

ONDERZOEKSVERSLAG

Titel: **Kunnen aandachtsproblemen bij CVA-patiënten verbeterd worden door procestraining?**

Feb- Juni

**MAASSTAD
ZIEKENHUIS**

The logo of Maasstad Ziekenhuis, featuring a stylized grey star or asterisk symbol below the text.

2016-2017



Instituut van Gezondheidszorg
Hogeschool Rotterdam
Bachelor student: N.M. Muller



Binnenkomsthal van het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam (Bam,2010).

TITELPAGINA

Titel van het onderzoek: Kunnen aandachtsproblemen bij CVA-patiënten verbeterd worden door procestraining?

Student:

Naam: E. Muller

Studentnummer: 0878489

0878489@hr.nl

Klas: 4B

Instituut voor Gezondheidszorg

Bachelor opleiding Ergotherapie

Hogeschool Rotterdam

Opdrachtgever:

Naam: I. Boelhouwer

Poliklinische Revalidatie Afdeling

Maasstad Ziekenhuis Rotterdam

Boelhouweri@maasstadziekenhuis.nl

Beoordeling opdrachtgever: Bijlage 9

Feedback opdrachtgever: Bijlage 10

Afstudeerbegeleider:

Naam: M. de Leeuw

Instituut Gezondheidszorg

Ergotherapie Opleiding

Hogeschool Rotterdam

m.j.de.leeuw@hr.nl

Aantal woorden: 6547 (maximum 6750)

VOORWOORD

Het onderzoekverslag is uitgevoerd voor het Maasstad Ziekenhuis, de afdeling Ergotherapie te Rotterdam. Dit onderzoeksverslag is een onderdeel van de Bachelor fase van de opleiding Ergotherapie 2016-2017 aan de Hogeschool Rotterdam.

Ik wil iedereen bedanken die een bijdrage hebben geleverd bij het tot stand komen van het onderzoeksverslag. In het bijzonder wil ik alle respondenten bedanken voor hun expertise en kennisdeling binnen het onderzoek. Dit onderzoek was nooit gelukt zonder jullie medewerking.

Mijn dank is groot voor de volgende betrokken binnen het onderzoek:

Opdrachtgever	voor de begeleiding en de samenwerking.
Irene Boelhouwer	
Maasstad Ziekenhuis	

Afstudeerbegeleider	voor uw gerichte feedback en de aansturing.
Marleen de leeuw	
Hogeschool Rotterdam	

Ik wens u veel leesplezier toe.

Rotterdam, 12 juni.

Esmeralda Muller

SAMENVATTING

Op de afdeling revalidatie in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam zijn vier ergotherapeuten werkzaam met neurologische patiënten. Zij behandelen voornamelijk CVA-patiënten met aandachtsproblemen. Tevens hebben drie van de vier ergotherapeuten een certificaat Cognitieve Revalidatie Therapie behaald om specifiek patiënten met hersenletsel te kunnen behandelen.

Er zijn vanuit CRT scholing verschillende behandelmethodes voor CVA-patiënten met aandachtsproblemen, namelijk procestraining, strategietraining, functionele activiteitentraining en educatie. De aandacht kan worden bevorderd door een gerichte training, namelijk procestraining. Deze training richt zich op het specifiek op trainen van (aandacht)processen van de CVA-patiënt (Schouwen, 2015).

Doel van het onderzoek

Globale onderzoeksvragen zijn als volgt:

- 'Wat is het effect van procestraining op het verbeteren van aandachtsproblemen in de ergotherapeutische behandeling van CVA-patiënten met aandachtsproblemen binnen de cognitieve revalidatie?'
 - 'Hoe kan procestraining worden uitgevoerd op de afdeling ergotherapie in het Maasstad Ziekenhuis en hoe kan het effect van procestraining worden gegeneraliseerd naar activiteiten- en participatieniveau?'
- Het doel is om binnen 16 weken kennis en inzicht te krijgen of procestraining van meerwaarde kan zijn bij het verbeteren van aandachtsproblemen binnen de behandeling van CVA-patiënten met aandachtsproblemen op de afdeling ergotherapie in het Maasstad Ziekenhuis. Tevens is het doel om praktische handvatten en een onderbouwing te geven bij het uitvoeren van procestraining binnen de ergotherapeutische behandeling van CVA-patiënten met aandachtsproblemen.

Opzet en methode

Opzet van het onderzoek is een literatuur- en praktijkonderzoek met drie onderzoeksvragen die voortkomen uit de globale hoofdvragen. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek, gericht op de fenomenologische stroming, om inzicht te krijgen in de ervaring van zeven CRT-ergotherapeuten en twee onderzoekerspsychologen, die werkzaam zijn in de cognitieve revalidatietherapie.

Er is een literatuur- en praktijkonderzoek uitgevoerd om antwoord te kunnen geven op de deelvragen en hoofdvragen. Praktijkonderzoek bestaat uit semi-gestructureerde interviews.

De belangrijkste uitkomsten

Ergotherapeuten stellen eisen voor aanvang van procestraining. Zij hebben vier voorwaarden in kaart gebracht:

- Cognitief niveau,
- Motivatie,
- Een actieve houding,
- Een steunend cliëntsysteem.

Er is geen eenduidige uitvoering van de procestraining. De duur van de trainingen wisselt in aantal weken en uren. Bij aanvang van de training worden doelstellingen opgesteld met de patiënt, gericht op de handelingsgebieden.

Er zijn materialen ontwikkeld voor procestraining, die zowel schriftelijk als digitaal zijn. De meest voorkomende binnen het werkveld is Brainwave - R- serie. Binnen het werkveld wordt aangegeven om procestraining altijd in combinatie met andere interventies zoals psycho-educatie, opbouwschema's en belasting en belastbaarheid enz. uit te voeren. De onderzoekerspsychologen geven aan dat computertraining niet effectief is bevonden. Er is sprake van een placebo-effect, omdat patiënten vooral vooruitgang ondervinden door bezig te zijn met trainen.

Alle ergotherapeuten gebruiken procestraining vanuit de CRT-scholing. Er heerst verdeeldheid binnen het werkveld. Een deel geeft aan verbeteringen te zien, maar een ander deel geeft aan dat de patiënt compenseert. Ook vanuit de literatuur bestaat een splitsing. Een deel ziet verbeteringen; er zijn echter kleine onderzoekspopulaties en er is geen controlegroep aanwezig. Bij het andere deel is computertraining niet effectief bij de cognitieve revalidatie van patiënten met aandachtsproblemen. Bij andere onderzoeken waren twijfels zichtbaar over de uitkomsten. De resultaten wijzen uit dat de taken van training niet automatisch gegeneraliseerd kunnen worden naar activiteiten- en participatieniveau. Dit wordt bevestigd vanuit de literatuur. Een deel van de ergotherapeuten zorgt echter voor het generaliseren door procestraining te koppelen aan activiteiten- en participatieniveau bij de patiënt.

Conclusie

Het blijft onduidelijk welk effect procestraining heeft op het verbeteren van aandachtsproblemen bij CVA-patiënten. Er zijn echter vanuit het literatuur- en praktijkonderzoek geen schadelijke effecten van procestraining gevonden.

Er kan worden geconcludeerd dat er vervolgonderzoek dient te worden uitgevoerd, waarbij er grotere populaties dienen te worden meegenomen. Er zal een gerandomiseerd onderzoek met een controle groep moeten plaats vinden. Zodat in de toekomst eenduidig antwoord kan worden gegeven op beide hoofdvragen.

Binnen de afdeling moet een keuze worden gemaakt voor het wel of niet toepassen van procestraining ter aanvulling op de reguliere behandeling van de CVA-patiënten. Daarbij is het nog steeds onduidelijk of de kwaliteit toeneemt binnen de behandeling van CVA-patiënten.

INHOUD

Onderzoeksverslag.....	1
Titelpagina.....	2
Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
Inhoud.....	6
1 Inleiding.....	9
1.1 Huidige werkwijze.....	9
1.2 Analyse van het probleem.....	9
1.3 Gewenste werkwijze.....	10
1.4 Beroepscompetenties	11
1.5 Doelstelling en vraagstelling.....	11
1.6 Deelvragen.....	11
1.7 Opbouw.....	12
2 Methode en werkwijze.....	12
2.1. Literatuuronderzoek.....	12
2.2. Praktijkonderzoek.....	16
3 Resultaten literatuurstudie.....	19
4 Resultaten praktijkonderzoek	22
5 Discussie	28
6 Conclusies.....	31
7 Aanbevelingen	33
Literatuurlijst.....	34
Bijlages	37
Bijlage 1: PIC0 – Element.....	38
Bijlage 2: Beoordelingslijsten	39
Bijlage 3: Gekozen artikelen	55
Bijlage 4: Selectiecriteria voor de respondenten.....	56
Bijlage 5: Benaderde respondenten.....	56
bijlage 6: Toestemmingsformulier (Informed consent)	58
Bijlage 7: Interviewprotocol.....	60
Bijlage 8: Thema's	64
8.1 Ergotherapeuten	64
8.2 Onderzoekpsychologen.....	119

Bijlage 9: Beoordeling opdrachtgever	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 10: Feedback opdrachtgever	136
bijlage 11: Programma's.....	137
Bijlage 12: HBO Kennisbank.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Woordenlijst

Patiënt	Is iemand met een aandoening, ziekte of letsel heeft opgelopen(Wikipedia, 2015).
Cognitieve Revalidatie Therapie	Richt zich specifiek op het cognitief functioneren van CVA-patiënten. Denk o.a. voorlichting, psycho-educatie, het vergroten van inzichten en aanleren van strategieën of trainingen aanbieden(Rasquin & van Heugten, 2007 p. 6).
Cognitieve Revalidatie Therapeut (CRT)	“Het zijn erkende therapeuten met voldoende kennis en vaardigheden om cognitieve revalidatie therapie te kunnen uitvoeren. Zij hebben een certificaat behaald:” Certified in the Practice of Cognitive Rehabilitation Therapy”(SCR, z.d).
Aandachtsproblemen	Is een verstoring in een of meerdere niveaus van aandacht. Het heeft gevolgen op het cognitief functioneren(Rasquin & van Heugten, 2007 p. 18).
Cerebro Vasculair Accident (CVA)	Een Cerebro Vasculair Accident (vrijwel altijd afgekort tot CVA) is een verstoring van de bloedvoorziening in de hersenen (Steultjens, Cup, Zajec & van Hees, 2013). Bij een CVA is er sprake van een beschadiging in de hersenen, waardoor een deel van de hersencellen van de betreffende persoon niet meer functioneert (Hurks & Snoek, 2003).
<i>*De termen worden ingezet in het Maasstad Ziekenhuis.</i>	

1 INLEIDING

Binnen het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam worden patiënten binnen het specialisme revalidatie geneeskunde begeleidt met hun beperking ten gevolge van een aandoening en/of ziekte. (Maasstad Ziekenhuis, z.d). Binnen de poliklinische afdeling revalidatie is ergotherapie één onderdeel van de vijf disciplines. Op de afdeling ergotherapie richten vier ergotherapeuten zich op diagnostiek en behandeling van neurologische patiënten. Zij richten zich voornamelijk op CVA-patiënten, dit is een veel voorkomende doelgroep.

1.1 Huidige werkwijze

Het doel van Maasstad Ziekenhuis is om de kwaliteit en doelmatigheid binnen de revalidatie afdeling te verbeteren en te vergroten voor het welzijn van de (CVA)-patiënten (Maasstad Ziekenhuis, z.d). Om de kwaliteit te waarborgen binnen de afdeling hebben de drie ergotherapeuten een scholing gevolgd en daarbij het certificaat behaald met de officiële titel: "Certified in the Practice of Cognitive Rehabilitation Therapy (CPCRT) (Hersenwerk, 2016)." Het doel van de scholing is dat ergotherapeuten een referentiekader hebben om cognitieve problemen van (CVA) patiënten specifiek te kunnen behandelen(Hersenwerk, 2016). Vanuit de opleiding worden vier internationale basisbenaderingen vormgegeven binnen de behandeling. Volgens de ergotherapeuten ligt de nadruk op de bovenste drie basisbenaderingen:

1. **Educatie**
2. **Functionele activiteitentraining**
3. **Strategietraining**
4. Procestraining. (Schouwen, 2009)

"Een gevolg van CVA voor de patiënten is het verkrijgen van aandachtsproblemen (Steultjens et al., 2013 p.17)". Een praktijk voorbeeld; Een CVA-patiënt met aandachtsproblemen heeft moeite om in een drukke omgeving een gesprek te voeren. Daarop zouden de CRT ergotherapeuten kunnen participeren door procestraining aan te bieden aan de CVA-patiënt met aandachtsproblemen. Zelden bieden de ergotherapeuten procestraining aan bij de doelgroep. Binnen de ergotherapie afdeling is er weinig kennis over het effect van procestraining op het verbeteren van aandachtsproblemen. Ook is het nog onduidelijk of het invloed heeft op activiteiten- en participatieniveau van de patiënt.

Zowel ergotherapeuten als psychologen zijn bekwaam om procestraining aan te bieden bij CVA-patiënten met aandachtsproblemen (de Radhoud Universiteit, 2005). Beide professionals bieden geen procestraining aan binnen het Maasstad Ziekenhuis.

1.2 Analyse van het probleem

In Nederland (2015) zijn ongeveer 437.000 mensen die een Cerebro Vasculair Accident troffen (Zakdoks, 2015). Een CVA is een verstoring van de bloedvoorziening in de hersenen (Steultjens, Cup, Zajec & van Hees, 2013). CVA is een verzamelnaam voor twee vormen van hersenletsel namelijk herseninfarct en hersenbloeding(Bamford, et al., 1990). De kans op een CVA is altijd aanwezig, maar het treft voornamelijk mensen boven de 65 jaar. (Zadoks, 2015). Hierdoor zullen er verschillende problemen gaan ontstaan in het leven van patiënten (Steultjes et al., 2013).

Problemen van patiënten met hersenletsel zijn te onderscheiden in:

- Cognitieve problemen,
- Fysieke problemen,
- Executieve problemen,
- Psychosociale problemen (Schouwen, 2009).

Vanuit de ergotherapieafdeling en de wetenschap zijn cognitieve problemen meest voorkomend (Steultjes et al., 2013). Het cognitieve probleem profileert zich binnen mentale- en intellectuele processen van de hersenen (Schouwen, 2009 p. 37). Mentale en intellectuele processen kunnen worden onderscheiden in: aandachtsproblemen, concentratieproblemen en geheugenproblemen etc. (Schouwen, 2009). Cognitieve processen kunnen eenvoudig weergegeven worden in het hiërarchie model van Allen (1992). Aandacht is een basis voor informatieverwerking en zorgt voor toegang voor geheugenprocessen. De cognitieve processen zorgen voor de uitvoering van executieve functies (Schouwen, 2009). Uit de cognitieve hiërarchie (Figuur 1) is weergegeven dat aandacht de onderste laag is. Er blijkt dat aandachtsproblemen bij veertig procent van CVA-patiënten voorkomt. Zij ervaren beperkingen in de vijf niveaus van aandacht. Dit heeft ook direct gevolgen voor de bovenste lagen (geheugen en informatieverwerking en executieve functies) (Steultjes et al., 2013). Vanuit de wetenschap komt naar voren dat aandacht een voorwaarde is voor het handelen van de mens (Schouwen, 2009). Vanuit het model van Sohlberg & Mateer (1989) is aandacht te verdelen in vijf niveaus

- "Gerichte aandacht,
- Volgehouden aandacht,
- Selectieve aandacht,
- Wisselende aandacht,
- Verdeelde aandacht (Schouwen, 2009, p.46)".

Vijf niveaus van aandacht kunnen worden bevorderd door een gerichte training. Procestraining richt zich specifiek op het trainen van (aandacht)processen van de CVA-patiënt (Schouwen, 2015). "Er zijn verschillende programma's ontwikkeld (vanuit procestraining) die gericht zijn op schrifttaken en computertaken (Schouwen, 2011 p. 69)."

In tabel 1 is een weergave te zien van de viertal basisbenaderingen die ingezet kunnen worden.

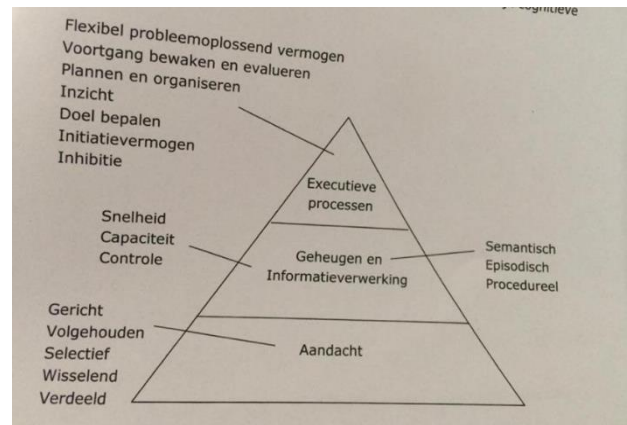
Tabel 1 Viertal Basisbenaderingen

Basisbenadering	Uitleg
Procestraining	Oefenen van cognitief proces dat het functioneren bevordert
Strategietraining	Aanleren d.m.v. compensatie
Functionele activiteitentraining	Oefenen van dagelijks activiteiten
Educatie	Informatie verstrekken

Noot. Herdrukt van "Cognitieve Revalidatietherapie: Ergotherapeutische Diagnostiek," door Schouwen, E., van, 2009, p 37. Enkelhuizen: Bijto.

1.3 Gewenste werkwijze

Er zijn verschillende behandelmethodes gericht op de aandachtsproblemen; procestraining, strategietraining, functionele activiteitentraining en educatie bij de patiënten. Dit onderzoek zorgt voor een afweging voor het wel of niet inzetten van procestraining door ergotherapeuten bij patiënten. Daarnaast krijgen de ergotherapeuten handvatten hoe zij procestraining het beste kunnen toepassen. Alle ergotherapeuten zijn staat om een goede afweging te maken voor het wel of niet inzetten van procestraining binnen de revalidatie van de patiënt binnen het Maastricht Ziekenhuis. Tevens zullen zij in staat zijn om op een goede onderbouwde manier procestraining toe te kunnen passen. Het zorgt ervoor dat deskundigheid binnen de (CRT) ergotherapeuten is toegenomen. Als laatste zullen patiënten geïnformeerd worden over de uitkomsten van training en welke effecten het heeft voor het handelen en participeren. Zodoende krijgen de patiënten de beste behandelingen zodat hun kwaliteit van leven verbeterd. Op deze manier kan afdeling kwalitatief betere zorg aanbieden aan de doelgroep.



Figuur 1 De cognitieve hiërarchie (Allen, 1992).

1.4 Beroepscompetenties

De volgende beroepscompetenties staan centraal:

- Onderzoeken: "het uitvoeren van een praktijk- literatuur onderzoek om de doelmatigheid van ergotherapeutische procestraining te onderbouwen binnen de ergotherapieafdeling in het Maasstad Ziekenhuis (Verhoef & Zalmsta, 2013)."
- Zorgdragen voor kwaliteit: "het borgen van verbetering in doelmatigheid van de ergotherapeutische zorg binnen het Maasstad Ziekenhuis (Verhoef & Zalmstra, 2013)."
- Innoveren: "het mogelijk invoeren en aanbieden van handvatten voor verandering in de behandelingswijze in de praktijk en indien nodig bijstellen (Verhoef & Zalmstra, 2013)."
- Behandeling en begeleiding: "het doelgericht begeleiden te optimaliseren om een veranderingsproces bij de patiënt te creëren en daarmee de eigen regie terug te geven in vervulling van dagelijkse en maatschappelijke activiteiten (Verhoef & Zalmstra, 2013)."

1.5 Doelstelling en vraagstelling

Het doel is:

Het verkrijgen van kennis en inzicht binnen 16 weken waarbij duidelijk moet worden of procestraining van meerwaarde kan zijn met betrekking tot het verbeteren van aandachtsproblemen binnen de behandeling van CVA-patiënten met aandachtsproblemen in het Maasstad Ziekenhuis op de afdeling ergotherapie.

Tevens is het doel het aanbieden van praktische handvatten voor het uitvoeren van procestraining binnen de ergotherapeutische behandeling bij CVA-patiënten met aandachtsproblemen. Daarnaast zal er een onderbouwd advies en aanbevelingen worden gegeven over mogelijke effecten van procestraining die bij zouden kunnen dragen in activiteiten- en participatieniveau van de patiënt.

Het advies geeft een bijdrage aan de kwaliteit van de ergotherapeutische zorg binnen de organisatie (Aubel, 2014).

Vraagstelling

In overeenstemming met de opdrachtgever zijn twee globale onderzoeksvragen opgesteld:

- 'Wat is het effect van procestraining op het verbeteren van aandachtsproblemen in de ergotherapeutische behandeling van CVA-patiënten met aandachtsproblemen binnen de cognitieve revalidatie?'
- 'Hoe kan procestraining worden uitgevoerd in het Maasstad Ziekenhuis op de afdeling ergotherapie en hoe kan het effect van procestraining worden gegeneraliseerd naar activiteiten- en participatieniveau?'

1.6 Deelvragen

Na aanleiding van bovenstaande vraagstelling zijn er verschillende deelvragen opgesteld¹.

Alle deelvragen worden meegenomen in het literatuur- en het praktijkonderzoek.

