie koppelen met praktische voorbeelden.  Het blad met aantekeningen meegeven, zodat het nagelezen kan worden. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gedrags niveau | Kenmerken/ aandachtspunten voor benadering | Interventie | | | Toepasbaar? | Alternatief | Therapeutische houding en/of aangepaste vormgeving |
| Hoog 5:  5.5 – 5.9 | **Leervorm:** semantisch leren, error-based, toekomst, uit context.  **Inzicht**: tussen hoog emergent (signaleert problemen en lost deze adequaat op) en anticiperend inzicht (signaleert op voorhand dat een activiteit mogelijk problemen oplevert, lost vooraf op).  **Let op:**  Keuzes voor interventies op dit niveau hebben veel met de fase van gedragsverandering te maken en is afhankelijk van wat de patiënt wil (interesse/ enthousiasme/ behoefte).  - systeem heeft een ondersteunende rol; aanwezigheid van systeem is geen vereiste.  - therapeut neemt meer de ondersteunende rol; \*coaching en counseling.  - abstracter over situaties praten is mogelijk.  - de patiënt is in staat om zelf bedachte oplossingen, toe te passen binnen andere activiteiten of omgevingen.  Wel is begeleiding/ supervisie nodig bij het opvolgen van abstracte instructies, het anticiperen op (gevaarlijke) situaties en het handhaven van structuur. | Doelen opstellen | | | Ja. De doelen formuleren vanuit de patiënt, zodat het betekenisvolle en rolgebonden doelen worden. | / | Patiënt krijgt meer regie bij het opstellen van doelen. Begeleiding nodig voor het bijstellen van de (realistisch) doelen. Daarbij de patiënt stimuleren om de doelen zo betekenisvol mogelijk te maken, gebaseerd op de eventuele mindere initiatiefname om betekenisvolle activiteiten te ondernemen (Jamieson et al., 2020). |
| Tijdschrijflijst/ weeklijst zonder het wegen van activiteiten; Enkel het invullen van de uitgevoerde activiteiten op de dag + evt. scoren van vermoeidheid 1-10. | | | Ja/nee; toepasbaar, maar scoren volgens de Activiteitenweger is ook mogelijk dus voorkeur gaat daarnaar uit.  *Zie alternatieven voor een minder sturende wijze.* | - Agenda/ dag-planning  - Activiteitenweger | Meer regie geven aan patiënt is gewenst. |
| Activiteitenweger, incl. het wegen van activiteiten. | | | Ja | - Agenda  - Niet Rennen Maar Plannen ‘Vermoeidheid na Hersenletsel, wat nu?’ | Het proces iets losser laten door globale adviezen te geven;  Bijv. maximaal twee zware activiteiten per dag/ rust nemen na zware activiteit is een vereiste.  **5.6 t/m 5.8**  In gesprek gaan over situaties/ ‘discussiëren’ mogelijk zonder de Activiteitenweger ernaast te hebben. – Voorwaarden daarbij is dat de situatie recent heeft plaatsgevonden en patiënt het zich nog goed herinnert. |
| Niet Rennen Maar Plannen ‘Vermoeidheid na Hersenletsel, wat nu?’ | | | Ja | Activiteitenweger | Meegeven en terug laten komen in de behandeling. |
| Graded Activity | | | Ja | / | Bij het behandelen met Graded Activity, rekeninghouden met de operante en cognitieve leerprincipes:   * Operante leerprincipes: gezond gedrag wordt aangeleerd en positief bekrachtigd en op ongewenst gedrag wordt niet ingegaan. * Cognitieve principes: scholing en inzicht geven in gevolgen van vermijding van activiteiten. Catastrofale gedachten en irreële gedachten uitbannen (Evenhuis & Eyssen, 2012). |
| Slaap-doe-boek & Sleepwise E-book | | | Ja | / | Normale werkwijze kan gehandhaafd worden. Geen bijzonderheden. |
| Reflectie op het handelen | Stop-denk-doe | Ja, maar biedt wellicht te veel structuur dat tot weerstand kan leiden. | | / | Normale werkwijze kan gehandhaafd worden. Geen bijzonderheden. |
| Voor- en nadelenmatrix | Ja  *🡪 Indien gewenst is om meerdere opties bij een probleem na te gaan en daar de voor- en nadelen van te bedenken, kan de probleemoplossende theorie als alternatief gebruikt worden.* | | Probleemoplossende theorie *(meer op details gericht dan de voor- en nadelen matrix)* | Normale werkwijze kan gehandhaafd worden. Geen bijzonderheden. |
| Stoplichtmethode; drie gradaties (groen, oranje en rood) | Ja | | Thermometer; Keuze tussen thermometer en stoplichtmethode afhankelijk van het inzicht, karakter en voorkeur van de patiënt. | Blad meegeven om thuis in te vullen en achteraf samen nabespreken. |
| Thermometer; tien gradaties (cijfers 1 t/m 10) | Ja | | Stoplichtmethode; Keuze tussen thermometer en stoplichtmethode afhankelijk van het inzicht, karakter en voorkeur van de patiënt. | Opstarten in de behandelsessie en meegeven naar huis. |
| Psycho-educatie | Emmertje/ informatieverwerkingsmodel | Ja, maar wellicht te simpel. | | / | / |
| Accu | Ja, maar wellicht te simpel. | | / | / |
| Wegennetwerk | Ja, maar wellicht te simpel. | | / | / |
| Cognitieve hiërarchie | Ja | | / | Standaard uitleg geven aan de hand van het blad. Patiënt mee laten denken in praktische voorbeelden.  Het blad met aantekeningen meegeven, zodat het nagelezen kan worden. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gedragsniveau | Kenmerken/ aandachtspunten voor benadering | Interventie | | | Toepasbaar? | Alternatief | Therapeutische houding en/of aangepaste vormgeving |
| 6.0 + | **Leervorm:** semantisch leren, error-based, toekomst, uit context.  **Inzicht**: anticiperend inzicht (signaleert op voorhand dat een activiteit mogelijk problemen oplevert, lost vooraf op).  **Let op:**  Keuzes voor interventies op dit niveau hebben veel met de fase van gedragsverandering te maken en is afhankelijk van wat de patiënt wil (interesse/ enthousiasme/ behoefte).  - systeem heeft een ondersteunende rol; aanwezigheid van systeem is geen vereiste  - therapeut neemt meer de ondersteunende rol; \*coaching en counseling  \*begeleiding bieden bij vragen van patiënt  \*vragen stellen aan patiënt om hem aan het denken te zetten  - patiënt is in staat om thuis zelfstandig aan de slag te gaan met de adviezen van therapeut. | Doelen opstellen | | | Ja. De doelen formuleren vanuit de patiënt, zodat het betekenisvolle en rolgebonden doelen worden. | / | Patiënt heeft de regie bij het opstellen van doelen en formuleert ook doelen voor in de toekomst. Begeleiding nodig voor het bijstellen van de (realistisch) doelen. Daarbij de patiënt stimuleren om de doelen zo betekenisvol mogelijk te maken, gebaseerd op de eventuele mindere initiatiefname om betekenisvolle activiteiten te ondernemen (Jamieson et al., 2020). |
| Tijdschrijflijst/ weeklijst zonder het wegen van activiteiten; Enkel het invullen van de uitgevoerde activiteiten op de dag + evt. scoren van vermoeidheid 1-10. | | | Ja/nee; toepasbaar, maar scoren volgens de Activiteitenweger is ook mogelijk dus voorkeur gaat daarnaar uit.  *Zie alternatieven voor een minder sturende wijze.* | - Agenda/ dag-planning  - Activiteitenweger | Meer regie geven aan patiënt is gewenst. |
| Activiteitenweger, incl. het wegen van activiteiten. | | | Ja | - Agenda/ dag-planning  - Niet Rennen Maar Plannen ‘Vermoeidheid na Hersenletsel, wat nu?’ | Mogelijk om aan de toekomst te denken, over situaties die nog niet plaatsgevonden hebben. |
| Niet Rennen Maar Plannen ‘Vermoeidheid na Hersenletsel, wat nu?’ | | | Ja | Activiteitenweger | Meegeven en ruimte bieden voor eventuele vragen achteraf. |
| Graded Activity | | | Ja | / | Bij het behandelen met Graded Activity, rekeninghouden met de operante en cognitieve leerprincipes:   * Operante leerprincipes: gezond gedrag wordt aangeleerd en positief bekrachtigd en op ongewenst gedrag wordt niet ingegaan. * Cognitieve principes: scholing en inzicht geven in gevolgen van vermijding van activiteiten. Catastrofale gedachten en irreële gedachten uitbannen (Evenhuis & Eyssen, 2012). |
| Slaap-doe-boek & Sleepwise E-book | | | Ja | / | Normale werkwijze kan gehandhaafd worden. Geen bijzonderheden. |
| Reflectie op het handelen | Stop-denk-doe | Nee, niet gewenst. Patiënt heeft vaak al een eigen strategie namelijk. Kan tot weerstand leiden. | | / | / |
| Voor- en nadelenmatrix | Ja  *🡪 Indien gewenst is om meerdere opties bij een probleem na te gaan en daar de voor- en nadelen van te bedenken, kan de probleemoplossende theorie als alternatief gebruikt worden.* | | Probleemoplossende theorie *(meer op details gericht dan de voor- en nadelen matrix)* | Normale werkwijze kan gehandhaafd worden. Geen bijzonderheden. |
| Stoplichtmethode; drie gradaties (groen, oranje en rood) | Ja | | Thermometer; Keuze tussen thermometer en stoplichtmethode afhankelijk van het inzicht, karakter en voorkeur van de patiënt. | Blad meegeven om thuis in te vullen en achteraf samen nabespreken. |
| Thermometer; tien gradaties (cijfers 1 t/m 10) | Ja | | Stoplichtmethode; Keuze tussen thermometer en stoplichtmethode afhankelijk van het inzicht, karakter en voorkeur van de patiënt. | Opstarten in de behandelsessie en meegeven naar huis. |
| Psycho-educatie | Emmertje/ informatieverwerkingsmodel | Ja, maar wellicht te simpel. | | / | Verwijzen naar bijvoorbeeld Youtube-filmpjes of websites mogelijk. |
| Accu | Ja, maar wellicht te simpel. | | / |
| Wegennetwerk | Ja, maar wellicht te simpel. | | / |
| Cognitieve hiërarchie | Ja | | / | Standaard uitleg geven aan de hand van het blad. Patiënt mee laten denken in praktische voorbeelden.  Het blad met aantekeningen meegeven, zodat het nagelezen kan worden. |