Tabel 2 Literatuur- en praktijkonderzoek deelvragen

Deelvraag	Literatuuronderzoek	Praktijkonderzoek
Welk effect heeft procestraining op het verbeteren van aandachtsproblemen op het functieniveau?	X	X
Hoe kan het effect van procestraining worden gegeneraliseerd naar activiteiten-en participatieniveau?	X	X
Welke middelen worden ingezet bij procestraining in de behandeling en hoe kan procestraining worden uitgevoerd?	X	X

¹ Elke deelvraag richt zich op de behandeling van CVA patiënten met aandachtsproblemen binnen de cognitieve revalidatie therapie

1.7 OPBOUW

In hoofdstuk 2 kunt u het literatuur- en praktijkonderzoek vinden. Bij hoofdstuk 3 en 4 zijn de resultaten van literatuur- en praktijkonderzoek zichtbaar. U kunt in hoofdstuk 5 de discussie van de resultaten binnen het uitgevoerde onderzoek inzien. Bij hoofdstuk 6 worden de antwoorden van de twee hoofdvragen beschreven. Als laatste wordt in hoofdstuk 7 aanbevelingen beschreven voor de opdrachtgever en het werkveld.

2 METHODE EN WERKWIJZE

2. 1. LITERATUURONDERZOEK

Er is een literatuuronderzoek uitgevoerd waarin antwoord werd gezocht op onderstaande onderzoeksvragen (Bijlage 1: PICO-element):

- 1. "Welk effect heeft procestraining, binnen de cognitieve revalidatie therapie op het verbeteren van aandachtsproblemen op het functieniveau van CVA-patiënten?
- 2. "Hoe kan het effect van procestraining, binnen de cognitieve revalidatie therapie, worden gegeneraliseerd naar activiteiten-en participatieniveau in de behandeling van CVA-patiënten met aandachtsproblemen?"
- 3. "Welke middelen worden ingezet bij procestraining binnen de cognitieve revalidatie therapie in de behandeling van CVA-patenten met aandachtsproblemen en hoe kan procestraining worden uitgevoerd?"

* Er was weinig literatuur binnen de databases beschikbaar over onderzoeksvraag 3. De gevonden literatuur van onderzoeksvraag 1 en onderzoeksvraag 2 kon ik echter wel gebruiken om een antwoord te kunnen geven op onderzoeksvraag 3. Daarnaast is er literatuur binnen de afdeling ergotherapie geraadpleegd (Bijlage 3).

Zoektermen

De volgende termen werden ingezet bij het zoeken naar de literatuur in de databases.

Tabel 3. PICO-element

PICO-element 1	Trefwoord NL	Vertaling EN	Alternatieven
Person	Cerebro Vasculair Accident Beroerte Hersenbloeding Aandachtsproblemen Cognitieve revalidatie	Stroke Cerebral hemorrhage Cerebra Vascular Accident Attentional problems After brain injury traumatic brain injury(TBI) Non-progressive acquired brain Attention deficit disorder Cognitive Rehabilitation Rehabilitation attention Cognitive therapy	Niet aangeboren hersensletsel Niet-progressieve verworven hersensletsel aandachtstoornissen Revalidatie aandacht Cognitieve therapie
Intervention	Procestraining Aandacht proces training Aandacht proces behandeling	Process training attentional process training Attention process treatment Computer treatment attention training attention Treatment computer program attention training process Computerized cognitive training computer Based	Computer behandeling Aandachtstraining Aandacht behandeling Computerprogramma attention training process Gecomputeriseerde cognitieve training computer Based
Co- intervention	X	X	X
Outcome	Effect Verbeteren Functieniveau	Effect(s) To improve Function level Functionality Effectiveness Evaluation Reducing	Functioneel Effectiveness Evaluatie Verminderen

Tabel 4. PICO-element

PICO-element 2	Trefwoord NL	Vertaling EN	Alternatieven
Person	Cerebro Vasculair Accident Beroerte Hersenbloeding Aandachtsproblemen Cognitieve revalidatie (therapie) (verminderen) aandachtsproblemen Patiënten	Cerebro Vasculair Accident Stroke Cerebral hemorrhage Reduce attention deficits Computerized cognitive training Attentional problems Attention deficit disorder After brain injury Non-progressive acquired brain damage Attentional impairments Cognitive rehabilitation Rehabilitation Centre Cognitive Rehabilitation Therapy Reduce attention deficits Cognitive impairment Attention process Patients	Aandachtsstoornis Niet aangeboren hersensletsel Niet-progressieve verworven hersensletsel Aandachtsproblemen impairments(bepertingen) Revalidatie (centrum) Cognitieve beperking Aandachtsprocessen
Intervention	Procestraining	Process training Process treatment Attention training Cognitive impairment Attentional Processes Computerized cognitive training Computer Based Attention process training 3 Brainwave-R rehabilitation program Cogpack	Proces behandeling Aandachtstraining Gecomputeriseerde cognitieve training Attention process training 3 Brainwave-R rehabilitation program Cogpack
Co- Intervention	X	X	X
Outcome	Effect Participatieniveau Activiteiten van dagelijks leven Generaliseren	Effects Results Participation level Daily life Activities of daily living Generalize Practice	Dagelijks leven Resultaten Toepassen

Booleaanse operator

Tijdens de literatuurzoektocht was ervoor gekozen om specifiek te starten met het zoeken in de databanken met de Booleaanse Operator AND en OR. Later werden synoniemen toegevoegd binnen het zoekproces.

Kwaliteitsbeoordeling

Bij de effectiviteitsvraag van onderzoeksvraag 1 was van het belang de methodologische kwaliteit van de geselecteerde artikelen te beoordelen met geschikte lijsten (Bijlage 2 beoordelingslijsten).

Bijstelling PICO-element

Binnen de zoektocht in de databank was er minimale literatuur te vinden over de aandoening CVA. Daarom werd de keuze gemaakt om de doelgroep te vergroten. De groep 'Niet Aangeboren Hersenletsel' (NAH) patiënten werden toegevoegd om zo toch (deels) de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

Databases

In Tabel 5 staat een overzicht van de geraadpleegde databanken. Er is duidelijk te zien welke databanken zijn gebruikt om een antwoord te kunnen geven op elke deelvraag.

Tabel 5 Databank met deelvragen

Databank	Deelvragen
Pubmed: gericht op paramedische beroepen in de gezondheidszorg (Hogeschool Rotterdam, 2016) Om brede informatie te gaan verzamelen binnen de zoektocht	1 + 2
CINAHL Complete: richt zich op paramedische beroepen in de gezondheid. Om brede informatie te gaan verzamelen binnen de zoektocht (Hogeschool Rotterdam, 2016)	1
Google Scholar: bevat wetenschappelijke artikelen uit verschillende disciplines (Wikipedia, 2015) Het zorgt voor een toevoeging van boeken, tijdschriften en artikelen	1
Springerlink: richt zich vooral op de wetenschap en geneeskunde (Hogeschool Rotterdam, 2016) Het zorgt voor informatie over nationale ontwikkeling in het werkveld.	2
ScienceDirect: bevat vooral artikelen gericht op de wetenschap (Hogeschool Rotterdam, 2016) Het geeft inzicht in de artikelen op het gebied van internationale ontwikkelingen.	2
OT-Seeker: richt zich op ergotherapeutische behandelingen (www.OT-Seeker.com , z.d.) Het is van belang om deze te raadplegen voor de ontwikkelingen binnen het beroep ergotherapie.	1

Er is gekozen voor het hanteren van verschillende databases. De database Pubmed is beide keren geraadpleegd, omdat er veel literatuur over het onderwerp binnen de database te vinden was.

Selectiecriteria

Voor het literatuuronderzoek waren de volgende selectiecriteria opgesteld:

- Het artikel moest full tekst verkrijgbaar zijn.
- Het artikel moest Nederlands of Engelstalig zijn.
- Uitsluitend gebruik maken van wetenschappelijke artikelen, boeken en richtlijnen.

Bijstelling van de selectiecriteria

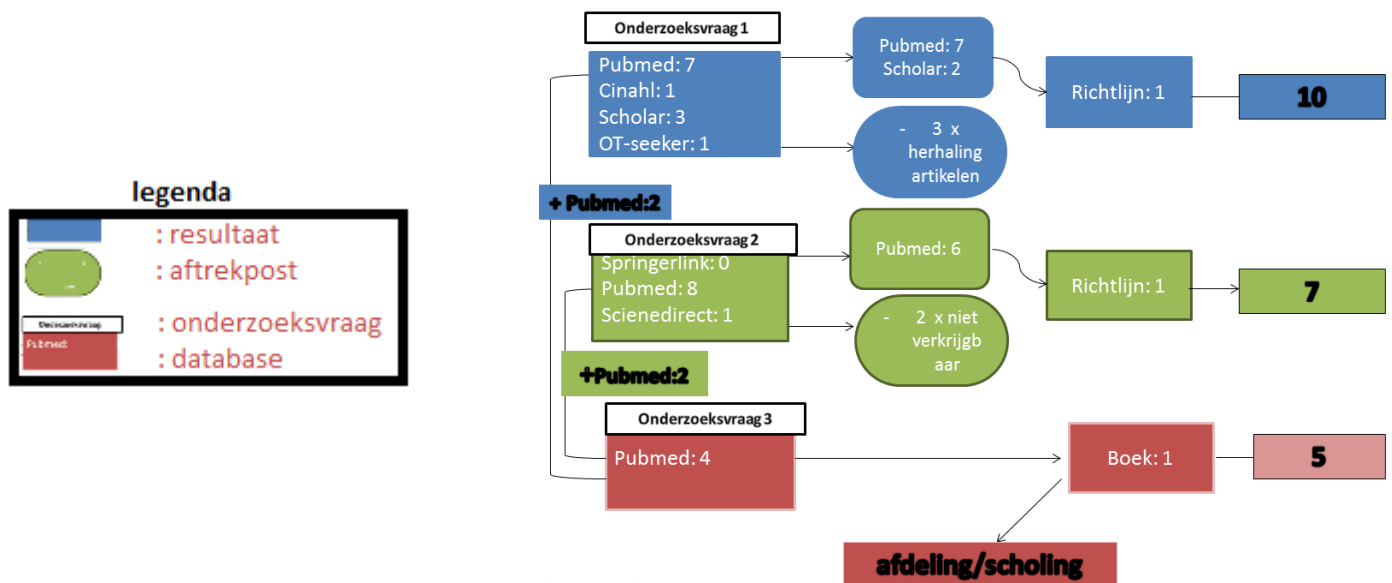
- Het artikel moest bruikbaar zijn voor het (deels) beantwoorden van de deelvraag.
- Het artikel mocht ouder zijn dan tien jaar;

Er zijn weinig recente artikelen binnen de grens van 10 jaar. Daarom is er afgeweken van deze grens.

- Het artikel werd niet geselecteerd op hiërarchie van bewijs;

Daadwerkelijk gevonden onderzoeken richten zich vooral op waarnemingen (casestudies). Hierdoor is de keuze gemaakt om niet te selecteren op onderzoeksdesign.

Figuur 2 is een weergave van het zoekproces in de databases (Bijlage 3).



Figuur 2: Diagram van selecteren van literatuur

2.2.

PRAKTIJKONDERZOEK

Onderzoeksdesign

Er werd gekozen voor een kwalitatief onderzoek want het doel was: "Inzicht geven in de werkelijke wereld (Verhoef & Kuiper, 2015)." Deze kwalitatieve stroming richtte zich op de ervaring en meningen in specifieke situaties (Poot & van der Lyke, 2012). Gekozen werd voor de fenomenologische stroming, die de ervaring van de onderzoekpsychologen en de ergotherapeuten onderzoekt. Op welke manier zij individuele werkwijze uitvoeren binnen de cognitieve revalidatie therapie buiten het Maastricht Ziekenhuis (Zorgethiek, nu. 2016).

Het onderzoek bestond uit een literatuuronderzoek, dat voor kennis zorgde bij het uitvoeren van het praktijkonderzoek (Vos & Harnick, 2010). De vergaarde kennis uit het literatuuronderzoek is meegenomen binnen het praktijkonderzoek.

Methode van gegevens

Alle respondenten werden geselecteerd aan de hand van selectiecriteria (Bijlage 4). In samenspraak werden deze selectiecriteria opgesteld met de opdrachtgever.

Er waren twee selectievormen gebruikt:

- **Sneeuwbalsteekproef:** Respondenten werden benaderd via een netwerk van de opdrachtgever en via het netwerk van de onderzoeker (Afstudeerconsultant, z.d).
- **Doelgerichte steekproef:** Respondenten werden geselecteerd op hun kennis, werkwijze en context. Door het gebruiken van de zoekmachines; www.cognitieverevalidatie.nl en google.nl (Afstudeerconsultant, z.d).

Werving

In het kwalitatieve onderzoek werden twee wervingstechnieken gebruikt (tabel 6):

Tabel 6 Wervingstechnieken

Wie?	Wervingstechnieken
De onderzoeker:	had telefonisch contact opgenomen op 7 april met een ergotherapeut, die voorzitter is van het CRT regionaal overleg binnen Regio Utrecht. Zij figureerde als een tussenpersoon door het verspreiden van een verwervingsbrief ¹ naar de ergotherapeuten.
De opdrachtgever	had gezorgd voor een introductie over het afstudeerontwerp op 3 april 2017 t.b.v. de werving van vijf ergotherapeuten binnen het CRT regionaal overleg binnen regio Rotterdam. Opdrachtgever heeft contactgegevens verspreid van één ergotherapeut uit het revalidatiecentrum in Den Haag.

Verwervingsbrief¹: verspreiding per e-mail

Vanuit een Hersenletsel Congres (2016) waren de contactgegevens van een onderzoekspsycholoog achterhaald. Zij doet onderzoek naar computertraining. Daarnaast gaf ze een suggestie om een andere onderzoekspsycholoog te benaderen. Deze heeft in het verleden ook onderzoek naar computertraining uitgevoerd en gepubliceerd.

Bijlage 5 geeft een overzicht van de niet deelnemende respondenten. Zij waren maximaal drie keer benaderd voor deelnamen aan het onderzoek.

De negen deelgenomen respondenten waren verdeeld in twee onderzoekspsychologen en zeven ergotherapeuten. Hierdoor is er vorm van verzadiging opgetreden, omdat dezelfde uitspraken werden herhaald binnen interviews (Scholl & Olivier, 2014). Er waren negen semi-gestructureerde interviews afgenomen, zodoende is er voldaan aan de eis van de opdrachtgever om minimaal zes respondenten te werven. In tabel 7 staat een kort overzicht van de respondenten.

Tabel 7 Deelgenomen respondenten

Beroep	Instelling	Duur interview	Afmaken
Ergotherapeut	Revalidatiecentrum	27 minuten	Face-to-face
Ergotherapeut	Verpleeghuis	28 minuten	Face-to-face
Onderzoeker Psycholoog 1	Universiteit	35 minuten	Telefonisch
Onderzoeker Psycholoog 2	Universiteit	29 minuten	Telefonisch
Ergotherapeut	Extramuraal Eerstelijns Praktijk	20 minuten	Face-to-face
Ergotherapeut	Revalidatiecentrum	30 minuten	Telefonisch
Ergotherapeut	Verpleeghuis	34 minuten	Telefonisch
Ergotherapeut	Extramuraal buiten een instelling	26 minuten	Telefonisch
Ergotherapeut	Ziekenhuis	20 minuten	Telefonisch

Dataverzameling

Er werd gekozen voor een semi- gestructureerd interview zodat er naast de vooraf opgestelde

thema's en vragen ook nog ruimte was om door te vragen (Verhoef & Kuiper, 2015). Er is specifieke informatie uit deze interviews naar voren gekomen. De duur van de interviews wisselende per respondent (Tabel 6). Bij afname vond er 'Informed Consent' plaats (Bijlage 6).

In samenspraak met de opdrachtgever was een topiclijst en interviewprotocol opgesteld. (Bijlage 7).

Van alle negen semi- gestructureerde interviews zijn audio- opnames gemaakt (Saunders & Lewis, 2015. p.305). Voor de inschakeling van de recorder is vooraf schriftelijk en mondeling toestemming gevraagd.

De drie interviews waren face-to-face, op locatie van de respondent en in een rustige ruimte afgenomen. Bij zes respondenten waren de interviews telefonisch zodoende de reisafstand en beperkte tijd te overbruggen

Analyse

"Alle audio-opnames van interviews werden getranscribeerd, d.w.z. gereproduceerd door feitelijk woorden uitgeschreven van de tekst van de respondent en van de onderzoeker (Saunders & Lewis, 2015 p.307)". Twee respondenten wilden een laatste check uitvoeren op hun eigen transcript. Vervolgens werden alle data verzameld, en vond een analyse plaats door de onderzoeker door het doorlezen van de transcripten. "Vervolgens werd alle data verzameld in eenheden en voorzien van labels. (Saunders & Lewis, 2015 p.328)". Daarna vond axiale codering plaats door verbanden weer te geven in overkoepelende thema's voor zowel ergotherapeuten als onderzoekspsychologen (Saunders & Lewis, 2015).

Om validiteit te waarborgen in het onderzoek werden de transcripten bewaard (Miles & Gilbert, 2005). Alle transcripten werden bewaard met schriftelijke toestemming van de respondenten voor de duur van minimaal vijf jaar onder beheer van de opdrachtgever op de afdelingsschijf.

3 RESULTATEN LITERATUURSTUDIE

De literatuur kwam uit boeken, richtlijnen en/of wetenschappelijke artikelen. De deelvragen zijn beantwoordt met passende literatuur.

“Welk effect heeft procestraining, binnen de cognitieve therapie, in het verbeteren van aandachtsproblemen op functieniveau op de behandeling van CVA patiënten?”

Alle artikelen waren beoordeeld op methodologische kwaliteit. In tabel 8 een overzicht van hiërarchie van bewijs met onderzoekers en kwaliteitsbeoordeling.

Tabel 8 Hiërarchie van bewijs

Hiërarchie	Onderzoekers	Kwaliteitsbeoordeling
Meta analyse (hoogste bewijs)	Park & Ingles (2001)	Matig
Randomized Controlled Trail	Barker- Collo et al. (2009)	Goed
Randomised Controlled Study	Bartfai et al. (2014)	Matig
Cross-sectional studies	Solberg et al. (2000)	Goed
Before-After (Pre-Post) Studies With No Control	Zagavec et al. (2014) Boman (2004)	Matig
Cases study 's	Pero et al. (2006) Zickefoose et al. (2010)	Goed
Review van deskundigen	Ponsford et al. (2014)	Slecht

Legenda kwaliteitsbeoordeling

Rood = *Slechte kwaliteitsbeoordeling*

Oranje = *matige kwaliteitsbeoordeling*

Groen = *Goede kwaliteitsbeoordeling*

Bij het onderzoek van **Park & Ingles (2001)** , **Boman et al. (2004)** en **Bartfai et al. (2014)** was een verbetering in aandacht waargenomen door de gevolgte procestraining. Zo geeft **Zagavec (2015)** aan dat een kleine verbetering was waargenomen in de wisselende aandacht. Dit was ook een conclusie van het onderzoek van **Pero et al. (2006)**, die daarnaast ook een verandering in de uitvoering van aandachtstaken waarneemde.

Er werden geen uitspraken gedaan door de andere onderzoekers over het functieniveau. Alleen door de onderzoekers **Bartfai et al. (2014)** werd gesproken over een functionele verandering, omdat verandering was waargenomen door de patiënten zelf na de gevolgte procestraining, door middel van zelfrapportage (COPM²) van de respondenten. Dit was wederom een ervaring van de respondenten binnen het revalidatieprogramma met meerdere interventies.

² Instrument COPM: wordt ingezet voor opstellen van doelen en herhalingsonderzoek in afronding van de doelen.

Bij de onderzoeken [Park & Ingles \(2001\)](#), [Bartfai et al. \(2014\)](#) en [Barker-Collo et al. \(2009\)](#) treedt er door procestraining een verandering op in het aandachtsniveau van de onderzochte patiënten. Bij de kwalitatieve studies werden er uitspraken gedaan over mogelijke verbeteringen van de niveaus van aandacht ([Zagavec et al. 2014](#); [Pero et al., 2006](#); [Solberg et al., 2000](#)). Deze uitspraken waren echter niet sterk onderbouwd en zijn eigenlijk meer gebaseerd op waarnemingen bij kleine onderzoekspopulaties van CVA/NAH-respondenten. Ook was er geen actieve controle groep aanwezig.

Binnen de onderzoeken van [Zickefoose et al. & Ponsford et al. \(2014\)](#) waren twijfels over de onderbouwing van de computertraining vanwege de wisselende resultaten van de deelgenomen respondenten.

Bij [Rasquin et al. \(2007\)](#) werd een uitspraak gedaan die gebaseerd was op drie voor- en nametingen bij wetenschappelijke onderzoeken naar computertraining. Hun conclusie was dat computertraining niet effectief was bij de cognitieve revalidatie van patiënten met aandachtsproblemen.

Bij het beantwoorden van onderzoeksvragen 2 en 3 was er geen sprake van *kwaliteit beoordeling* van de literatuur.

“Hoe kan het effect van procestraining, binnen de cognitieve revalidatie therapie, worden gegeneraliseerd naar activiteiten-en participatieniveau in de behandeling van CVA-patiënten met aandachtsproblemen?”

In wetenschappelijk onderzoek van [Barker-Collo et al. \(2009\)](#), [Pero et al. \(2006\)](#) & [Zagavec et al. \(2014\)](#) was geen onderzoek gedaan naar de generalisatie van procestraining bij de respondenten. In het onderzoek van [Bartfai et al. \(2014\)](#) was een programma ontwikkeld dat procestraining koppelde aan de taken en het zelf aanleren van veranderingstechnieken om zodoende om te gaan met de beperkingen in het dagelijks handelen. Hierdoor kwam bij het herhalingsonderzoek van de COPM naar voren dat het activiteitsniveau was toegenomen met twee punten.

Volgens [Boman et al. \(2004\)](#) waren geen veranderingen geobserveerd bij de meting (AMPS) van het activiteiten- en participatieniveau, ondanks de gekregen procestraining. Het onderzoek van [Ponsford \(2014\)](#) bevestigde dat na procestraining een minimale verandering in dagelijks leven van de respondenten werd gemeten. Dit komt overeen met de stelling van de Richtlijn CVA (2013): “Het blijkt dat generaliseren niet automatisch optreedt bij cliënten ([Steultjens et al., 2013 par 4.4.1](#)).” Zij stellen tevens: “generaliseren is een geleerde vaardigheid inzetten in het dagelijks leven” ([Steultjens et al., 2013](#)). Tevens bevestigde de Richtlijn Cognitieve Revalidatie therapie (2007) dat er door computertraining weinig generalisatie optreedt ([Rasquin et al., 2007](#)).

“Welke middelen worden ingezet bij procestraining in de behandeling van CVA-patiënten met aandachtsproblemen en hoe kan procestraining worden uitgevoerd binnen de cognitieve revalidatie therapie?”

[Pero \(2006\)](#), [Bartfai \(2014\)](#), [Ponsford \(2014\)](#) & [Boman \(2004\)](#) maakten in hun onderzoeken gebruik van het (computer/schrift) programma Attention Process Training. De respondenten NAH/CVA kregen bij dat programma gerichte oefeningen voor aandachtsproblemen, bijvoorbeeld enkele luisteroefeningen ([Boman, 2004](#)). De volgende programma's kunnen worden ingezet (tabel 9):

Tabel 9 Programma's

Schriftelijke programma's	Computerprogramma's
Brainwave-Rehabilitation Program	Cogpack
Attention Process Training	Cogniplus
Focumix en Frontomix	Mindfit
Pre-reading & Writing Excises	

Noot. Herdrukt van " *Cognitieve revalidatie therapie: Ergotherapeutische benadering*" door Schouwen, E., van, 2015, p 29, Enkelhuizen: Bijto.

Het trainen van een verstoord proces kan worden verdeeld in de drie stappen van Parenté (2003)(Schouwen, 2015). Daarbij worden oefeningen met oplopende moeilijkheidsgraad toegepast in therapie (Schouwen, 2015). Weergave van de drie stappen vanuit het boek. (Tabel 10) Deze stappen kunnen worden toegepast door CRT ergotherapeuten binnen de behandeling (Schouwen, 2015).

Tabel 10 Stappen

(Parenté, 2003) 3 stappen	Uitleg
Stap 1	De eerste stap is het trainen van het verstoorde proces. Eerst werd er geoefend in een klinische ruimte totdat de patiënt zich de oefeningen heeft eigen gemaakt.
Stap 2	De tweede stap bestond uit oefeningen waarin het proces werd gecombineerd met andere cognitieve processen.
Stap 3	De derde stap was het oefenen in dagelijks activiteiten (Schouwen, 2015, p 30-32).

Sponsford (2016) bood negen behandelingen van één uur aan. In totaal moesten zij 72 computertaken uitvoeren gericht op vijf niveaus van aandacht met huiswerk opdrachten voor elke dag. Bij Boman (2004) volgden ze drie weken lang en drie keer per week een sessie van 20 minuten procestraining. In onderzoeken van Solhberg (2000), Zagavec (2015) en Boman (2004) waren ze altijd onder toezicht van een therapeut en kregen ze verbale en visuele instructies/feedback op de geleverde resultaten. Zagavac (2015) gaf elke dag een training van 30 minuten in totaal 3 maanden lang. Bij Solhberg (2000) kregen ze tien weken lang een training van één uur per week.

4 RESULTATEN PRAKTIJKONDERZOEK

Bij het praktijkonderzoek waren zeven ergotherapeuten en twee onderzoekerspsychologen betrokken (Bijlage 8: Thema's). De resultaten van het praktijkonderzoek worden weergegeven in thema's.

Algemeen

Zeven ergotherapeuten waren bekwaam in CRT- behandelingen voor CVA- patiënten binnen de cognitieve revalidatietherapie. Zij hadden werkervaring met CVA- patiënten, variërend van minimaal 7 jaar en maximaal 15 jaar. In tabel 11 staat een overzicht van de setting, ervaring en certificering per ergotherapeut.

Tabel 11 Deskundigheid ergotherapeuten

Nummering	Setting	Aantal jaren ervaring met de doelgroep	Aantal maanden of jaren CRT- Certificaat
1. Ergotherapeut	Extramuraal een instelling	12 jaar	1 jaar
2. Ergotherapeut	Ziekenhuis	18 jaar	1 jaar
3. Ergotherapeut	Verpleeghuis	9 jaar	3 jaar
4. Ergotherapeut	Revalidatiecentrum	13 jaar	2 jaar
5. Ergotherapeut	Extramuraal eerstelijns praktijk	10 jaar	7 jaar
6. Ergotherapeut	Revalidatiecentrum	7 jaar	6 maanden
7. Ergotherapeut	Verpleeghuis	15 jaar	6 maanden

Twee onderzoekerspsychologen werkten als promovendus binnen de 'Universiteit te Nederland'. Onderzoekerspsycholoog (1) heeft een onderzoek afgerond in 2015 en onderzoekerspsycholoog (2) is bezig met een drie- jaar durend onderzoek. Tevens werkten zij beiden met deelnemers die cognitieve problemen hadden ten gevolgen van hersenletsel.

Procestraining

Voorwaardes

Er werden wederom verschillende antwoorden gegeven door de zeven ergotherapeuten. Drie van de zeven ergotherapeuten gaven aan dat het in kaart brengen van het cognitieve niveau van een patiënt een voorwaarde moest zijn bij aanvang van de procestraining.

“Je moet natuurlijk een heldere diagnostiek doen. Wat voor cognitief niveau is er gesteld bij de patiënt? (Ergotherapeut 5, extramuraal).”

Eén ergotherapeut gebruikte het instrument ACLS voor het bepalen van het cognitieve niveau.

Nog een voorwaarde is een actieve houding en motivatie van de patiënt, aldus drie van zeven ergotherapeuten.

“De motivatie is heel belangrijk, want iemand moet er dagelijks mee aan de gang gaan (Ergotherapeut 4, Revalidatiecentrum)”

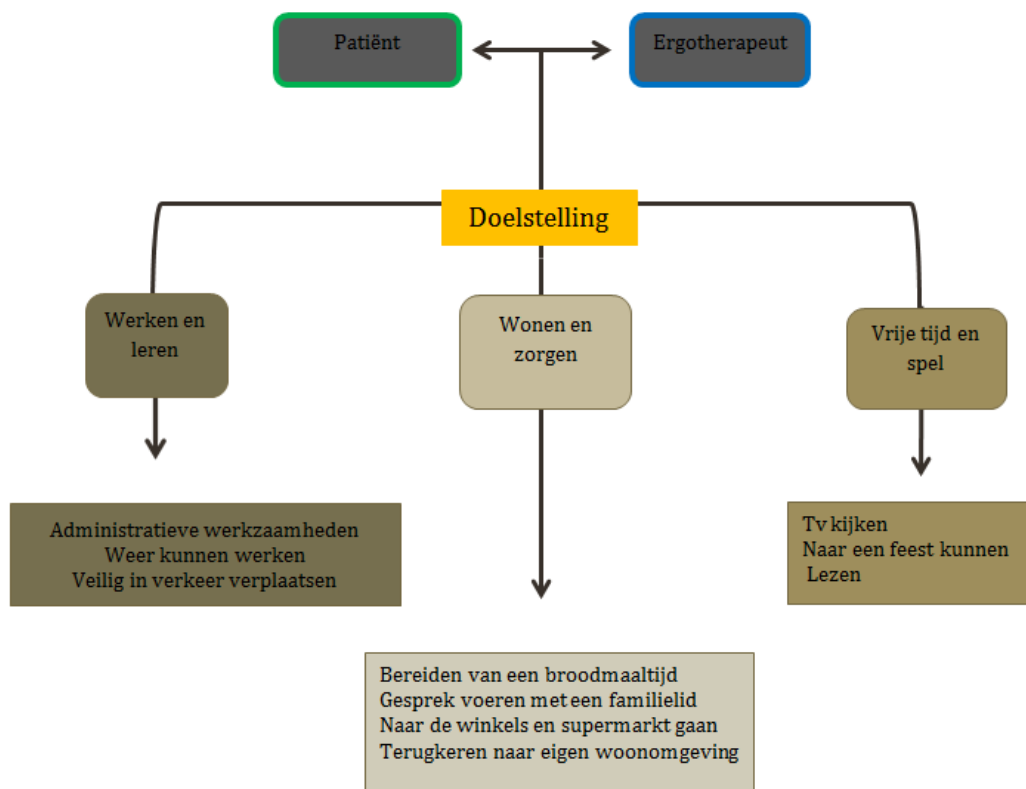
Tevens is het van belang dat patiënt wordt gesteund en begeleiding heeft van zijn cliëntsysteem, volgens drie van de zeven ergotherapeuten.

“Je hebt dan wel een cliëntsysteem nodig die begeleiding kan bieden” (Ergotherapeut 3, verpleeghuis)

Binnen de behandelingen van de ergotherapeuten werden er vooraf doelstellingen opgesteld vanuit de wensen van de patiënten. Daarbij waren de doelstellingen wisselend per patiënt. De weergave van de drie handelingsgebieden zijn te zien in figuur 3.

“Ze wil graag weer haar werk achter de kassa uitvoeren (Ergotherapeut 1, extramuraal)”

Figuur 3: Stroomdiagram doelstellingen



Vormgeving

Drie van de zeven ergotherapeuten gaven aan dat de eerste procestraining 60 minuten duurde binnen de behandeling. Zo gaven drie van zeven ergotherapeuten aan dat de duur kan variëren van 4-8 weken met dagelijks huiswerk oefeningen. Eén ergotherapeut benoemde specifiek dat hij 30 minuten aan huiswerk meegeeft en weer een andere ergotherapeut gaf aan 60 minuten aan huiswerk mee te geven.

Uitleg

Aandacht kan worden vergroot middels de training volgens twee van de zeven ergotherapeuten.

“Ik benoem wel het proces van de oefeningen die we gaan doen, deze kunnen mogelijk bijdragen en ondersteunend zijn voor de aandacht (Ergotherapeut 5, Extramuraal).”

Echter gaven drie ergotherapeuten een schets van wat de mogelijkheden waren binnen de behandeling en daardoor legde ze de keuzes bij de patiënt neer. Eén ergotherapeut maakte er een grapje van. Eén ergotherapeut legde iedere behandeling opnieuw uit aan haar patiënt.

Programma & Computertraining

Twee van de zeven ergotherapeuten zette het programma Brainwave- R- series in. Bij twee andere ergotherapeuten werd gesproken over een mogelijke aanschaf van het programma. Daarbij was een kanttekening dat aanschaf van Brainwave-R-Serie programma erg prijzig is. Tevens benoemde één ergotherapeut het programma Focusmix ingezet te hebben bij één patiënt. Als laatste heeft één ergotherapeut weleens van het programma Cogpack gehoord. Eén ergotherapeut gebruikte het computerprogramma Neuro Campus.

Drie van de zeven ergotherapeuten hadden alternatieve materialen;

- Puzzelboekje van Hersenstichting,
- Eigen samengestelde schriftelijke materialen en reguliere puzzelboekjes.

De volgende technologieën werd door één ergotherapeut ingezet

- een tablet met apps,
- Wii,
- X-BOX.

Twee van de zeven ergotherapeuten gaven aan de oefeningen door middel van verschillende applicaties vanaf de smartphone aan te bieden.

Twee onderzoekspsychologen hadden kennis over cognitieve games die er binnen de revalidatie aanwezig waren;

- Cogmed training,
- Captain's Log training,
- Lumosity, Forame,
- Rehab training, BrainGymme,
- Mosepi,
- Cochmes,
- Act training,
- Cogni plus.

"Er is eigenlijk een heleboel beschikbaar, omdat ook heel veel particulieren of in ieder geval bedrijven computerspellen ontwikkelen. (2)"

Effect & Resultaat

Drie van de zeven respondenten gaven aan dat het functionieniveau verbeterd was, omdat de patiënten langer de aandacht vast konden houden.

"Op stoornisniveau geeft het wel verbetering, maar dat zegt nog niks over het handelen"
(Ergotherapeut 7, Verpleeghuis)

Twee van zeven respondenten gaven aan dat hun patiënten geleerd hadden om te compenseren.

"Het resultaat is; dat patiënten er beter mee omgaan (Ergotherapeut 6, revalidatiecentrum)."

Eén ergotherapeut had wisselende uitkomsten omdat de patiënt aan had gegeven er baat bij te hebben en een andere patiënt stopte binnen vier weken omdat er geen resultaat zichtbaar was. Bij dezelfde ergotherapeut en nog één ergotherapeut waren de opgestelde doelen behaald. De doelen waren gericht op het minder krijgen van zorg, lezen, tv kijken, weer werken en naar een voetbalclub gaan.

"Vaak gaan mensen weer richting werk, en dan zit je op participatieniveau.(Ergotherapeut 4, Revalidatiecentrum)

Bij onderzoekpsycholoog (1) was er sprake van drie groepen van deelnemers (standaardgroep, controlegroep en interventiegroep) van respondenten. Concreet was dezelfde vooruitgang te zien op een aantal taken bij alle deelnemers. Er was geen effect zichtbaar op taakniveau en aandachtstaken.

Er was sprake van een placebo-effect, omdat deelnemers geloofde in de training.

"Sommige deelnemers geloofde echt dat ze vooruit zijn gegaan. Zelfs nu nog als wij de deelnemers vertellen van "het heeft niet geholpen". Krijgen we toch nog e-mails van patiënten, bij mij heeft het dus wel geholpen. (1)"

Generalisatie & Toepasbaarheid

Twee ergotherapeuten, pasten de drie stappen van Parenté (2003) toe binnen de behandeling. Twee van de zeven ergotherapeuten zijn zoekende naar de juiste toepassing van procestraining.

"Ik ben zelf ook nog zoekende, want procestraining zit nog niet in mijn standaardpakket"
(Ergotherapeut 7, verpleeghuis)

Vijf van de zeven respondenten pasten het toe door een koppeling te maken naar het dagelijks functioneren en het toepasbaar te maken, door het volgende aan te bieden:

- psycho- educatie,
- functionele training,

- opbouwschema's,
- belasting en belastbaarheid,
- educatie,
- ergonomie,
- adviezen hulpmiddelen.

"Ik zie het ook niet als vervanging van de ergotherapeutische behandeling, maar wat hand in hand samen opgaat (Ergotherapeut 3, Verpleeghuis)."

Het onderzoek van onderzoekspsycholoog (2) wordt nog onderzocht naar generaliseerde computertraining met strategietraining voor het dagelijks leven. Daarbij gaf onderzoekspsycholoog (1) aan dat de trainingstaken vooruitgaan, maar dat het niet automatisch wordt generaliseerd naar de andere getrainde taken.

"Het hoort echt bij elkaar, we zouden nooit één van die twee kiezen of bijvoorbeeld alleen maar computertraining doen. (2)"

"Je ziet vaak inderdaad dat ze wel vooruitgaan op trainingstaken en dat het gewoon moeilijk is om die effecten te generaliseren naar taken die niet getraind zijn.(1)"

Bewijskracht & ontwikkeling

Zes van de zeven respondenten hanteren onderbouwing vanuit de gevolgde scholing. Eén van de zes respondenten heeft zich erin verdiept en twee boeken er over gelezen. Eén respondent geeft aan haar twijfels te hebben, omdat haar vragen over onderbouwing binnen de scholing niet werden beantwoord.

"Ik gebruik het tot nu toe, omdat ik het heb geleerd bij mijn opleiding tot CRT.(Ergotherapeut 2, Ziekenhuis)"

"Weinig. Kritische geluiden wel eerder maar dan moet je je afvragen: "Moet je het gewoon doen? (Ergotherapeut 1, extramuraal)"

Manieren waarop er op de hoogte kan worden gebleven is door:

- het CRT congres en website te bezoeken,
- nieuwsbrieven,
- regionale overleggen,
- overleg met collega's,
- vakliteratuur lezen.

Twee van de zeven ergotherapeuten gaven aan niet op de hoogte te zijn van de laatste ontwikkelingen. Eén van de ergotherapeuten gaf aan geen tijd te hebben.

"ik ga zelf niet actief op zoek naar de ontwikkelingen van de procestraining, omdat je die tijd ook niet hebt. (Ergotherapeut 7, Verpleeghuis) "

Allebei de onderzoekspsychologen gaven een aantal positieve resultaten binnen hun onderzoeken. Echter binnen beide onderzoeken was er geen actieve controle groep aanwezig. Er waren toen een aantal kleine verbeteringen zichtbaar in het behalen van de

neuropsychologische taken. Daarbij waren er geen effecten zichtbaar in het dagelijks handelen. Op dit moment is er niet voldoende bewijs of computertraining effect heeft.

“Op dit moment weten we nog niet zo goed welke hersengebieden er nodig zijn voor bepaalde activiteiten en we weten ook niet goed welke taken die doen.”(1)

“Wat wij belangrijk vinden bij een cognitieve revalidatie behandeling zijn de effecten op het dagelijks leven. Dat kun je niet alleen behalen door een computertraining aan te bieden.”(2)

5 DISCUSSIE

De ergotherapeuten hadden vier voorwaarden in kaart gebracht:



Figuur 4: voorwaarden patiënt

Indien de voorwaarden worden nageleefd zou procestraining kunnen starten. Tevens kan ACLS ingezet worden binnen de diagnostiek om het cognitief niveau van de patiënt te onderzoeken.

De eerste sessie van procestraining duurt 60 minuten. In de daarop volgende sessies kan er ook gewisseld worden in het aantal uren en weken. Dit ook bevestigd vanuit de literatuur. Vanuit de literatuur als de praktijk wordt geadviseerd om 30 minuten aan huiswerkoefeningen te besteden.

Er waren verschillende doelstellingen binnen de ergotherapie behandelingen. Het was verschillend per patiënt. Echter waren ze wel gericht op de drie handelingsgebieden (werken en leren, wonen, zorgen, vrije tijd en spel. Uit onderzoek van Bartfai et al. (2014) wordt het instrument COPM gebruikt voor het opstellen en afronden van doelstellingen.

Uit de literatuur kwam naar voren dat er meerdere programma's opgesteld zijn. De meeste bekende training was Brainwave-R-Series. Ook focusmix. Cogpack en neurocampus werden genoemd door ergotherapeuten. Daarbij gaven de ergotherapeuten kennis te missen over alle programma's. Naast de vaste programma's zochten de ergotherapeuten, bijvoorbeeld een puzzelboekje.

De onderzoekspsychologen hadden kennis over computerprogramma's die er op de markt waren. Daarbij werd door het werkveld verschillende technologieën gebruikt: Wii, X-BOX, smartphone of een tablet.

Er waren wisselende effecten zichtbaar in het werkveld, bij onderzoekspsychologen en in de literatuur. Er was sprake van meningsverschillen bij de ergotherapeuten in het zichtbaar zien van functieverbeteringen en het langer vasthouden van de aandacht. Ook zagen sommige ergotherapeuten verbeteringen in taken of activiteiten- of participatie niveau. Echter vonden andere ergotherapeuten dat de patiënten geleerd hadden om te compenseren van de aandachtsproblemen binnen activiteiten- en participatieniveau. Een onderzoekspsycholoog bevestigde dat er geen effecten zichtbaar waren op taakniveau en aandachtstaken. Er waren geen verschillen te zien binnen de controle-, wachtlijst en actieve deelnemers.

Binnen de literatuur is er geen eenduidig antwoord gevonden op de vraag of procestraining een gunstig effect heeft op aandachtsproblemen. Binnen de onderzoeken van Zickefoose et al. (2010) & Ponsford et al. 2014 waren concrete twijfels aan de onderbouwing van procestraining, vanwege de verschillende uitkomsten in de verbetering van de aandachtsproblemen bij de deelnemers.

Bij het onderzoek van Park & Ingles (2001), Boman et al. (2004) en Bartfai et al. (2014) was een verbetering in aandacht waargenomen door de gevolgde procestraining. Zo geeft Zagavec

(2015) aan dat hij een kleine verbetering zag in de wisselende aandacht. Dit was ook een conclusie van het onderzoek van Pero et al. (2006), die daarnaast ook een verandering zag in de uitvoering van aandachtstaken.

Alle onderzoeken waren gericht op een kleine onderzoekspopulatie of zonder controle groep. Alleen door de onderzoeker Bartfai et al. (2014) werd gesproken over een functionele verandering, omdat verandering was waargenomen door de patiënten zelf na de gevolgde procestraining in combinatie met andere interventies. Binnen de richtlijn van Rasquin et al (2007) werd de uitspraak gebaseerd op drie artikelen van voor- en nameting. De conclusie was dat computertraining niet effectief is bij de cognitieve revalidatie van patiënten met aandachtsproblemen. Er is geen eenduidig antwoord gevonden op de effectiviteit van procestraining.

Een aantal ergotherapeuten werkte met drie stappen van de scholing (Parenté, 2003). Het werkveld was het niet eens met elkaar. Sommige ergotherapeuten koppelden het generaliseren aan het dagelijks handelen. Terwijl andere ergotherapeuten zich richtte op procestraining en het toepassen van andere interventies:

- Psycho- educatie,
- Functionele en taken training,
- Opbouwschema's,
- Belasting en belastbaarheid,
- Ergonomie en adviezen gericht op hulpmiddelen.