## Bijlage J – Transcripties

………. = achtergrondinformatie van respondenten

………. = gedragsniveaus en interventies (om het eindschema te maken is dit in een ander document uitgesplitst in: gedragsniveaus i.c.m. interventies, en overige informatie betreft gedragsniveaus)

………. = interventies uit literatuuronderzoek

………. = literatuuronderzoek, groepsprogramma

………. = relevante, extra informatie; toevoegingen

………. = verwerkte informatie

………. = minder relevant

(I) = interviewer

(R) = respondent

### Respondent A

Interviewer: Zozan Atay (I)

Functie respondent: Ergotherapeut in poliklinisch en klinische revalidatiesetting

Werkplek: *Ziekenhuis*

Datum: 20/06/2020

Fysiek/digitaal/telefonisch: Telefonisch

*Transcripties weggelaten in dit document.*

1. CogSMART. (z.d.). *CogSMART for TBI Manual*. Geraadpleegd op 8 juli 2020, van <http://www.cogsmart.com/contacts/new?manual_id=5> [↑](#footnote-ref-1)
2. Indien er wordt gesproken over ‘het schema’ wordt gerefereerd naar Bijlage I [↑](#footnote-ref-2)
3. Naam revalidatiecentrum vanwege de vertrouwelijke aard verwijderd [↑](#footnote-ref-3)