De onderzoekpsychologen bevestigen dat de trainingstaken vooruitgaan, maar dat het niet automatisch gegeneraliseerd wordt naar de niet andere getrainde taken. Het komt overeen met wat er in literatuur bekend was; alleen procestraining generaliseert niet naar het activiteiten- en participatieniveau (Boman et al., 2014; Ponsford et al., 2016; Steultjens et al., 2013 & Rasquin et al., 2007).

Het onderzoek van Bartfia et al. (2014) had een vertaalslag naar dagelijkse activiteiten gemaakt door procestraining te combineren met educatie, taken en veranderingstechnieken rondom de problemen. Alle ergotherapeuten hanteren de onderbouwing vanuit de scholing, op één ergotherapeut na die concrete twijfels had over de onderbouwing. De onderzoekpsychologen en de literatuur gaven aan dat er niet voldoende bewijs op de werking van computertraining.

Sterktes en zwaktes

De negen geselecteerde respondenten zijn vrouwelijk. Uit een onderzoek blijkt dat; 'mannen onafhankelijk zijn'. In veel situaties zijn ze gericht op een marge van vrijheid voor eigen initiatief en autonoom handelen(Roukema-Koning, 2005).” Het onderzoek was meer valide bevonden als er ook mannelijk respondenten deelgenomen hadden. Echter waren weinig geschoolde mannelijke ergotherapeuten te vinden. Tijdens het praktijkonderzoek zijn er verschillende respondenten met een CRT certificaat benaderd, waarvan vier beginnend en drie respondenten met ervaring. Dit houdt in dat er balans is tussen respondenten die de theorie nog moeten koppelen aan de praktijk om ervaring op te doen en de ervaren respondenten. Anderzijds zijn de ervaren respondenten meer gericht op het uitvoeren van de praktijk met hun deskundigheid in plaats van houvast te zoeken in de theorie (de Blaak, 2004).

Er zijn twee onderzoekpsychologen die deel hebben genomen, die deskundig zijn op het gebied van computertraining. Deze deskundigen zorgen voor kwaliteit binnen het onderzoek. Deze deskundigen waren breder gericht op het cognitief functioneren d.m.v. computertraining bij de respondenten. Binnen het literatuuronderzoek werd breder gezocht naar 'Niet Aangeboren Hersenletsel' om zodoende meer informatie te vergaren.

Er zijn negen interviews afgenomen, dat zorgt voor betrouwbare resultaten en kunnen een beter inzicht geven van de werkelijkheid. Een kanttekening is dat zes van de negen interviews

telefonisch werden afgenomen. Hierdoor kunnen gegevens verkeerd geïnterpreteerd zijn (Burns & Bush, 2011). Voor de diepte in het onderzoek was het geschikter geweest om meerdere onderzoekers in te zetten op het onderzoek, zodat het onderzoek objectiever uitgevoerd kon worden.

De huidige situatie is dat het door één onderzoeker is uitgevoerd en dat deze beïnvloed kan zijn. Door verschillende instellingen mee te nemen in het onderzoek, in plaats van alleen te richten op revalidatiecentrums, is het aantal respondenten verhoogd. Hierdoor is een kwalitatief betrouwbaar onderzoek verricht (Saunders & Lewis, 2015)

In het begin van het onderzoek was er een universeel interviewprotocol opgesteld voor twee doelgroepen; ergotherapeuten en onderzoekpsychologen. Bij afname van twee interviews bij de onderzoekpsychologen bleek het protocol niet volledig te zijn. Daarom zijn er meer open vragen gesteld bij deze respondenten. Om deze reden komen de transcripten niet met elkaar overeen. Dit kan gezien worden als een sterkte van het onderzoek, omdat deze vragen wel meegenomen zijn binnen het eindproduct. Tevens was bij het verwerken van de resultaten het thema "aandachtsproblemen" niet meegenomen in het onderzoek, want het had geen bijdrage in het beantwoorden van de globale hoofdvragen.

6 CONCLUSIES

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de twee globale hoofdvragen.

“Wat is het effect van procestraining op het verbeteren van aandachtsproblemen in de ergotherapeutische behandeling van CVA-patiënten met aandachtsproblemen binnen de cognitieve revalidatie?”

Vanuit de literatuurstudie bij de onderzoeken van Park & Ingles (2001), Bartfai et al. (2014), Barker-Collo et al. (2009) en Zickefoose et al. (2010) was door de procestraining een verandering zichtbaar gemaakt in het aandachtsniveau van de onderzochte patiënten. In het artikel van Park & Ingles (2001), Zickefoose (2010) & Barker-Collo et al. (2009) was er geen sprake van een actieve controle groep en een kleine onderzoeksgroep. Bij het onderzoek van Bartfai et al. (2014) was er sprake van een compleet revalidatieprogramma waar o.a. procestraining een onderdeel was in combinatie met andere toegepaste interventies. De onderzoeken van Zickefoose (2010) en Ponsford (2014) waren twijfelend over de onderbouwing van computertraining vanwege wisselende uitkomsten van de training.

Legenda kwaliteitsbeoordeling
Rood = *Slechte kwaliteitsbeoordeling*
Oranje = *matige kwaliteitsbeoordeling*
Groen = *Goede kwaliteitsbeoordeling*

Uit de richtlijn van Rasquin et al. (2007) kwam eenzijdig een uitspraak dat was gebaseerd op drie onderzoeken van voor- en nametingen gericht op computertraining. Hun conclusie was dat computertraining niet effectief was bij de cognitieve revalidatie van patiënten met aandachtsproblemen. Het sloot aan bij onderzoek van de onderzoekpsycholoog. Die gaf aan geen zichtbaar effect op taakniveau en aandachtstaken te zien. Er was sprake van een placebo-effect, want deelnemers geloofde dat de computertraining zorgde voor verbeteringen.

Vanuit het werkveld werden door ergotherapeuten de gestelde doelen behaald. Daarbij gaven een aantal ergotherapeuten aan dat de aandacht van de patiënten was toegenomen op functionieniveau. Daarnaast was ook bij deze groep verdeeldheid, omdat een aantal ergotherapeuten aan hadden gegeven dat patiënten geleerd hadden om de aandachtsproblemen te compenseren.

“Hoe kan procestraining worden uitgevoerd in het Maasstad Ziekenhuis op de afdeling ergotherapie en hoe kan het effect van procestraining worden generaliseerd naar activiteiten- en participatieniveau?”

Er kan worden geconcludeerd vanuit de literatuur dat alleen procestraining niet gegeneraliseerd kan worden naar het activiteiten- en participatieniveau (Boman et al., 2014; Ponsford et al., 2016; Steultjens et al., 2013 & Rasquin et al., 2007).

Het onderzoek van Bartfai et al. (2014) heeft een vertaalslag naar dagelijks activiteiten gemaakt door procestraining te combineren met een revalidatieprogramma met educatie, taken en veranderingstechnieken rondom de dagelijkse problemen. Op basis van dit onderzoek lijkt er wel één beperkte toename te zijn, vanwege het heronderzoek d.m.v. de COPM.

Vanuit het werkveld werden ook door een aantal ergotherapeuten procestrainingen toegepast met andere interventies: psycho-educatie, functionele training, opbouwschema's, belasting en belastbaarheid, educatie, ergonomie en advies hulpmiddelen.

Een deel van de ergotherapeuten zorgde ervoor dat procestraining te koppelen was aan het dagelijks functioneren a.d.h.v. opgestelde doelstelling gericht op een van de handelingsgebieden (wonen en zorgen, werken en leren en vrije tijd en spel). Zij stelde ook vier voorwaarden aan het starten van procestraining. Vanuit de onderzoekende psychologen werd duidelijk dat de trainingstaken vooruit gingen bij de doelgroep, maar waren de effecten niet gegeneraliseerd naar taken die niet getraind waren. Volgens hen is er nu onvoldoende bewijs wat computertraining onderbouwt. Daarbij vinden ze het binnen de cognitieve therapie steeds belangrijker dat effecten toenemen in activiteiten- en participatie niveau en dat kan niet behaald worden door alleen computertraining aan te bieden.

Alle ergotherapeuten hebben met procestraining gewerkt, welke door de scholing werd onderbouwd. Onduidelijk is of het boek van Partenté (2003), wetenschappelijk is onderbouwd. Het desbetreffende boek was niet verkrijgbaar tijdens het onderzoek.

Algemene conclusie

Er kan worden geconcludeerd dat procestraining niet direct op systematische wijze effectief kan worden ingezet in de dienstverlening van het Maasstad ziekenhuis. Er zijn twijfels over de werkelijke toevoeging van de kwaliteit binnen de zorg in het Maasstad Ziekenhuis en binnen het werkveld ergotherapie. Dit resulteert in een onbekende meerwaarde voor de planmatige borging van gewenste doelstellingen van de patiënt en de daarmee gepaarde verantwoording die de ergotherapeut draagt.

Eigen visie

Het blijft onduidelijk welk effect procestraining heeft op het verbeteren van aandachtsproblemen bij CVA-patiënten. Echter zijn er vanuit literatuur- en het praktijkonderzoek geen schadelijke effecten van procestraining gevonden. Alleen gaven sommige patiënten aan de behandeling van procestraining zelf te willen beëindigen vanwege het gebrek van vooruitgang d.m.v. procestraining. Procestraining kan ondersteuning bieden met de huidige behandeling van de ergotherapeuten binnen het Maasstad Ziekenhuis.

7 AANBEVELINGEN

Er zijn een aantal aanbevelingen voortgekomen uit het onderzoek:

- Er moet een vervolgonderzoek plaatsvinden met een controlegroep bij grotere populaties om eenduidig antwoord te kunnen geven aan beide hoofdvragen. Echter is het raadzaam om een overweging te maken tussen de kosten, de tijdbesteding van het personeel en aanschaf van middelen voor een vervolgonderzoek.
- Informeren naar ontwikkelingen gericht op procestraining binnen de scholing naar de concrete onderbouwing van procestraining.
- Een keuze maken binnen de ergotherapieafdeling voor het wel of niet toepassen van procestraining in combinatie met de reguliere interventies bij CVA-patiënten met aandachtsproblemen.
- CVA-patiënten met aandachtsproblemen te informeren over de wisselende uitkomsten van procestraining, zodat ze bewust een overweging kunnen maken over de huidige stand van zaken, gericht op het krijgen van computer/schrifttraining binnen de revalidatie.

Indien er wordt gekozen voor het implementeren van procestraining, zijn er de volgende handvatten opgesteld:

- Er dient rekening gehouden worden met de vier voorwaarden (cognitieve niveau, motivatie, actieve houding en ondersteund cliëntsysteem) die nodig zijn bij de start van procestraining.
- Samen (patiënt en ergotherapeut) doelstellingen opstellen waarop de procestraining zich richt, binnen de handelingsgebieden: wonen en zorgen, werken en leren en vrije tijd en spel.
- De patiënten moeten elke dag huiswerk maken van ongeveer 30 minuten per dag. In de literatuur gaven de therapeuten verbale en visuele instructies/feedback op de geleverde resultaten in de behandeling. Er dient rekening gehouden te worden dat de eerste sessie van procestraining 60 minuten duurt, met de uitleg van de opdrachten.
- Het bespreken van de vormgeving van de materialen op de ergotherapie afdeling in het Maastricht Ziekenhuis. Verschillende officiële middelen kunnen worden aangeschaft op de computer of papier vanuit het literatuur- en praktijkonderzoek (Bijlage 11). Daarbij kunnen ook andere technologieën worden ingezet door de ergotherapeut: smartphone, tablet, Wii en X-BOX. Tevens kunnen eigen samengestelde materialen worden verzameld (puzzel boekjes Hersenstichting / eigen opgestelde schriftelijke oefeningen).
- Procestraining kan worden gecombineerd met de volgende behandelingen binnen de revalidatie: psycho- educatie, functionele en taken training, veranderingstechnieken, opbouwschema's, belasting en belastbaarheid, ergonomie en adviezen gericht op hulpmiddelen.

Ontwikkeling werkveld

- Er kan een online CRT portaal worden ontwikkeld voor de uitwisseling van informatie voor alle CRT- ergotherapeuten binnen Nederland, aangezien de huidige middelen niet zorgen voor voldoende kennis uitwisseling.

LITERATUURLIJST

Literatuurlijst

Gepubliceerde bronnen

Aubel, F.G. (2014) *Kwaliteitszorg*. Den Haag: Boom Lemma.

Bamford, J-M., Sandercock, P.A.G., Dennis, M., Burn, J. & Warlow, C.P.(1990) A prospective study of acute cerebrovasculair disease in the community: the Oxfordshire Community Stroke Project 1981-86. *Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 53(1), 16-22.

Barfia, A., Markovic, G., Sargenius Landahl, K. & Schult M-J. (2014). The protocol and design of a randomized controlled study on training of attention within the first year after acquired brain injury. *BMC Neurology*, 14(102), 1-9.

Barker-Collo, S., L., Feigin, V., L., Lawes, C.,L-L, Parag, V., Senior, H. & Rodgers, A.(2009). Reducing Attention Deficits After Stroke Using Attention Process Training. *Stroke*, 40(10), 3293-3298.

Boman, I-L., Lindstedt, M., Hemmingsson, H. & Bartfai, A.(2004).Cognitive training in home environment. *Brain Injury*, 18(10),985–995.

Burns A.C. & Bush R.F.(2011) *Principes van marktonderzoek; toepassingen met spss*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.

Fasotti, L. (2005): Cognitieve revalidatie: varen zonder kompas? *Tijdschrift voor neuropsychologie*, 0.

Hersenwerk (2016). *Scholing en advies gebied van hersenletsel*. Gedownload op 16 maart 2017, van <http://hersenwerk.tijdelijk.org/wp-content/uploads/2016/09/brochure-2016.pdf>

Kuks, J.B.M. , Snoek, J.W., & Oosterhuis H.J.G.H.(2003). *Klinische Neurologie* (15e druk). Bohn Stafleu Van Loghum: Houten.

Kuiper, C., Verhoef, J., de Louw, D. & Cox, K. (red.) (2012). *Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en toepassing*. Den Haag: Lemma.

Miles, J., & Gilbert, P. (2005). *A Handbook of Research Methodes for Clinical and Health Psychology*. New York: Oxford University Press Inc.

Park, N.W. & Ingles, J.L.(2001) Effectiveness of attention rehabilitation after acquired brain injury: a meta-anlysis: *Neuropsychology*, 15, 199-210.

Parenté, R. & Douglas, H. (2003). *Retraining Cognition:techniques and applications*(Third edition). Texas: Pro-Ed.

Ponsford, J.L., Bayley, M.D., Wiseman-Hakes, C., Togher, L., Velikonja, D., McIntyre, A., Janzen, S., Tate, R. (2014). INCOG Recommendations for Management of Cognition Following Traumatic Brain Injury, Part II: Attention and Information Processing Speed. *J Head Trauma Rehabil*, 29, No. (4), 321–337.

Ponsford, J.L., Dymowski, A.R. & Willmott, M. (2016). Cognitieve training approaches to remediate attention and executive dysfunction after traumatic brain injury: A single-case series. *Neuropsychological Rehabilitation*, 26 (5-6), 866-894.

Rasquin, S.M.C., & van Heugten, C.M. (red.) (2007). *Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel*.

Roukema-Koning, R & Blom, P. (2005). *Als mannen en vrouwen bidden*. Zoetermeer: Echt uitgeverij boekencentrum. Geraadpleegd op 5 mei van, <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/27035/27035.pdf>

Saunders, M. & Lewis P.(red.)(2015). *Methoden en technieken van onderzoek (7e druk)*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.

Stam. C. (red.), (2004) *Productiviteit van de kenniswerker*. Wegwijzer in kennismanagement, Noordwijk: de Baak.

Steultjens, E.M.J., Cup, E.H.C., Zajec, J., Van Hees, S., (2013). *Ergotherapie richtlijn CVA*.

Nijmegen/Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland.

Scholl, N & Olivier, L. (2014). *De essentie van kwalitatief onderzoek*. MOA. Geraadpleegd 7 mei 2017, van http://moa04.artoo.nl/clou-moaweb-images/images/bestanden/pdf/Studenteninformatie/SCHOLL_OLIVIER_De_essentie_van_kwalitatief_onderzoek_versie4.pdf

Schouwen, E.T. van. (2011). *Cognitieve Revalidatie Therapie: Ergotherapeutische behandeling*. Enkhuizen: Bijto.

Schouwen, E.T. van. (2015). *Cognitieve Revalidatie Therapeut. Ergotherapeutische benadering (2e druk)*. Enkhuizen: Bijto.

Schouwen, E.T. van. (2009). *Cognitieve Revalidatie therapie: Ergotherapeutische diagnostiek*. Enkhuizen: Bijto.

Sohlberg, M.M., McLaughlin, K.A, Pavese, A., Heidrich, A., & Posner, M.I. (2000). Evaluation of Attention Process Training and Brain Injury Education in Person With Acquired Brain Injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 22(5), 656-676.

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C. & Rosendal, H. (2015). *ZorgBasics Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma.

Verhoef, J. & Zalmstra, A. (2013). *Beroepscompetenties ergotherapie (2e druk)*. Den Haag: Lemma

Vos, P. & Harnick, F. (2010). *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Antwerpen: Malku.

Wilson, B.A. (1997). Cognitive rehabilitation: How it is and how it might be., *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3, 487-496

Zagavec, B.S, Lesnik, V.M. & Goljar, N.(2015). Training of selective attention in work-active stroke patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 38, 370-372.

Zakdoks, J. (2015). *Factsheet Aantallen, oorzaken en incidentie niet-aangeboren hersenletsel*. Hersenz. Gedownload op 16 maart 2017, van http://www.hersenz.nl/sites/all/files/pdf/factsheet_aantallen_oorzaken_en_gevolgen_niet-aangeboren_hersenletsel.pdf

Zickefoose, S., Hux, K., Brown, J. & Wulf, K.(2013). Let the games begin: A preliminary study using Attention Process Training-3 and Lumosity™ brain games to remediate attention deficits following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 27(6), 707-16.

Niet gepubliceerde bronnen

Bam (2010). *Nieuwbouw Maasstad Ziekenhuis Rotterdam*. Geraadpleegd op 15 april, van <http://www.bambouwentechniek.nl/projecten/nieuwbouw-maasstadziekenhuis-rotterdam>

(2 augustus 2012) Cliënt of patiënt? De betekenis van aanspreektermen. *Zorgethiek.nu*
Geraadpleegd op 16 maart 2017, van <http://zorgethiek.nu/client-patient-de-betekenis-aanspreektermen>

De Radboud Universiteit (2005). *Psychologie*. Geraadpleegd op 7 mei 2017, van <https://studiegids.science.ru.nl/2005/en//prospectus/psychologie/course/4141/>

De Afstudeer Consultant (z.d). *Steekproef bepalen*. Geraadpleegd op 10 april 2017, van <http://deafstudeerconsultant.nl/afstudeertips/onderzoeksmethoden/steekproef-bepalen/>

Hogeschool Rotterdam (2017). *Databases*. Geraadpleegd op 9 april 2017, van <https://www.hogeschoolrotterdam.nl/voorlichting/voorzieningen/mediatheek/info-per-opleiding/instituut-voor-gezondheidszorg/ergotherapie/online-bronnen/>

Kapelle, J. (z.d) Hart-vaten cijfers beroerte. Hartstichting. Geraadpleegd op 5 mei, van <https://www.hartstichting.nl/hart-vaten/cijfers/beroerte>

SCR (Z.d). CRTP Certificaat. Geraadpleegd op 11 juni 2016, van <http://www.cognitieverevaluatie.nl/cpcrt-certificaat/>

Wikipedia(2015). Patiënt. Geraadpleegd op 7 mei 2017, van <https://nl.wikipedia.org/wiki/Pati%C3%ABnt>

Maasstad Ziekenhuis (Z.d.). Revalidatie Geneeskunde. Geraadpleegd op 9 april 2017, van <https://www.maasstadziekenhuis.nl/specialismen-afdelingen/revalidatiegeneeskunde/>

National Institutes of health (2014). *Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group*. Geraadpleegd op 9 april 2017 van, <https://www.cebma.org/wp-content/uploads/Critical-Appraisal-Questions-for-a-Case-Study.pdf>

BIJLAGES

BIJLAGE 1: PICO – ELEMENT

- 1. “Welk effect heeft procestraining, binnen de cognitieve revalidatie therapie op het verbeteren van aandachtsproblemen op het functieniveau van CVA-patiënten?”

Tabel 1 PICO-element

Person	CVA patiënten met aandachtsproblemen binnen de cognitieve revalidatie therapie
Intervention	Procestraining (behandeling)
Co- Intervention	X
Outcome	Effect van het verbeteren van de aandachtsproblemen op functieniveau

Noot. Herdrukt van " Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en toepassing. "Den Haag: Lemma. Door Verhoef et al., 2012, p 37.

- 2. “Hoe kan het effect van procestraining, binnen de cognitieve revalidatie therapie, worden gegeneraliseerd naar activiteiten-en participatieniveau in de behandeling van CVA-patiënten met aandachtsproblemen?”

Tabel 2- PICO-Element

Person	CVA-patiënten met aandachtsproblemen binnen de cognitieve revalidatie therapie
Intervention	Procestraining (behandeling)
Co- intervention	X
Outcome	Gegeneraliseerd naar activiteiten- en participatieniveau

Noot. Herdrukt van " Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en toepassing. " Den haag; Lemma. Door verhoef et al., 2012, p 73.

BIJLAGE 2: BEOORDELINGSLIJSTEN

RCT checklist

Beoordeling van de kwaliteit van een randomised controlled trial (RCT)

Naam beoordelaar: Esmeralda Muller.

Datum 6-4-2017

Titel: Reducing Attention Deficits After Stroke Using Attention Process Training (2009)

Auteurs: Suzanne L. Barker-Collo, MA, PhD; Valery L. Feigin, MD, MSc, PhD, FAAN; Carlene M.M. Lawes, PhD, FAFPHM; Varsha Parag, MSc; Hugh Senior, DPH, MSc, PhD; Anthony Rodgers, PhD.

Korte beschrijving interventie: Er zijn twee groepen deelnemers met een beroerte. De standaardbehandeling met aandacht proces training plus (30 uur) de andere groep alleen de standaardbehandeling.

Korte beschrijving controlebehandeling(en): Er waren twee controle behandelingen een in week 5 of bij maand 6. Zij gebruikten de volgende test: *"Integrated Visual Auditory Continuous Performance Test Full-Scale Attention Quotient."*

VALIDITEIT	Item + – ?
1. Was de toewijzing van de interventie aan de patiënten gerandomiseerd?	+
2. Degene die patiënten insluit hoort niet op de hoogte te zijn van de randomisatie volgorde. Was dat hier het geval?	+
3. Waren de patiënten en de behandelaars geblindeerd voor de behandeling?	+/- Begin wel (na 6 maanden niet meer)
4. Waren de effectbeoordelaars geblindeerd voor de behandeling?	+
5. Waren de groepen aan het begin van de trial vergelijkbaar? Indien nee: is hiervoor in de analyses gecorrigeerd?	+
6. Is van een voldoende proportie van alle ingesloten patiënten een volledige follow-up beschikbaar? Indien nee: selectieve loss-to-follow-up voldoende uitgesloten? 1 patiënt had geen follow up gehad.	?
7. Zijn alle ingesloten patiënten geanalyseerd in de groep waarin ze waren gerandomiseerd?	?
8 Zijn de groepen, afgezien van de interventie, gelijk behandeld?	+
9. Is selectieve publicatie van resultaten voldoende uitgesloten?	+
10. Is ongewenste invloed van sponsors voldoende uitgesloten?	+

(naar: Inleiding in evidence-based medicine, Bohn Stafleu van Loghum 2014)

II Wat zijn de resultaten?

- Is er een adequate beschrijving van de gebruikte methode en gegevens te verzamelen?

Er wordt in de methode beschreven welke instrumenten er afgenomen werden. De gegevens werden bij beide groepen verzameld.

- Zijn de methoden om gegevens te analyseren geschikt, duidelijk beschreven en worden ze verantwoord?

Er wordt uitgelegd dat er verschillende modellen gebruikt worden. Voor de primaire uitkomsten gebruikte de onderzoekers de intention-to-treat analyse. Het is voor mij erg onduidelijk welke modellen er zijn gebruikt.

- Wat zijn de belangrijkste resultaten?

Aandacht procestraining (APT) heeft een positief effect op de onderzochte deelnemers. Deze geven een gemiddelde score van 2.03 hoger dan de standaardbehandeling. De aandacht verbetert door APT behandeling bij deelnemers met een beroerte. Het suggereren van vroege interventies kan zeer gunstig zijn. Of deze vorm van interventie kosteneffectief is en ook zorgt voor verbetering in cognities en functionele resultaten moet verder onderzocht worden.

- Hoe significant zijn de resultaten?

De werkelijke score is 1,61 punten hoger dan de deelnemers in de standaardbehandeling. Het komt erop neer dat de huidige onderzoeksvraag te klein is. De steekproef is te klein en de 2^e follow up was te snel, waardoor niet alle verbetering gemeten hebben kunnen worden bij de deelnemers.

(Naar: McMaster University 2002; Taylor, 2000, 5: CEBM, 2005; www.cebm.net (EBM: RCT Critical Appraisal Sheet))

TOEPASBAARHEID

Toepasbaarheid	Commentaar
1. Overeenkomst van de patiënten in het onderzoek met de eigen patiënt(en)	Er komt naar voren dat APT een positief effect heeft op de deelnemers. Dit zou ook kunnen worden gegeneraliseerd naar de behandeling binnen de ergotherapie.
2. Haalbaarheid in de eigen praktijkvoering	Het meenemen dat vroege interventies nodig zijn bij aandachtsproblemen.
3. Voor- en nadelen van behandeling voor de patiënt	Het voordeel is dat het ook uitgevoerd kan worden op de computer. Het nadeel is dat onbekend is wel kosteneffect het programma heeft en welke functionele resultaten er zijn bij de deelnemers.
4. Verwachtingen, voorkeuren en waarderingen van uw patiënt	N.v.t.

(naar: Inleiding in evidence-based medicine, Bohn Stafleu van Loghum 2014)

RCT checklist

Beoordeling van de kwaliteit van een randomised controlled trial (RCT)

Naam beoordelaar: Esmeralda Muller.

Datum 6-4-2017

Titel: The protocol and design of a randomized controlled study on training of attention within the first year after acquiring brain injury. (2014)

Auteurs: Aniko Barfia, Gabriela Markovic, Kristina Sargenius Landahl and Marie-Lousie Schult

Korte beschrijving interventie: Er zijn twee groepen gemengd binnen de revalidatie met deelnemers met de aandoening niet aangeboren hersenletsel of een beroerte.

Korte beschrijving controlebehandeling(en): Alle deelnemers kregen een interdisciplinaire NAH revalidatieprogramma met een basis afname van assessments, zij kregen drie dagen per week, 20 uur aandachtstraining van 5-6 weken lang. Daarna worden zij willekeurig ingedeeld in een van de twee groepen. Een groep kreeg intensieve gebiedsgerichte cognitieve training met de Aandacht proces training. De andere kregen activity based aandacht training door de ergotherapeut.

VALIDITEIT	Item + – ?
1. Was de toewijzing van de interventie aan de patiënten gerandomiseerd?	-
2. Degene die patiënten insluit hoort niet op de hoogte te zijn van de randomisatie volgorde. Was dat hier het geval?	-
3. Waren de patiënten en de behandelaars geblindeerd voor de behandeling?	-
4. Waren de effectbeoordelaars geblindeerd voor de behandeling?	-
5. Waren de groepen aan het begin van de trial vergelijkbaar? Indien nee: is hiervoor in de analyses gecorrigeerd?	+
6. Is van een voldoende proportie van alle ingesloten patiënten een volledige follow-up beschikbaar? Indien nee: selectieve loss-to-follow-up voldoende uitgesloten? .	+
7. Zijn alle ingesloten patiënten geanalyseerd in de groep waarin ze waren gerandomiseerd?	?
8 Zijn de groepen, afgezien van de interventie, gelijk behandeld?	+
9. Is selectieve publicatie van resultaten voldoende uitgesloten?	+
10. Is ongewenste invloed van sponsors voldoende uitgesloten?	+

(naar: Inleiding in evidence-based medicine, Bohn Stafleu van Loghum 2014)

II Wat zijn de resultaten?

- Is er een adequate beschrijving van de gebruikte methode en gegevens te verzamelen? De effecten werden opgemeten door verandering in het handelen in aandachtsmeting. De onderzoekers gebruikten Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT) en er werd geëvalueerd door SPC.

- Zijn de methoden om gegevens te analyseren geschikt, duidelijk beschreven en worden ze verantwoord?

Er wordt uitleg gegeven over de gekozen assessments, onderzoekers en training methodes. Ze hebben een overzicht van acute fase en subacute fase met een studie schema en studie meting. Ook is de manier van analyse van het onderzoek in het artikel beschreven.

- Wat zijn de belangrijkste resultaten?

Beide behandeltrajecten hebben een verhoogde effectiviteit van de revalidatie in tegenstelling de standaard revalidatie. Deze studie draagt bij aan informatie cognitieve revalidatie gericht op aandacht voor de acute fase (- 4 maanden) en de subacute fase (4- 12 maanden) gericht op de bijwerkingen in activiteitsniveau en re-integreren op het werk. Op welke momenten het inzetten van de verschillende assessments?

- Hoe significant zijn de resultaten?

De werkelijkheid is dat er een intensief revalidatietraject is geweest. Hierbij kregen de deelnemers intensieve begeleiding, dit kan niet worden afgezet tegenover economische kosten van een werkelijk revalidatietraject van 4 maanden tot 1 jaar.

(Naar: McMaster University 2002; Taylor, 2000, 5: CEBM, 2005; www.cebm.net (EBM: RCT Critical Appraisal Sheet)

TOEPASBAARHEID

Toepasbaarheid	Commentaar
1. Overeenkomst van de patiënten in het onderzoek met de eigen patiënt(en)	Er komt naar voren dat APT te gebruiken is voor de screening van patiënten met NAH of stroke. Ook APT binnen de acute fase van < 4 maanden intensief.
2. Haalbaarheid in de eigen praktijkvoering	Binnen de revalidatie van de patiënten kan er keuze zijn van twee trajecten. De start is aandachtstraining 5-6 weken bij de patiënten. Daarna behandeltraject keuze maken voor aandachtstraining of activiteit-based (werk en activiteitsniveau).
3. Voor en nadelen van behandeling voor de patiënt	Het voordeel is dat het een protocol is dat zou kunnen worden gevolgd. Het nadeel is dat niet bekend of het te realiseren is binnen de huidige uren binnen de cognitieve revalidatie.
4. Verwachtingen, voorkeuren en waarderingen van uw patiënt	N.v.t.

(naar: Inleiding in evidence-based medicine, Bohn Stafleu van Loghum 2014)

Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group

Naam beoordelaar: Esmeralda Muller.

Datum 6-4-2017

Titel: Cognitive training in home environment. (2004)

Auteurs: I.-L. BOMAN, M. LINDSTEDT, H. HEMMINGSSON and A. BARTFAI

Criteria	Yes	No	Other
1. Was the study question or objective clearly stated?	YES		
2. Were eligibility/selection criteria for the study population prespecified and clearly described?	YES		
3. Were the participants in the study representative of those who would be eligible for the test/service/intervention in the general or clinical population of interest?	YES		
4. Were all eligible participants that met the prespecified entry criteria enrolled?	YES		
5. Was the sample size sufficiently large to provide confidence in the findings?	YES		
6. Was the test/service/intervention clearly described and delivered consistently across the study population?	YES		
7. Were the outcome measures prespecified, clearly defined, valid, reliable, and assessed consistently across all study participants?	YES		
8. Were the people assessing the outcomes blinded to the participants' exposures/interventions?	NO		
9. Was the loss to follow-up after baseline 20% or less? Were those lost to follow-up accounted for in the analysis?	YES		
10. Did the statistical methods examine changes in outcome measures from before to after the intervention? Were statistical tests done that provided p values for the pre-to-post changes?			CD
11. Were outcome measures of interest taken multiple times before the intervention and multiple times after the intervention (i.e., did they use an interrupted time-series design)?	YES		
12. If the intervention was conducted at a group level (e.g., a whole hospital, a community, etc.) did the statistical analysis take into account the use of individual-level data to determine effects at the group level?			NA

*By other: CD, cannot determine; NA, not applicable; NR, not reported

Quality Rating (Good)
Additional Comments (If POOR, please state why):

(Naar: National Institutes of health 2014)

Critical Appraisal of a Case Study

Naam beoordelaar: Esmeralda Muller.

Datum 6-4-2017

Titel: Let the games begin: A preliminary study using Attention Proces Training-3 and LumosityTM brain games to remediate attention deficits following traumatic brain injury.(2013)

Auteurs: Samantha Zickefoose, Karen Hux, Jessica Brown & Kartina Wulf.

Critical Appraisal of a Case Study Appraisal questions	Yes	Can't tell	No
1. Did the study address a clearly focused question / issue?	x		
2. Is the research method (study design) appropriate for answering the research question?	x		
3. Are both the setting and the subjects representative with regard to the population to which the findings will be referred?		x	
4. Is the researcher's perspective clearly described and taken into account?	x		
5. Are the methods for collecting data clearly described?	x		
6. Are the methods for analyzing the data likely to be valid and reliable? Are quality control measures used?	x		
7. Was the analysis repeated by more than one researcher to ensure reliability?	x		
8. Are the results credible, and if so, are they relevant for practice?	x		
9. Are the conclusions drawn justified by the results?	x		
10. Are the findings of the study transferable to other settings?	x		

(Naar: Adapted from Crombie, The Pocket Guide to Critical Appraisal; the critical appraisal approach used by the Oxford Centre for Evidence Medicine, checklists of the Dutch Cochrane Centre, BMJ editor's checklists and the checklists of the EPPI Centre.)

Critical Appraisal of a Case Study

Naam beoordelaar: Esmeralda Muller.

Datum 6-4-2018

Titel: Rehabilitation of attention two patients with traumatic brain injury by means of 'attention process training'

Auteurs: SERGIO PERO, CHIARA INCOCCIA, BARBARA CARACCILO,
PIERLUIGI ZOCCOLOTTI, & RITA FORMISANO

Critical Appraisal of a Case Study Appraisal questions	Yes	Can't tell	No
1. Did the study address a clearly focused question / issue?	x		
2. Is the research method (study design) appropriate for answering the research question?	x		
3. Are both the setting and the subjects representative with regard to the population to which the findings will be referred?	x		
4. Is the researcher's perspective clearly described and taken into account?	x		
5. Are the methods for collecting data clearly described?	x		
6. Are the methods for analyzing the data likely to be valid and reliable? Are quality control measures used?	x		
7. Was the analysis repeated by more than one researcher to ensure reliability?			x
8. Are the results credible, and if so, are they relevant for practice?	x		
9. Are the conclusions drawn justified by the results?	x		
10. Are the findings of the study transferable to other settings?	x		

(Naar: Adapted from Crombie, The Pocket Guide to Critical Appraisal; the critical appraisal approach used by the Oxford Centre for Evidence Medicine, checklists of the Dutch Cochrane Centre, BMJ editor's checklists and the checklists of the EPPI Centre.)

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of ***cross-sectional studies***

Item	Recommendation
No	

Title and abstract	1	(a) Title: Evaluation of Attention Process Training and Brain Injury Education in Persons with Acquired Brain Injury. (b) Veertien patiënten met verworven hersenletsel hadden aandachtsproblemen en geheugenproblemen, deze patiënten kregen 10 weken aandachtprocestraining(APT) en tien weken educatie over hersenletsel. Er werden neurologische testen en gestructureerde interviews afgenomen. Alles werd afgenomen voor en na de behandelingen Om een beeld te krijgen van de invloed van de interventies op de taken van het dagelijks leven en de prestaties op het bepalen van aandachtsnetwerken waarbij waakzaamheid, oriëntatie, en uitvoerende functie. De resultaten waren dat patiënten verbeterden in de meeste gevallen. APT zorgde voor zelfrapportage van de cognitieve functies en had een sterkere invloed op de prestaties van de uitvoerend aandachttaken dan werd gevonden met bij hersenletsel educatie therapie. Waakzaamheid en oriënterende netwerken toonde weinig specifieke verbetering als gevolg van de behandeling. Hersenletsel educatie therapie leek het meest effectief in het verbeteren van zelfrapportage van psychosociale functie te zijn.
Introduction		
Background/rationale	2	Ja, de aanleiding voor het onderzoek beschreven uit "recentelijk onderzoek" komt naar voren dat APT resulteerde in aanleren van nieuwe vaardigheden.
Objectives	3	Gestelde onderzoeksvragen uit het artikel: "How will APT compare with education in influencing the reports of patients and caregivers on patient performance in naturalistic settings? (2) Which brain networks will benefit the most from APT and/or education? (3) Will responses to APT and the information reveal insights about the effects of practice? (4) Will patients' responses to practice and/or APT differ based on their vigilance ability?"
Methods		
Study design	4	Deze studie combineerde kenmerken van zowel tussen als binnen onderwerp onderzoeksmethodologie. De basis van het onderzoek is twee groepen. De deelnemers werden willekeurig toegewezen in groep A of B.
Setting	5	Er wordt omschreven dat de deelnemers drie weken getest werden. Er is omschreven binnen de 10 weken, wanneer het heeft plaatsgevonden. De setting is binnen de revalidatie door verwijzing van lokale behandelaars. Elke deelnemer kreeg een uur therapie per week.
Participants	6	De deelnemer moeten tussen 18-60 jaar zijn. Ook moet een arts aantoonbaar hersenbeschadiging aan kunnen vaststellen. Meer als een jaar geleden. Zij moeten de Engelse taal beheersen; psychiatrische voorgeschiedenis, of leermoeilijkheden. Aantoonbare aandachtsproblemen door neurologische testen. Etc.

Variables	7	Uitwerking van verschillende neurologische testen. (1 ^e keer, 2 ^e keer en laatste keer).
Data sources/ measurement	8*	De verschillende meet momenten worden uitgebreid beschreven.
Bias	9	Niet duidelijk terug te vinden in methode
Study size	10	De onderzoekers beschrijven de manier van het afnemen van gestructureerde interviews met een onafhankelijke onderzoeker die het checkt.
Statistical methods	11	De resultaten zijn georganiseerd in twee secties. In het eerste deel, onderzoeken we het bewijs voor algemene verbeteringen die specifiek zijn voor de twee interventies. We maken gebruik van eerst een subjectieve mate van verbetering. Het aantal en de soorten bewegingen tijdens de gestructureerde interviews worden gemeld. In het tweede deel, proberen we hersenen netwerken die gevoelig zijn voor de effecten van APT te identificeren. We gebruikten de resultaten van neuropsychologische tests die werden uitgevoerd door de patiënten in de pretest sessie, na de eerste ingreep, en na de tweede ingreep. Dezelfde tests werden driemaal toegediend, vandaar dat eventuele wijzigingen in de prestaties het gevolg kunnen zijn van de praktijk effecten. Wegens het effect van herhaald oefenen tegen de gevolgen van interventie voerden we twee verschillende analyses uit. De eerste analyse werd gekeken naar de testprestaties over de drie sessies, ongeacht het type interventie. Een hoofdeffect van de praktijk in deze analyse zou worden aangetoond door verbeterde patiëntenzorg prestaties in latere sessies, ongeacht het type interventie. De tweede analyse onderzocht het specifieke effect van de interventie. In deze analyse gebruikten we verschil scores tussen prestaties aan het begin van een bepaald type interventie en de prestaties na de desbetreffende interventie
Results		
Participants	12*	(a) Er sprake van vergelijking per groep (APT of educatie)
Descriptive data	13*	(a) Er wordt beschreven welke vooruitgangen de deelnemers hebben doorgemaakt.
Outcome data	14*	De uitkomsten worden nog in het kort beschreven in de samenvatting.
		De uitkomsten werden per thema beschreven door de onderzoekers (executieve network, effect of APT)
Other analyses	16	Er werd gebruik gemaakt van sensitieve meting
Discussion		
Key results	17	Uit het artikel: "APT influenced self-reports of cognitive function and had a stronger influence on performance of executive attention tasks than was found with the brain injury education therapy. Vigilance and orienting networks showed little specific improvement due to therapy. However, vigilance level influenced the improvement with therapy on some

		tests of executive attention. We consider the implications of these results for future studies of the locus of attentional improvement and for the design of improved interventions”
Limitations	18	Ze geven de beperkingen om in de toekomst meer onderzoek te doen naar grote groepen. Ook kwamen de twee groepen niet overeen met elkaar (opleidingniveau, leeftijd, demografisch gegevens). Verder is blind onderzoek van groep en behandelaar van belang en ook meer klinische onderzoeken in de toekomst.
Interpretation	19	Ze maken een koppeling naar eerdere studies over het onderwerp. Ze koppelen hun bevindingen aan hun huidige onderzoek.
Generalisability	20	Ze geven aan dat het kleinschalig onderzoek is geweest. Dat het training effect heeft op de deelnemers.
Other information		
Funding	21	Ze geven verwijzingen naar andere artikelen.

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at(www.strobe-statement.org, z.d).

Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group

Naam beoordelaar: Esmeralda Muller.

Datum 9-5-2017

Titel: Training of selective attention in work-active stroke patients (2015).

Auteurs: Starovasnik Zagavec, B., Lesnik, V.M. & Goljar, N.

Criteria	Yes	No	Other
1. Was the study question or objective clearly stated?	YES		
2. Were eligibility/selection criteria for the study population prespecified and clearly described?	YES		
3. Were the participants in the study representative of those who would be eligible for the test/service/intervention in the general or clinical population of interest?	YES		
4. Were all eligible participants that met the prespecified entry criteria enrolled?	YES		
5. Was the sample size sufficiently large to provide confidence in the findings?		NO	
6. Was the test/service/intervention clearly described and delivered consistently across the study population?	YES		
7. Were the outcome measures prespecified, clearly defined, valid, reliable, and assessed consistently across all study participants?	YES		
8. Were the people assessing the outcomes blinded to the participants' exposures/interventions?	NO		
9. Was the loss to follow-up after baseline 20% or less? Were those lost to follow-up accounted for in the analysis?			CD
10. Did the statistical methods examine changes in outcome measures from before to after the intervention? Were statistical tests done that provided p values for the pre-to-post changes?	YES		
11. Were outcome measures of interest taken multiple times before the intervention and multiple times after the intervention (i.e., did they use an interrupted time-series design)?	YES		
12. If the intervention was conducted at a group level (e.g., a whole hospital, a community, etc.) did the statistical analysis take into account the use of individual-level data to determine effects at the group level?			NA

*By other: CD, cannot determine; NA, not applicable; NR, not reported

Quality Rating: Poor
Additional Comments (If POOR, please state why): Een kleine steekproef van 11 patiënten, hierdoor kunnen er geen belangrijke uitspraken gedaan worden.

(Naar: National Institutes of health 2014)

Review- AMSTAR

INCOG Recommendation For Management of Cognition Following TBI, PART II: Attention and Information Processing Speed (2014).

AMSTAR – a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews.

1. Was an 'a priori' design provided?

The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.

Note: Need to refer to a protocol, ethics approval, or pre-determined/a priori published research objectives to score a “yes.”

- ☐ **Yes**
- ☐ No
- ☐ Can't answer
- ☐ Not applicable

2. Was there duplicate study selection and data extraction?

There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.

Note: 2 people do study selection, 2 people do data extraction, consensus process or one person checks the other's work.

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ **Can't answer**
- ☐ Not applicable

3. Was a comprehensive literature search performed?

At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g., Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.

Note: If at least 2 sources + one supplementary strategy used, select “yes” (Cochrane register/Central counts as 2 sources; a grey literature search counts as supplementary).

- ☐ Yes
- ☐ **No**
- ☐ Can't answer
- ☐ Not applicable

4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?

The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.

Note: If review indicates that there was a search for “grey literature” or “unpublished literature,” indicate “yes.” SIGLE database, dissertations, conference proceedings, and trial registries are all considered grey for this purpose. If searching a source that contains both grey and non-grey, must specify that they were searching for grey/unpublished lit.

- ☐ Yes
- ☐ **No**
- ☐ Can't answer
- ☐ Not applicable

5. Was a list of studies (included and excluded) provided?

A list of included and excluded studies should be provided.

Note: Acceptable if the excluded studies are referenced. If there is an electronic link to

the list but the link is dead, select “no.”

- ☐ Yes
- ☐ **No**
- ☐ Can't answer
- ☐ Not applicable

6. Were the characteristics of the included studies provided?

In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g., age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.

Note: Acceptable if not in table format as long as they are described as above.

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ **Can't answer**
- ☐ Not applicable

7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?

'A priori' methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.

Note: Can include use of a quality scoring tool or checklist, e.g., Jadad scale, risk of bias, sensitivity analysis, etc., or a description of quality items, with some kind of result for EACH study (“low” or “high” is fine, as long as it is clear which studies scored “low” and which scored “high”; a summary score/range for all studies is not acceptable).

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Can't answer
- ☐ Not applicable

8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?

The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.

Note: Might say something such as “the results should be interpreted with caution due to poor quality of included studies.” Cannot score “yes” for this question if scored “no” for question 7.

- ☐ **Yes**
- ☐ No
- ☐ Can't answer
- ☐ Not applicable

9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?

For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e., Chi-squared test for homogeneity, I²). If heterogeneity

exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e., is it sensible to combine?).

Note: Indicate “yes” if they mention or describe heterogeneity, i.e., if they explain that they cannot pool because of heterogeneity/variability between interventions.

- ☐ **Yes**
- ☐ No

- ☐ Can't answer
- ☐ Not applicable

10. Was the likelihood of publication bias assessed?

An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test, Hedges-Olken).

Note: If no test values or funnel plot included, score “no”. Score “yes” if mentions that publication bias could not be assessed because there were fewer than 10 included studies.

- ☐ **Yes**
- ☐ No
- ☐ Can't answer
- ☐ Not applicable

11. Was the conflict of interest included?

Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.

Note: To get a “yes,” must indicate source of funding or support for the systematic review AND for each of the included studies.

- ☐ **Yes**
- ☐ No
- ☐ Can't answer
- ☐ Not applicable

INCOG Recommendation For Management of Cognition Following TBI received an Amstar score of **5/11**

(Naar: Shea et al. BMC Medical Research Methodology 2007 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10 Additional notes (in italics) made by Michelle Weir, Julia Worswick, and Carolyn Wayne based on conversations with

Bev Shea and/or Jeremy Grimshaw in June and October 2008 and July and September 2010).

Meta-Analyse (Systematische Review)

Effectiveness of Attention Rehabilitation After an Acquired Brain Injury: a Meta Analysis(2001)
Norman W. Park & Janet L. Ingles (Cornelis Nakijken)

Vraag 1: Vraagstelling

Het effect van aandacht revalidatie na Niet Aangeboren Hersenletsel.

Vraag 2: Zoekactie

In o.a. de databank Medline en PsyLIT . Daarbij staat het gekozen jaartal en datum beschreven. De geselecteerde trefwoorden staan ook beschreven.

Vraag 3: Selectie

Er staat beschreven welke studies uitgekozen werden. Daarbij stond ook gelijk de beschreven welke selectiecriteria werden gehanteerd.

Vraag 4: Kwaliteitsbeoordeling

Voor de kwaliteit werd er gekozen van calculatie index van Hege's (1982). Ook het gebruik van DSTAT, een software pakket voor meta analyse calulations.

Vraag 5: Data-extractie

Alle artikelen zijn apart beoordeeld in het onderzoek. Tevens worden de kernmerken, respondenten en training kernmerken weergegeven.

Vraag 6: Combineren van resultaten

Er wordt een analyse gekozen van effect sizes. Daarbij wordt het effect omschreven per cognitieve functies, aandachtsmetingen en voor- en na-controle metingen. Ook worden de uitvoering en verandering vormgegeven in een tabel met ook het Coïncidence interval en reaction time.

Vraag 7: de resultaten

De resultaten worden beschreven om antwoord te geven op de onderzoeksvraag.

Vraag 8: de conclusie

In de conclusie staan aanbevelingen en beperking van het onderzoek.

(Naar: Checklist Systematische Review, *Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en toepassing*. Den Haag: Lemma.)

BIJLAGE 3: GEKOZEN ARTIKELEN

Bij onderzoeksvraag 1 was de volgende literatuur geselecteerd:

1. Reducing attention deficits after stroke using attention process training: a randomized controlled trial (2009)
2. Let the games begin: a preliminary study using attention process training-3 and Lumosity™ brain games to remediate attention deficits following traumatic brain injury(2013).
3. The protocol and design of a randomised controlled study on training of attention within the first year after acquired brain injury(2014).
4. Effectiveness of attention rehabilitation after an acquired brain injury: a meta-analysis(2001).
5. Cognitive training in home environment(2004).
6. Evaluation of attention process training and brain injury education in persons with acquired brain injury(2000).
7. Training of selective attention in work-active stroke patients(2015).
8. Rehabilitation of attention in two patients with traumatic brain injury by means of 'attention process training'(2006).'
9. INCOG Recommendations for Management of Cognition Following Traumatic Brain Injury, Part II: Attention and Information Processing Speed (2014).
10. Ergotherapie Richtlijn CVA (Steultjens et al., 2013).

Binnen de onderzoeksvraag 2 was de volgende literatuur geselecteerd:

1. Cognitive training in home environment(2004).
2. Rehabilitation of attention in two patients with traumatic brain injury by means of 'attention process training'(2006).
3. Reducing attention deficits after stroke using attention process training: a randomized controlled trial (2009).
4. Training of selective attention in work-active stroke patients(2015).
5. The protocol and design of a randomised controlled study on training of attention within the first year after acquired brain injury(2014).
6. Cognitive training approaches to remediate attention and executive dysfunction after traumatic brain injury: A single-case series(2016).
7. Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet Aangeboren Hersenletsel (Rasquin et al., 2007).

Binnen onderzoeksvraag 3 w de volgende literatuur geselecteerd:

1. Cognitieve Revalidatie Therapie: Ergotherapeutische Benadering (van Schouwen, 2015).
2. Training of selective attention in work-active stroke patients (2015).
3. Cognitive training in home environment(2004)
4. Cognitive training approaches to remediate attention and executive dysfunction after traumatic brain injury: A single-case series(2016).
5. Evaluation of attention process training and brain injury education in persons with acquired brain injury(2000).

BIJLAGE 4: SELECTIECRITERIA VOOR DE RESPONDENTEN

In samenspraak met de opdrachtgever zijn de volgende selectiecriteria opgesteld:

Respondenten	Eisen
Psychologen (onderzoekers)	- hebben kennis over procestraining en/of computertraining - zijn werkzaam met patiënten met CVA en/of niet aangeboren hersenletsel (NAH)
Ergotherapeuten	- moeten CPCRT-certificaat hebben - hebben kennis over procestraining en/of computertraining - zijn werkzaam met patiënten met CVA en/of niet aangeboren hersenletsel - zijn werkzaam binnen de cognitieve revalidatietherapie

BIJLAGE 5: BENADERDE RESPONDENTEN

Tabel 1. Niet- deelnemende respondenten met reden

Beroep	Instelling	Reden
Ergotherapeut	Eerstelijns Praktijk	Geen tijd.
Ergotherapeut	Eerstelijns Praktijk	Geen tijd.
Ergotherapeut	Revalidatiecentrum	Ergotherapeut maken geen gebruik van procestraining aangezien nog niet is aangetoond dat dit een meerwaarde heeft.
Ergotherapeut	Eerstelijns Praktijk	Vanwege gezondheidsproblemen geen deelnamen aan het onderzoek.
Ergotherapeut	Verpleeghuis	Wisseling van setting. Hierdoor niet meer aanraking met de doelgroepen.
Ergotherapeut	Eerstelijns Praktijk	Ergotherapeut geeft aan dat niet een effectieve interventie is, vanuit de wetenschap aangetoond.
Onderzoeker Psycholoog	Revalidatiecentrum	Heeft bijzonder verlof weer aanwezig per augustus.
Ergotherapeut	Revalidatiecentrum	Geen respons
Ergotherapeut	Eerstelijns praktijk	Geen tijd
Ergotherapeut	Ziekenhuis	Geen respons
Ergotherapeut	Revalidatiecentrum	Wilde deelnemen aan het onderzoek, maar niet gelukt om een afspraak te maken binnen het tijdsbestek
Ergotherapeut	Ziekenhuis	Geen respons
Ergotherapeut	Revalidatiecentrum	Geen tijd
Ergotherapeut	Verpleeghuis	Wilde wel deelnemen aan het onderzoek, maar niet gelukt om een afspraak te maken binnen het tijdsbestek.

BIJLAGE 6: TOESTEMMINGSFORMULIER (INFORMED CONSENT)

Onderzoekstitel: *Welk effect heeft procestraining/computertraining op CVA patiënten binnen de cognitieve revalidatie therapie?*

Onderzoeker: E. Muller

Ik geef toestemming voor deelname aan het onderzoek:

- Ik heb voldoende informatie over het onderzoek gehad.
- Ik heb kennis dat mijn gegevens zullen worden geanonimiseerd in het onderzoek.
- Ik ben mij ervan bewust dat het onderzoek uitgevoerd wordt voor de opdrachtgever Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam. Zij zijn nauw betrokken in het onderzoek.
- Ik stem vrijwillig in voor deelname aan het onderzoek.
- Ik kan op ieder moment ervoor kiezen om niet meer deel te nemen aan het onderzoek.
- Ik geef toestemming voor het opnemen van het interview.
- Ik geef toestemming dat mijn gegevens anoniem worden meegenomen in het onderzoek.
- Ik geef wel/geen toestemming om de gegevens te bewaren na afloop van het onderzoek (voor maximaal 5 jaar voor bewaren). * *Doorhalen wat niet van toepassing is.*

Ik verklaar op ..-05-2017 voldoende geïnformeerd te zijn voor het onderzoek.

Naam deelnemer:

Plaats:

Handtekening(digitaal) :

Invullen door de onderzoeker

De onderzoeker zal zorgen voor voldoende informatie te verstrekken naar de deelnemende respondent. Indien er vragen zijn zullen deze beantwoord worden door de onderzoeker. Als de respondent niet meer deel wil nemen aan het onderzoek, zijn er geen consequents aan verbonden.

Naam onderzoeker: E. Muller

Plaats: Rotterdam

Datum: 1-5-2017

Handtekening(digitaal): Esmeralda Muller

Bijlage 7: Interviewprotocol

Vooraf zijn toestemmingsformulieren gestuurd naar de betreffende respondenten.

Algemene informatie

Datum:	Respondent:
Starttijd:	Eindtijd:
Afname:	Persoonlijk gesprek/ telefonisch
Plaats van afname	

Doel: Verzamelen van uw ervaring met procestraining/computertraining bij CVA patiënten met aandachtsproblemen.

Fase 1: Op gemak stellen

- Algemeen gesprek over de locatie of over het weer
- Uitleg geven over het onderzoek

(o.a.) duur van het interview 15 – 30 minuten, onderzoeksmethodes, gegevensverwerking

- Zijn er nog vragen over het onderzoek?
- Benoemen dat de informatie vertrouwelijk behandeld wordt en anoniem zal worden verwerkt. Geeft u mondelinge toestemming voor het opnemen van het interview?

➔ **Actie:** *Inschakelen van opnameapparatuur*

Fase 2: Openingsvragen

- Kunt u iets vertellen over uw eigen functie en werkzaamheden binnen uw instelling?

Fase 3: Doorvragen

In het semigestructureerd interview zal er worden doorgevraagd, samengevat en geparafraseerd om verdieping binnen het onderzoek te creëren. Tevens is het van belang om te luisteren en achteraf de informatie te checken bij de respondent.

Fase 4: Interview protocol

Deelvraag + Topic	Vragen	Voor wie?
Algemeen Topic: <i>Setting</i>	Kunt u iets vertellen over uw setting? Hoelang bent u al CRT therapeut?	Ergo/Psy
Algemeen Topic: <i>Doelgroep</i>	Kunt u iets in het kort vertellen over uw patiënten? Met welke patiënten komt u in aanraking? Hoe vaak ziet u (CVA) patiënten per week? Hoe lang bent u al werkzaam met patiënten? Aan welke voorwaarden moeten patiënten voldoen om procestraining te krijgen?	Ergo/Psy
Algemeen Topic: <i>aandachtsproblemen</i> <i>(Vervallen thema)</i>	Welke beperkingen of problemen ervaren patiënten door de aandachtsproblemen? Welke vormen van aandachtproblemen komt u tegen?	Ergo/Psy
Welke middelen worden ingezet bij procestraining in de behandeling en hoe kan procestraining worden uitgevoerd? Topic: <i>Procestraining</i>	Welke doelen hoort u van de patiënten? Hebt u voorbeelden van doelstellingen van patiënten? Hoe gebruikt u procestraining? En waarom? Hoe vaak zet u procestraining in? Op welke manier past u procestraining toe binnen uw setting? Zou u procestraining meer of minder willen gebruiken? Wanneer kiest u voor het inzetten van procestraining? Gebruikt u procestraining bij alle patiënten met aandachtsproblemen of kiest u voor specifieke situaties?	Ergo/psy

	Waar vindt het oefenen allemaal plaats, thuis of tijdens therapietijd? Hoe wordt het vormgegeven in groepsverband of op individuele basis? Hoe zien de behandelsessies er globaal uit bij de patiënten? Welke andere benaderingswijzen naast procestraining gebruikt u binnen een behandelsessie?	
Welke middelen worden ingezet bij procestraining in de behandeling en hoe kan procestraining worden uitgevoerd? Topic: <i>Computertraining</i>	Hoe gebruikt u computertraining? Hoe vaak zet u computertraining in? (hoeveel weken en uren) Welke computerprogramma's gebruikt u? Welke therapeuten of personen zijn betrokken bij computertraining?	Ergo/psy
Welke middelen worden ingezet bij procestraining in de behandeling en hoe kan procestraining worden uitgevoerd? Topic: <i>Programma's</i>	Kunt u vertellen welke programma's voor u bekend zijn? Welke programma's zet u in bij patiënten? En waarom? Welke voorkeur heeft u voor programma's? Kunt u voor- en nadelen van verschillende programma's benoemen? Op welke manier legt u dit uit aan de patiënten? Hoe oefent u dit/deze programma ('s) met de patiënt(en)? Hoeveel uur zijn de patiënten ermee bezig geweest? Op welke manier ervaart de patiënt de behandeling?	Ergo/psy
Welk effect heeft procestraining op het verbeteren van aandachtsproblemen op functieniveau? Topic: <i>Effect en resultaten</i>	Welke effecten/resultaten behaalt u bij de patiënten? Welk effect is er zichtbaar op functieniveau bij de patiënt? Zijn er resultaten zichtbaar in het verminderen van de aandachtsproblemen? Kunt u ook benoemen welke vormen van aandacht verbeterd zijn? Welk effect is zichtbaar op activiteiten- en participatieniveau? Kunt u een voorbeeld benoemen van een resultaat/effect op participatieniveau?	Ergo/Psy
Hoe kan procestraining worden generaliseerd naar het activiteiten- en participatieniveau? Topic: <i>Generaliseren en toepasbaarheid</i>	Hoe generaliseren therapeuten procestraining naar de praktijk? Is er nog een onderscheid te maken tussen activiteiten- en participatieniveau? Hoe kan procestraining worden toegepast in de cognitieve revalidatie? Welke vaardigheden zou een therapeut moeten beheersen om procestraining te geven? Zouden alle therapeuten binnen de revalidatie procestraining moeten gebruiken?	Ergo/Psy
Welk effect heeft procestraining op het verbeteren van aandachtsproblemen op functieniveau? Topic: <i>Ontwikkeling en bewijskracht</i>	Vanuit welke onderbouwing gebruikt u procestraining? Hoe zorgt u ervoor dat u op de hoogte blijft van de ontwikkelingen binnen procestraining? Welke ontwikkeling merkt u momenteel?	Ergo/Psy

Fase 5: Afronden

- Heeft u zelf nog toevoegingen op vragen binnen het onderzoek?

- Een korte samenvatting geven van het gesprek.
- Heeft u nog vragen?
- Bedanken voor deelname aan het onderzoek.
- Het achterlaten van contactgegevens
- Heeft u interesse voor het lezen van uw eigen transcript van u interview?
- Navragen voor interesse om het eindproduct te ontvangen

BIJLAGE 8: THEMA'S

De thema's van de ergotherapeuten en de onderzoekspsychologen weergegeven.

8.1 ERGOTHERAPEUTEN

Thema doelgroep Labels - Doelgroep - Problemen				
Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Eerstelijns praktijk	Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Revalidatie afdeling	Respondent: Revalidatie afdeling
<i>"Ik heb dus alleen maar neuro-patiënten in behandeling. En vooral patiënten die cognitief aangedaan zijn."</i>	<i>De meeste mensen die ik zie zijn toch vanuit het ziekenhuis doorgestuurd met CVA's. Ik krijg ook steeds meer mensen die in het verleden een CVA hebben doorgemaakt. Maar toch in het werk bijvoorbeeld tegen zakken aanlopen. De volle emmer, vol</i>	<i>Dus wij zien ook alle doelgroepen maar we zien voornamelijk de doelgroep, mensen met hersenletsel waarin mensen met een beroerte wel de grootste club mensen is.</i>	<i>De afdeling waar de CVA-patiënten revalideren voor terug te keren naar huis.</i>	<i>Ik heb eigenlijk in alle verpleeghuizen en revalidatiecentra gewerkt, maar wel allemaal de doelgroep CVA tegen gekomen ben, maar wel allemaal volwassen of ouderen</i>

	<i>hoofd gevoel, concentratie problemen hoor ik vaak. Dat is ook bij kindjes, met ADHD over allerlei problematiek. Waaruit ik toch onze principe van CRT erbij pak.</i>			
<i>Wij zien CVA patiënten, maar dat is 50/50 want ook veel hersenletsels en de rest komt niet zo vaak voor. De meeste mensen komen hier op cognitieve revalidatie en blijven hier zo'n 3 tot 6 maanden in poliklinische behandeling.</i>	<i>Ja, soms.. Wat ik veel hoor is volle hoofd gevoel. Het niet zo goed prikkels die niet toe doen kunnen elimineren. Dat krijg ik vaak.. Dus als ik hier is het niet hier is niet.. echt prikkelrijk. Toch gaan ze met van alles aan de haal. Dat krijg ik vaak als vraag. Het niet meer op verjaardagen kunnen zitten, de mensen om hun heen of op het werk. Dat zijn wel problemen die te maken hebben met</i>	<i>Ik zie mensen poliklinisch, dus mensen slapen wel thuis en komen naar mij toe voor behandeling en de hulpvragen van patiënten zijn echt heel divers van "ik wil weer terug naar mijn werk", als "ik wil mijn hobby weer oppakken", maar "mijn geheugen is zo achteruit gegaan, ik weet niet zo goed hoe ik daar mee om moet gaan." Dus, het is echt van alles en nog wat wat ik tegen kom</i>	<i>In ieder geval in het Verpleeghuis, maar ja, de keuze is vooral, specifiek CVA-afdeling,</i>	<i>Heel veel problemen..</i>

	<i>aandacht. Ook soms ook het gevoel hebben dat dingen ook heftiger binnen komen dan pak ik juist weer SI-therapie erbij. Om toch te kijken hoe gaat die prikkel verwerking.</i>			
<i>Ja vasthouden van aandacht op langere tijd. Echt dat volhouden.</i>		<i>Als ze 2 of 3 therapieën achter elkaar hebben dat de laatste therapie gewoon langs hun heen gaat, dat ze dat niet meer kunnen opslaan. Ja, dat is wat ik het meeste merk in de praktijk hier</i>	<i>Niet volledig waarnemen van de ruimte om hun heen, niet volledig waarnemen van hun lichaam, nou ja, allerlei problemen tijdens het dagelijks handelen, dat klinkt logisch.</i>	
Respondent: Kliniek	Respondent: Extramuraal Instelling			
<i>Dat zijn dan CVA patiënten.. waarvan mensen niet aanspreekbaar zijn en subcomateus tot mensen die eigenlijk geen restverschijnselen hebben.</i>	<i>Dan werk ik met name in eerstelijns en met name met mensen die een CVA hebben gehad,</i>			

Thema Setting

Nummering	Setting	Aantal jaren ervaring met de doelgroep	Aantal maanden of jaren CRT-Certificaat
1. Ergotherapeut	Extramuraal buiten een instelling	12 jaar	1 jaar
2. Ergotherapeut	Ziekenhuis	18 jaar	1 jaar
3. Ergotherapeut	Verpleeghuis	9 jaar	3 jaar
4. Ergotherapeut	Revalidatiecentrum	13 jaar	2 jaar
5. Ergotherapeut	Extramuraal eerstelijns praktijk	10 jaar	7 jaar
6. Ergotherapeut	Revalidatiecentrum	7 Jaar	6 maanden
7. Ergotherapeut	Verpleeghuis	15 Jaar	6 maanden

Thema aandachtsproblemen

Labels

- Aandachtsproblemen

Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Eerstelijns praktijk	Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Revalidatie afdeling	Respondent: Revalidatie afdeling
"Nee ik kom nog veel meer tegen. Maar dat is eigenlijk alle vormen van aandacht. Selectieve aandacht, verdeelde aandacht"	Ja, de grootste problemen zitten toch op de selectieve aandachtsproblemen en echte problemen met gerichte aandacht zie ik binnen de eerstelijns niet. Zij komen eerder in de revalidatie of ziekenhuis terecht. Ik denk toch de selectieve aandachtsproblemen en het verdeelde aandacht stuk soms ook, voornamelijk werk gerichte vragen.	Ja, ik merk dat mensen bij mij zelf het eigenlijk allemaal als een geheugenprobleem benoemen, de aandachtsproblemen, terwijl als ik bijvoorbeeld hun geheugen train of test, dat ik denk van "nou, daar ligt het probleem niet, het ligt echt bij de aandacht." Dus, mensen benoemen bij mij het geheugen als, ja, het belangrijkste probleem door hun aandachtsproblemen, snel afgeleid zijn, de therapie niet goed vol kunnen houden, zeker niet als ze meerdere afspraken hebben op een dag, bijvoorbeeld als ze 2 of 3 therapieën achter elkaar hebben dat de laatste therapie gewoon langs hun heen gaat, dat ze dat niet	Ja, in ieder geval, wat ik net aanhaal, dat is dan de gerichte aandacht die er niet is voor een deel van de ruimte, dat kan visueel maar dat kan ook auditief zijn. Veel voorkomend is niveau selectieve aandachtsproblemen, dat de prikkeldemping niet goed werkt. Even denken, nou volgehouden aandacht daar ben ik niet zo bij betrokken, wisselende aandacht dat is voor mij niet, nee, die zie ik eigenlijk weinig, wel dat mensen traag wisselen maar dan, zolang het geen gevaar loopt ervaar ik dat niet als een probleem dat ik op moet pakken in de revalidatie. Ja, verdeelde aandacht, ja, dat moet je in het proces automatisch leren, dan ben je niet bezig met procestraining in ieder geval.	Wat je met aandachtsproblemen ziet is dat .. Wat wij geleerd hebben tijdens de CRT-scholing is dat de aandacht wel een voorwaarde is voor alle andere cognitieve processen. Dus ja, als er sprake is van aandachtsproblemen hoe klein die ook zijn. Dan zie je automatisch dat er eigenlijk ook wel problemen ontstaan op het gebied van geheugen, informatie verwerking, executieve processen en aandacht is wel heel erg één belangrijke vorm van voorwaarde voor de andere cognitieve processen. Dat is over het algemeen zie je wel hoe klein de CVA ook is dat je toch altijd, al is het maar "lichte mate"sprake is van aandachtsproblemen (

		meer kunnen opslaan. Ja, dat is wat ik het meeste merk in de praktijk hier.		
	Ik zie altijd wel verbetering, dus dan heeft het gewerkt. Dat is mijn logica.. bewijs het a.u.b. Ik denk dat ergotherapeuten het wel zouden kunnen toepassen. In combinatie altijd met het generalisatie in het dagelijks functioneren Ja, dat vind ik altijd wel om de een die is het vergeten, die gaat de deur uit en die niks meegedaan. Dan krijg ik dat dan terug; Oh ja. Dan weet je ook gelijk wat. De ander geef dan aan ik heb wel geprobeerd, maar het is saai of weet je wel. Je krijgt het altijd wel terug, wel	Ja, eigenlijk valt het me op dat ik wel alle vormen van aandacht tegenkom maar dat veel mensen de wisselende en de verdeelde aandacht wel als het grootste probleem hebben, in ieder geval wat ik merk in mijn therapie maar dat ik mensen zelf vaak hoor klagen over de volgehouden aandacht, dus dat ze gewoon te snel vermoeid zijn. Maar dat ik dan bijvoorbeeld merk tijdens de therapie dat ze zich wel kunnen blijven focussen op dat wat ik ze vraag maar dat ik ze dus achteraf hoor van “nou, ik was daarna wel heel erg moe”, of “ik kon niks meer”, of “ik heb de rest van de dag geslapen.”	Niet volledig waarnemen van de ruimte om hun heen, niet volledig waarnemen van hun lichaam, nou ja, allerlei problemen tijdens het dagelijks handelen, dat klinkt logisch.	Ja, echt volgehouden- tot aan wisselende- en verdeelde aandacht. Dan ligt het er wel aan natuurlijk hoe mensen bij mij terecht komen en binnen komen. Kijk mensen die na het ziekenhuis naar huis toe gestuurd worden, dat zijn over het algemeen wel patiënten die op hoger cognitief niveau functioneren, dus daar zie voornamelijk problemen met wisselende- en verdeelde aandacht. Hier zijn de mensen wel in huis hebben met volgehouden aandacht en functioneren wel op een lager niveau..(

	minimaal maar je krijgt het terug	Dus, ja, wat ik zie gebeuren is vooral de wisselende en de verdeelde aandacht en patiënten hebben het vooral over de vermoeidheid, dus de volgehouden aandacht.		
Respondent: Kliniek	Respondent: Extramuraal Instelling			
Het niet kunnen volhouden met wakker blijven, dat zijn mensen in de wat "slechtere categorie". Die mensen probeert je te mobiliseren om te kijken of ze een bepaalde periode in de stoel wakker kunnen zijn. En tot mensen die hier zijn en dan zeggen dat ze heel erg moe zijn. En activiteiten niet kunnen volbrengen. In het ziekenhuis is dat natuurlijk beperkt omdat mensen hier zijn opgenomen en dus niet deelnemen	De procestraining was het vergroten van de selectieve aandacht en ja,... is dat een antwoord op je vraag eigenlijk			

aan een of ander sociaal netwerk of leven of in een heel ver stadium, dus dat het voor mensen nog heel moeilijk.. zij kunnen niet zeggen dat het aan hun aandachtsproblemen is.				
Ik denk toch het merendeel gaat om de selectieve aandacht en de wisselende aandacht				

- Voorwaarden
- Inzetten
- Duur
- Behandeldoelen

Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Eerstelijns praktijk	Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Revalidatie afdeling	Respondent: Revalidatie afdeling
De motivatie is heel belangrijk. Want ik denk dat iemand er dagelijks mee aan de gang moet. Het liefst meerdere keren per dag. Soms is er ook hulp van een ander daarbij nodig. Net als met Brainwave, dan is er ook iemand anders bij nodig. Ik heb het ook wel eens gedaan dat ik oefeningen inspreek op een smartphone zodat de mensen het ook zelf kunnen doen, maar dat kan alleen bij de mensen die echt heel gemotiveerd zijn en zelf wel wat in huis hebben	Oeh, dat is altijd wel een lastige vind ik. Omdat je natuurlijk je moet een heldere diagnostiek doen, om te weten gaat procestraining aanslaan ja of nee? Je maakt natuurlijk na je diagnostiek maak je keuze van ga ik proces-trainen of ga ik meer naar het dagelijks handelen implementeren? Dus welke voorwaarden, naja dat ik mijn diagnostiek af heb. Dat is in ieder geval een voorwaarden. Wat ik verder belangrijk vind is dat er nog herstel	Nee, ik selecteer wel de patiënten omdat ik, als ik dit inzet, ik merk dat ik het nooit helemaal zo kan begeleiden van fase 1 tot en met 3, dus eigenlijk zoek ik een beetje de patiënten uit waarvan ik inschat dat ze uiteindelijk ook zelfstandig kunnen op een veilige manier doortrainen, omdat ik ze uiteindelijk ook los moet laten en er dan onvoldoende tijd voor heb om het helemaal af te ronden, zeg maar.	De patiënten met wie ik dat doe en dat zijn geen vaststaande criteria, dat zijn mensen die zelf hun tijd in kunnen delen en die zelf kunnen oefenen bij voorkeur, dus die ik huiswerk mee kan geven. Dat zijn de mensen waar ik in eerste instantie aan denk en inderdaad bij gebruik. Aan de andere kant zijn het ook mensen met wie ik het alleen tijdens therapie doe en dan gebruik ik een klein beetje procestraining om zo het geheel, meer als andere oefeningen, om erbij te doen, om hun proces te stimuleren	In principe ben ik ervan overtuigd dat je procestraining al vroeg.. vrij vroeg stadium van revalidatie kan inzetten. Dat je eigenlijk ook wel.. je moet eigenzins ook wel een mate van aandacht hebben, maar als iemand wakker kan zijn en informatie tot zich kan nemen kan er volgens mij wel worden gestart met procestraining

	mogelijk is. Dat ligt natuurlijk ook aan wat voor hersenletsel is er. Wat voor cognitief niveau is er gesteld? Dat speelt allemaal mee van ga ik procestraining ja of nee.			
Ja als iemand een lager cognitief niveau heeft, dan denk dat vooral die ondersteuning op de hulp. Iemand die meehelpt met het oefenen. Iemand die een hoger niveau heeft kan die dat zelf.	Ja. Als het cliënt er niet aan voldoet dan pak je een andere manier om hem toch te helpen. Dan pak je misschien niet procestraining	Nou, ik denk dat ik, ja, ik zet het eigenlijk wel.... iedere week heb ik zeker wel....iedere periode is er wel 1 patiënt waarmee ik procestraining doe, gewoon alleen procestraining om mee te starten. Dus ja, ik ben er nu wel heel erg mee bezig.	Het is ook nieuwe informatie voor mij en dat vraagt ook een gedragsverandering. Dus ja, efficiënt werkt het voor mij en de grootste kans van slagen is als je mensen hebt die zelf ook actief aan de slag kunnen gaan	Ja, Glasgow Coma Scale
Nee ik denk het eigenlijk niet. Zolang ze zelf ook maar een vertaal- slag naar het praktische krijgen. Dus wat doe je er vervolgens mee in je eigen thuis situatie. En of je daar nu CRT	Nou, ik zie het meer als een voorwaarde om weer verder te kunnen in het dagelijks handelen. Dus of ik meer doe.. Ik denk dat het al doe wanneer het nodig is. Het hoeft	Meer en ik zoek dan vooral naar de combinatie proces trainen, dat stukje eigenlijk een beetje los halen van de vele andere dingen en ook zoek ik naar "hoelang kan ik nou het beste proces trainen en	Ik vind dat je dat moet doen wat je cliënt nodig heeft en procestraining zou ik alleen doen als je er zelf zicht op hebt wat je ermee wilt bereiken. Ik zal nooit tegen mijn collega zeggen van "die oefening moet je nu gaan doen", als ik verder geen	Nou specifiek is bijvoorbeeld dat iemand zijn concentratie ene kwartier kan behouden of u merkt dat iemand zich niet kan concentreren, dus zet u het automatisch het in, omdat u weet dat een CVA-patiënt

geschoold voor moet zijn dat denk ik niet	van mij niet perse meer	wanneer ga ik over op een ander onderwerp bijvoorbeeld?”, omdat je ook beperkt bent in je tijd	zicht heb op die cliënt. Dat lijkt dan wel een leuke oefening maar ja, als je het verder niet in kan bedden met een achtergrond die ermee... dan blijft het ook maar een oefening in ieder geval. Je moet het vooral van je cliënt af laten hangen.	
Als ik denk 1 op de 10 patiënten, misschien net iets meer, 1 op de 5	Nee, want stelt dat bijvoorbeeld iemand komt binnen met een hersentumor in de laatste fase dan ga ik niet daarmee pesten. Het ligt aan de prognose aan het cognitieve niveau (kennis). Iemand moet zich wel bewust zijn van dat hij iets aan het trainen is. Dus dit zijn de voorwaarden.*	Ja, dat is een lastige. Nee, ik denk niet allemaal, nee	Op dit moment heb ik niemand met wie ik het doe. Ik gebruik nog incidenteel.	
Alle vormen van aandachtstraining geef ik minimaal een uur per dag of 2 x een	Je moet in ieder geval eigen rust kunnen bewaren. Je moet zelf niet een	Dat vind ik wel lastig... uiteindelijk merk ik dat het een beetje een ondergeschoven	Nou, 1 op de... ja, dan is het een beetje moeilijk te definiëren van “wat vind je dan procestraining?”,	Ja, ik denk wel met procestraining. Dat moet je wel heel frequent doen, “dagelijks eigenlijk doen”. Wil dat effect

half uur. Hangt een beetje af, 2 x een half uur zeker wel. Vooral als ik met lezen start, hoe lang die dat vol kan houden. Dan doe ik het iedere keer wat korter. Hangt er vanaf hoe ik het aanpak. Want bijvoorbeeld brainwave is veel langer. (	hele drukke prikkel zijn, vind ik. Dan ben je zelf al de verdeelde aandacht aan het spelen. Ik denk ook dat een opleiding daar toe moet hebben. Ik zou de opleiding CRT wel aanrader, zodat je weet waarmee je bezig bent. Uhm, toch wel overstijgend kunnen denken. Wat je hier ziet ook daar moet kunnen	onderwerp gaat worden, ja, ik zou zeggen dat ik zo een week of 6 tot 8, ja, echt wel als doel heb staan en dat er daarna meer aandacht, zeg maar, af en toe vragen hoe het er mee gaat	doe je het van voor tot achter? Van een laag niveau tot helemaal implementeren, de overstap maken naar praktische activiteiten... zo netjes doe ik het nog niet en dat is ook omdat dat heel intensief... ja, dat kost echt heel veel tijd en ik voel niet dat ik daar nou tijd voor over heb in de beschikbare tijd voor de cliënt in ieder geval	hebben. Dus, , 'Je hebt dan wel een cliëntsysteem bij nodig die begeleiding kan bieden" omdat elke dag gebeurt. Dat lukt niet als de patiënt zelf moeten doen.
3x een uur, dagelijks. Zolang als er nog vooruitgang is. Kijk het is een programma van 4 weken en in sommige gevallen kunnen ze het vol maken tot 8 weken, dan leren we alles. Maar ik moet zeggen, heel veel mensen stoppen er wel mee voordat ze aan het einde zijn. Dat vinden ze te belastend. Met	Hoe vaak? Ja. Poeh, dat ligt eraan de ene week is het iedere dag en andere week helemaal niemand. Deze week is sowieso een gekke week met verhuizing en alles. Maar gemiddeld drie per week, denk ik dat gemiddeld in de buurt zit.	Ja, dat zijn bijvoorbeeld dingen als "ik wil weer naar een feestje kunnen", of "ik wil naar een verjaardag toegaan en ik wil gewoon een gesprek kunnen volgen of voeren met degene die naast me zit en dan is het druk in de omgeving en dan probeer ik vooral te focussen op 1 prikkel en dus alle prikkels die bij een feestje horen om	Dus ik heb gemaakt dat ik ongeveer zoveel uur ermee bezig ben geweest met procestraining	Ja, ik moet heel eerlijk zeggen dat procestraining dat is eigenlijk iets, wat ik combineer met je algemene doelstellingen

zon leesopbouw, zolang als er progressie is, en het doel nog niet behaalt is. Doel; ik wil een half uur of een uur willen lezen. Dan is de opbouwen tot je zo ver bent	<i>Waarbij ik iets met cognities doet.</i>	die te elimineren en me te focussen op die gesprekspartner”, dus dat is een reden om de training te gaan doen. Als mensen in een drukke omgeving willen zijn of moeten zijn en ja, een bepaalde opdracht of een bepaalde activiteit willen uitvoeren, dat kan een feestje zijn maar dat kan ook op het werk zijn.		
Vooraf de het lezen. Lezen is het hele belangrijke. Daarom zet ik regelmatig die procestraining in	Nee, dat is ontzettend lastig, want in een eerstelijnspraktijk werk ik 40 uur en dan werk ik iets minder. Het is heel erg wisselend	Ja, ja. Vooraf dingen buiten de deur “ik zou weer willen winkelen met mijn dochter”, ik zeg maar wat, maar dat lukt nu niet of “ik kan in de supermarkt niks vinden”, dus het juiste product vinden. Ja, daar horen je dat soort dingen eigenlijk.	Het doel van elke cliënt is, als ik ze dat vraag, is terugkeren naar huis en dan zo normaal mogelijk en dan vertrouwen ze erop, zelf specificeren wat ze daarvoor moeten kunnen, dat is echt ingewikkeld	Nee, eigenlijk kan je wel zeggen dat bij CVA-patiënten doe je het wel standaard. Het komt in alle behandelingen komt het terug of voor..
: Nou het voorbeeld van het lezen. Meer bladzijden, terug vertellen wat iemand heeft gelezen. Maar het komt ook wel	Ja. Globaal kijk ik naar de capaciteit van de patiënt bij de een ben ik tien minuten bezig en ben ik blij om tien	Ja, ik probeer wel, als er een partner of een mantelzorger is, dan probeer ik die zeker erbij te betrekken omdat ik ook wel merk	Dat zou een doel kunnen zijn maar het ligt ook veel eerder op zelf kunnen zorgen voor je broodmaaltijd en voldoende drinken.(	De meeste mensen komen hier binnen met een DBC van zes tot acht weken. Tot aan twaalf weken.. Kijk we zijn natuurlijk wel een verpleeghuis en geen echt revalidatiecentrum. De

voor dat ik aandachtstraining geef gericht op selectieve aandacht. Dan voer ik de prikkels op de CVA patiënt. Dat is dan de proef. Dat iemand kan lezen of een tv programma kan volgen terwijl er ruis is	minuten gered heb. Bij een ander ben ik een uur bezig.	dat er ook wel vaak onbegrip is van		mensen die een heel intensief revalidatietraject aan kunnen, die zullen toch eerder naar Rijndam toegaan. De mensen die vaak een CVA krijgen, die hebben vaak wat langer de tijd. Dat zijn over het algemeen wel mensen die 8 weken er zijn
	Dat is echt afhankelijk van hoe snel en vooruitgang ziet. Bij de een denk ik nou aantal weken dat heeft echt geholpen. Bij de ander duurt dat langer. Is ook de vraag hebben ze dat thuis ook gedaan? Dat is natuurlijk altijd lastig		Eerder nog minder, zeg maar een uur per maand want ik heb het niet altijd gedaan ook en het hangt een beetje van de dag af hoe precies... wat ik doe. Gewoontes zijn altijd heel prettig en moeilijk om vanaf te komen.	Ik zie mijn CVA-patiënten die opgenomen zijn die zie bijna dagelijks. Dus ben je er wel dagelijks mee bezig. Een half uur tot een uur
	Achteraf gezien.. Als ik de procestraining start zijn ze meestal een uurtje bij mij. Daarnaast ik vraag de partner of iedereen dag wel		Goh, nou, aangezien ik het lang niet bij iedereen doe... voor degenen met wie ik het doe, steek ik er misschien in totaal een uur per week aan	Ja, in de breedste zin de mensen die hier komen voor de revalidatie is het hoofddoel weer naar huis. Dan ga je dus kijken of op alle specifieke ergotherapeutische gebieden wat dan je doelen zijn.

	een keer het wel doen. Samen dus met.. ja, Hoeveel uur? Dan hoop ik ze therapietrouw zijn dat ze zeven uur per week			
	Ja, de cliënt geeft eigenlijk altijd het is gauw teveel. Het is op mijn emmer loopt over. Dat zijn eigenlijk de concrete cliënten en doelen die gesteld worden zijn het is gewoon teveel. Dan ga je samen kijken eerst doe je en stukje psycho-educatie. Wat is er met mij gebeurd? De meeste cliënten weten dat eigenlijk niet. Dan pak ik altijd de boekjes van Elsa erbij, met de driehoek waar zit het probleem? Het stukje psycho-educatie vind ik een belangrijk doel op			Ik had toevallig laatst een patiënt in behandeling gehad en die wilde bijvoorbeeld zijn administratie weer kunnen doen. Dus zijn aandacht ook bij de administratie kunnen houden als ze daarmee bezig was. Dan wilde ze niet afgeleid worden door de radio op de achtergrond of een telefoon die gaat. Die had wel zo'n specifieke vraag, maar heel veel mensen vinden dat moeilijk om te benoemen, want die hebben ook dat stukje inzicht niet. Dus je komt gaande weg eigenlijk op, dan zeg je hangt je procesdoel aan je ergotherapeutische doel. Waarmee je mee bezig bent op dat moment

	zichzelf al. Het moet passen bij het cognitieve niveau die iemand heeft. Daarna gaan we proberen concreet in het dagelijks handelen een doel op te stellen. Dat is dan vaak heel concreet heel letterlijk. Ik wil gewoon verjaardagen kunnen zitten en het twee uur vol kunnen houden			
				Ja, wat je bijvoorbeeld naar verkeer gaat kijken hé, verkeerstraining. Iemand moet zelfstandig met zijn scootmobiel kunnen gaan naar de supermarkt, dat dan een ergotherapeutisch doel. Een procesdoel kan dan zijn iemand moet in het verkeer zijn aandacht voldoende kunnen verdelen. De aandacht op weggebruikers kunnen richten of veilig van A naar B te kunnen. Dan heb je wel te maken met aandacht kunnen verdelen

Respondent: Kliniek	Respondent: Extramuraal Instelling			
Om procestraining te krijgen.. Ja, dat is natuurlijk hier in het ziekenhuis natuurlijk in het heel algemeen denk ik. Dat je een er enige aandacht moet hebben omdat te gaan doen in de praktijk. In het ziekenhuis is het een heel ingewikkeld , omdat toch te weinig tijd is. "Heel kort" zijn ze opgenomen, dat je daar niet eens aan kunt beginnen.(	Ja, dan vind ik dat het vanaf 5.0 ACLS niveau, zeg maar, heel zwart-wit			
Twee keer.. Ik denk voor de klinische situatie niet haalbaar is..dat zoveel mensen die moeten zijn en dat is te duur praktisch oogpunt mensen na drie dagen al weg zijn als ik wat duidelijker handvatten heb en dan de middelen daar	Dus, iemand moet wel erg gemotiveerd zijn, deze mevrouw was ook heel erg gemotiveerd en die wilde ook echt persé haar werk hervatten en je moet natuurlijk iedere dag eigenlijk			

ontbreekt het mij ook soms aan.. Zou ik het vaker kunnen gebruiken, denk ik	procestraining toepassen, dus niet die éne keer dat ze de Ergotherapeut ziet, je moet het ook zelf doen thuis en dus dat moet ook wel gedragen worden door die cliënt en ook door het systeem ook daar omheen			
Dat waren volgens mij bij alle twee mensen die alleen waren, dus die gingen dat ook gewoon niet doen. Zonder enige echte reden van geven, ohja dat heb ik niet gedaan. Dat zou je dan kunnen zeggen of ik dan misschien toch niet goed genoeg het doel heb kunnen uitleggen, zeg maar.	Dan ga ik even verder kijken. Nou, ik heb toen in de eerste week de COPM afgenomen, de ACL en SULC. Ik heb een PRPP observatie gedaan waarbij ze een complete avondmaaltijd deed, nou dan nog een PRPP...			
Ja, dat zijn dat .. enige voorbeeld dat ik te binnen schiet is iemand die naar familie wilde en daar ja, bij dat familielid	De voorwaarde was ook van “eerst het trauma verwerken”, en dat vond de Bedrijfsarts en de Huisarts ook			

een gesprek kunnen voeren.				
	Dus, je moet wel echt goede voorlichting kunnen geven en een beetje denken waarover je het hebt zodat de cliënt met zijn mantelzorger ook de juiste afweging kan maken			
	Ja, heel specifiek zou ik het inzetten. Als ik weer een dergelijke casus zou krijgen, dan zou ik het weer gaan doen maar het vraagt wel heel veel van iemand.			
	Het komt niet vaak in de praktijk voor, in mijn praktijk niet veel voor, dat je mensen tegenkomt die zo gemotiveerd zijn om iedere dag aan zo een proces te werken			

	Ja, 4 weken. Dat was 7 dagen in de week.			
	Nou, de opdracht was "probeer een uur of zo per dag", en als ik dan vroeg van" wat heb je gedaan?", dan zei ze "nou, dat is niet gelukt", en ik denk, naarmate het vorderde dat ze minder is gaan doen omdat ze al effect merkte, denk ik. Maar ik denk dat ze iedere dag een half uur of zo heeft gedaan, denk ik			
	het doel... die vrouw had een hersenbloeding gehad en die had een stoornis met een selectieve aandacht en dat was een probleem omdat zij achter de kassa zat met bij Nettorama en ze graag weer haar			

	werk achter de kassa wilde doen en nou, dat lukte niet. Dus, het doel van de procestraining was het vergroten van de selectieve aandacht en ja,... is dat een antwoord op je vraag eigenlijk			
	Ja, maar dan had ik een korte termijn doel en dat was, even kijken... ze voert over 2 maanden een gesprek waarbij 4 personen betrokken zijn en dat was lastig, een gesprek voeren met meerdere personen en het lange termijn doel was haar werk als kassière over 4 maanden 2 en een halve dag per week			
	Eventjes kijken, dan had ik één, het gesprek volgen, dat was doel 1. Dus, dat			

	zij op basis van vloeiendheid, noemde we dat dan, dus ze kon het eigenlijk al best wel goed. Als ze aan tafel een etentje had wel maar niet op een feestje. Doel 2 was een vraag van acquisitie, dus dat betekende...ze had het nog niet gedaan, ze had nog niet achter de kassa gezeten, dus dat was nog nieuw voor haar.			
--	---	--	--	--

Thema Programma's & Computertraining Labels - Uitleg - Programma				
Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Eerstelijns praktijk	Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Revalidatie afdeling	Respondent: Revalidatie afdeling
Ik schets in wat we kunnen doen en dan laat ik de patiënt	Ja, meestal maak ik een soort van grapje van. We gaan echt	Ja, ik probeer wel, als er een partner of een mantelzorger is, dan	Ja, goeie vraag, hoe omschrijf je dat? Ik benoem wel het proces	: Vaak begin ik dat .. Het is niet in het begin, maar dat ik gaande weg de behandeling geef een

kiezen, dat is de manier wat mij het meest aanspreekt. De reden waarom mensen niet voor brainwave kiezen, is omdat ze aan hun eigen doel willen werken. Maar dan kunnen ze niet de link leggen met brainwave omdat er geen effect is of ze zo zelf kunnen lezen. Dus zo zijn alle voor en nadelen benoemd zijn en hoe mensen kiezen hoe ze willen gaan oefenen.	heel gek doen, weet je wel. We hebben huiswerk en de voorwaarden tot. Soms is het heel moeilijk voor mensen om:” ik wil weer op verjaardag gaan zitten.” Dat ze met cijfertjes bezig moeten, weet je wel? Het is heel gek! Ik probeer het op passend op het cognitieve niveau van kunnen uitleggen. Soms leg ik het juist bewust niet uit	probeer ik die zeker erbij te betrekken omdat ik ook wel merk dat er ook wel vaak onbegrip is van “waarom moet je nu zo een gekke pen en papier oefening doen?”, of “waarom moet je naar de supermarkt om daar prikkels te vangen?”, dat er vaak veel onbegrip is waardoor patiënten soms afhaken en de oefeningen niet doen, dus ik betrek omgeving om uitleg te geven waarom ik bepaalde opdrachten geef.	van “ik zou willen versterken”, dat deze oefeningen die we gaan doen er mogelijk kunnen aan bijdragen en ondersteunend zijn aan andere dingen die ik als Ergotherapeut doe met de mensen (2x)	stukje uitleg. Vaak vraag ik aan mensen, wat heeft de arts/dokter in het ziekenhuis verteld over wat er precies gebeurd is? Negen van de tien keer merk ik uit, dat mensen dat helemaal niet hebben gehoord. Elk geval niet hebben opgeslagen. Vaak in het ziekenhuis gehad, maar dan krijgen ze zoveel informatie dus daar begin vaak al mee. Dan zie je ook vaak genoeg of mensen het herkennen van zichzelf of helemaal niet. Dat zegt ook wel iets over het stukje inzicht in eigen functioneren. Dan leg ik het vaak ook uit, wat er eigenlijk aan de hand is. Soms kan het filter is kapot, komt heel direct binnen. Dingen die we vroeger misschien automatisch konden elimineren, een radio op de achtergrond aanstaat en waar je makkelijk voor kon afsluiten. Dat lukt nu niet meer zo goed. Dus daar worden we continu door afgeleid. Ik probeer in mijn therapie en toch een beetje de ergotherapeut in mij zo praktisch mogelijk te houden. Dus waar ik zelf altijd
--	--	--	--	---

				wel bewust voor kies is .. dat komt altijd wij mensen hebben die toch een lager cognitief niveau functioneren, is dat ik ter plekken gelijk feedback geef. Dus dan ben ik met een taak bezig er gebeurt iets in de keuken. Ho, stop! Kijk dit gebeurt er dan komt daardoor, wat ik heb uitgelegd gisteren. Dan haal ik het vanuit de context in de context. Dan zie je vaak wel, dat mensen het gaan herkennen!
De programma's zijn die ik ken. Dan pak je die erbij. Dat is het.	ik heb wat Apps op mijn telefoon neergezet. Ik zou er wel meer mee willen doen. De brainwave staat ook op mijn verlanglijstje, om daar ook wat meer mee te gaan doen. Maar dat goed heeft te maken met een I-pad voor het werk. Dan ga je het ook meer gebruiken. De wens is er wel. Ik gebruik het nog niet	ik heb mijn diagnostiek gedaan en daaruit zijn dingen gekomen en ik gebruik eigenlijk altijd wel het model van informatieverwerking en benoem daar ook heel duidelijk dat dus ook aandacht een probleem is want ik merk dus vooral dat ik de aandacht, de procestraining op aandacht, doe, dus dat voor alles aandacht nodig is en dat je aandacht kan verlengen. Je kan	Als ik in mijn lesboek kijk, ja.	Als een mantelzorger zijn dan probeer ik ze altijd wel bij de behandelingen te betrekken, maar dat wil niet zeggen dat ze er altijd bij zijn. Als ik met iemand s 'ochtend een ADL gaat trainen dan. Wat het voordeel is eerstelijns is dat je bij iemand thuis komt. Die zie je in mindere frequent. Die zie ik een, misschien in het begin de nood heel hoog is, dan zie ik ze misschien twee keer in de week. Dan heb je automatisch ook wel het cliëntsysteem erbij, een echtgenoot of kinderen dan kan hun ook een stukje uitleg geven.

		aandacht vergroten middels oefening, middels je uitdagen om je aandacht te vergroten en die oefeningen leg ik dan uit wat dat voor oefeningen zijn. Dus, vooral uitleg geven waarom aandacht een probleem is en waar je aandacht voor nodig hebt. (uitleg)		
Ja af en toe doe ik wel eens Neuro campus. Dat is niet puur aandacht, daar zit meer bij. Maar als mensen op een hoger niveau zitten en toch nog willen oefenen, pak ik dat erbij. bijvoorbeeld bij mensen met wisselende aandacht. Iemand die heel graag wilde oefenen, kreeg Neuro campus en dat wisselde die elke keer af. De ene keer de campus en een	: Ja, dat idd dan die Brainwave, die veel. De apps die ik heb. Alleen dat gebruik ik nog niet veel. Dat is wel een wens van mij om meer te gaan doen	Wij hebben hier wel een tablet liggen en wij hebben ook een Wii en XBOX, dat zijn dus eigenlijk wat meer de, nou ja, spellen die we wel gebruiken tijdens de therapie, ook wel voor een stukje procestraining want je daagt mensen wel uit om zich te focussen op een spel bijvoorbeeld maar je hebt ook mooie computerprogramma's en die hebben we niet.	Nee, dat kan ik zeggen maar dat weet ik nog vanuit mijn stage, dus dat is echt heel oud. Cogpack was er toen en ik weet niet eens of ze nog steeds goede programma's hebben of hoe dat het er heden ten dagen uit ziet. Dat kan voor allerlei dingen, tape spelletjes ook wel voor, gewone spelletjes afhankelijk van wat je wilt trainen, er is heel veel wat je zou kunnen vinden. Maar als je zegt "wat zijn bekende programma's?" Nee,	Heel praktisch.. Wij doen eigenlijk nog helemaal niks op het gebied van computertrainingen. De Braine-Wave- R series wij hebben weleens naar gekeken, maar het is best wel duur in aanschaf. Je ziet het nu wel steeds meer. Een paar jaar geleden kon je nog zeggen we hebben ook niet de generatie in huis om met computer te werken. Aan de slag ermee te gaan. Die vlieger gaat gewoon niet meer op, want iedereen komt tegenwoordig binnen met tablet en telefoon. Dus ja, het kan.. We hebben op dit moment nog niet. Maar we zouden uiteindelijk er wel heel

andere oefening. En dat vond die gaaf			daar zou ik echt over na moeten denken en me in moeten verdiepen.	graag naar toe willen. Dan kan je het wel echt als aanvulling op je therapie gaan doen
Ja en bij Neuro campus moet je wel een hoger level voor zijn om te kiezen en dat geef ik ook aan. Maak een keuze in wat ik aanbiedt.(	Voordelen vind ik dat echt per proces is en dat je een soort van huiswerk geven. Het nadeel is misschien dat je moeilijke concreet in het dagelijks kan implementeren	Nou, ik gebruik dus zelf vooral de Brainwave series en verder bedenk ik eigenlijk zelf wat oefeningen.	Het is niet alleen maar van “maak de oefening en dank je wel”, maar de uitkomst dat is 1 van de sterke dingen natuurlijk ook van de hele brainwave R serie?(	Nee, ik gebruik het soms nog weleens in combinatie met armhandfunctietraining, omdat ik verschillende Apps kan doen. Daar zit soms ook wel het is niet alleen armhandfunctie trainen, maar eigenlijk ben ik ook een stukje aandacht aan het trainen
			Ja, dat is wat ik voornamelijk gebruik, ja, maar ik gebruik ook bijvoorbeeld... er is ook een puzzelboekje van Hersenstichting en dat zet ik ook in. Als je het hebt over scannen, dan kan je dat ook gewoon gebruiken. Ik gebruik ook wel eens puzzelboeken van mensen zelf omdat het gewoon mee aansluit	De Brainwave R Series die is natuurlijk heel uitgebreid op allerlei gebieden. Verder ben ik eigenlijk nog erg blanco
Respondent: Kliniek	Respondent: Extramuraal Instelling			
Wat aandacht eigenlijk is? Je maakt	Ja. Ik zie wel iedere keer terug in mijn			

het soort van heel helder voor hen. Oohh, dat is dus aandacht. Ja, daarvoor weet je dat natuurlijk niet! Dat je aandacht nodig hebt om weer de dagelijkse activiteiten volbrengen, want het was altijd zonder enige moeite.. Nu is dat ineens wel zo, dat geeft één soort inzicht voor die mensen	rapportage dat ik eigenlijk iedere keer heb uitgelegd wat het doet, zeg maar en waarom het dus is en waarom je het ook iedere dag moet doen. Dat leek wel binnen te komen, zeg maar, ja.			
Ik vertel dat het iets wat aandacht is, dat het iemand daar nog te weinig had voor bepaalde activiteiten. En dat je op deze manier zou kunnen, dat stukje zou kunnen vergroten en dat het daarom helemaal los staat van wat die persoon eigenlijk moet doen en dat je puur gaat om die aandacht	Ja, nou, ik zie hier nog iets.... “voorstarten van de procestraining, uitleggen wat we nu eigenlijk gaan trainen, reden van selectieve aandacht ten opzichte van informatieverwerking (2) en geheugen uitgelegd aan de hand van het model van Zolburg en Mattheer. Tijdens iedere behandeling kom je			

	er even op terug en dat had ze wel nodig. Iedere keer eventjes nog eens uitleggen en dat zegt wel iets over, denk ik, dat ze misschien wel moeite had om gemotiveerd te blijven, van “waarom doen we dit ook weer?”			
Uhm..Nou ik heb voor die mensen een aantal oefening op papier uitgezocht dat ging dan.. Even denken:” Ik moet er goed over nadenken, wat ik precies deed.”	Ik zeg ook altijd tegen cliënten bij de afweging dat het niet persé bewezen is en dat het wel heel veel vraagt maar dat het zeker wel succes kan hebben			
Nee, dat kan ik je niet, want dat weet ik eigenlijk niet.	Dus eigenlijk in week 3 na allerlei diagnostiek met Focusmix			
Nee.. wij gebruiken geen computer	Nee, die focusmix van Logopedie heeft allerlei oefening staan en die heb ik gepakt en ik ben er zelf op toegegaan naar die eenvoudige oefeningen, wat ik je zei en wat ik ook wel			

	eens pak, ja, dat geheugenwerkboek... maar dit was geen geheugenvraag maar... met ook allerlei oefeningen erin. Zegt jou dat iets? Nee, dat zegt je vast niets			
	Ja, ja, juist. Dat kan ik zo gauw even niet zien maar die gebruiken we ook als het over geheugen gaat en nou ja, we hebben natuurlijk vanuit de cognitieve revalidatie cursus wat handvaten gehad. Wat heb je nou nog meer? Ik weet het zo niet uit mijn hoofd maar als ik nou weer een cliënt zou krijgen, dan pak ik dat er natuurlijk weer bij en dan ga je kijken van "wat past er bij deze cliënt het beste?" Je kan ook allerlei materialen kopen ook, dat zijn dure			

	spullen volgens mij. Maar dat heb ik nog niet nodig gehad, als het nodig is dan zal ik het aanschaffen			
--	--	--	--	--

Thema Effect & Resultaat Labels - Uitkomst - Resultaat - Ervaring - Effect				
Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Eerstelijns praktijk	Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Revalidatie afdeling	Respondent: Revalidatie afdeling
Nee, activiteit dat ze alleen kunnen lezen bijvoorbeeld. Ik denk het wel, maar of het altijd moet denk ik niet. Het is niet dat alle cognitieve patiënten dat nodig. Maar als het kan, dan moet je het in ieder geval aanbieden (	Ja, dat wel. Waaruit ik het uit moet halen. Je merkt dat mensen meer initiatief durven te nemen niet meer bang zijn erop uit te gaan. Ze weten dat het kunnen hebben. Ze hebben ook een minder overbelaste partner, want ze hebben minder woede aanvallen. Dat zijn dingen waar ik het uitmaak	Nee, ik zie eerder dat mensen er op een andere manier mee omgaan met de aandachtsproblemen.	De vraag is “wat is ergotherapie en wat doet de rest?” Wie bereikt wat? De cliënten, ja, ze worden ongedifferentieerd opgenomen, ze worden wel allemaal aangemeld voor revalidatie en degenen die echt niet revalideerbaar zijn, die komen waarschijnlijk niet hier. We hebben wel een percentage van mensen die niet revalideerbaar blijken, ja, die gaan niet terug naar huis. Maar ik	Voor de eerste niveaus van aandacht: volgehouden, soms kom ik wel op een punt dat het een beetje ligt aan hoeveel weken mensen hier zijn. Dan zie je ook weer weinig herstel meer optreden. Dus dan ga je uiteindelijk wel kijken hoe kan je het compenseren? Of hoe kan je ervoor zorgen dat je minder last van hebt

			zou zeggen dat 90 procent zeker wel, die vertrekt weer naar een zelfstandige woonvorm of met enige ondersteuning.	
Dan op activiteit- of participatieniveau maakt niet uit, want vaak gaan mensen weer richting werk, en dan zit je op participatie niveau. Dat gaat samen op.	Zij was behandeld. Zij had daardoor waarschijnlijk cognitieve problemen ontwikkeld. Een hele volle emmer en snel overprikkeld. Hele gedoe met procestraining gehad. Die vrouw kon nu naar de Feijnoord huldiging. Dat is heel heftig. Dat zij dat aankan. Dan heb je aardig wat bereikt.	Vaak heeft dat wel een positief effect omdat ze zich aanpassen en rekening houden met het proces wat verstoord is	Het verraderlijke is dat ze beter worden in de puzzeltjes oplossen en dan moet je de omslag maken naar het dagelijkse leven, daar zit de lastigheid er vooral in. Het stoornisniveau, ja, dat kan ik wel... dat is omdat dat uitdagend is, zo een puzzeltje maken maar dan komt het aan op de kundigheid en de vaardigheid van de Ergotherapeut om te kijken van "oké, nu moeten we een stap verder." Op stoornisniveau geeft het wel verbetering maar dat zegt nog niks over het handelen	Ja, dat is ook heel breed. Als uiteindelijk de aandacht toe gaat nemen, dan zie je dat andere cognitieve processen ook beter gaan worden. Dan gaat een patiënt sowieso cognitieve gezien vooruit en beter functioneren dan heeft iemand minder begeleiding en hulp nodig.
Nou wel het langer de aandacht vast kunnen houden. Dat is denk ik wel de meeste	. Ja, dat vind ik altijd wel om de een die is het vergeten, die gaat de deur uit en	ja, ook niet echt... even denken hoor... het resultaat is, meer inzicht zodat patiënten	Gerichte aandacht zie ik wel verbeteren. Ik kan niet zeggen dat het door de procestraining komt,	Maar van het niveau helemaal geen aandacht hebben. Geen volgehouden aandacht en uiteindelijk toch een taak

resultaat op het gerichte aandacht en de selectieve aandacht. De opbouw van prikkels is dan toch vaak lastiger om dat goed op te voeren en te verbeteren. En bij de gerichte aandacht merk ik sneller resultaat.	die niks meegedaan. Dan krijg ik dat dan terug; Oh ja. Dan weet je ook gelijk wat. De ander geef dan aan ik heb wel geprobeerd, maar het is saai of weet je wel. Je krijgt het altijd wel terug, wel minimaal maar je krijgt het terug.	er beter mee omgaan en of er dan ook echt resultaat is in de zin van “het proces is verbeterd”, ja, dat vind ik lastig om te zeggen.	dat weet ik gewoon niet. En selectieve aandacht, iets minder concreet, het hangt ervan af wat mensen ook kunnen rapporteren daarover, dat zie ik ook wel verbeteren maar ik durf echt niet te zeggen of dat vanwege de procestraining is. Het feit dat mensen de training positief ervaren en daar die oefeningen... dat wel als uitdagend ervaren, gebeurt er in ieder geval iets in dat brein en ik denk dat dat in ieder geval positief is als mensen al daardoor gaan denken van “goh, ik ga naar therapie en ik ga iets doen en ik ben ergens op gericht in plaats van passief te gaan zitten wachten. Dus ja, er zijn wat dat betreft ook neveneffecten. Hoe meer ze meemaken hoe beter je allerlei processen stimuleert, zelfs al vanuit jezelf, zeg maar. Niemand	kunnen voltooien. Uiteindelijk zichzelf kunnen was en kunnen aankleden. (
---	--	---	--	--

			moet dan uitgedaagd worden.	
Tv kijken maar ook gesprek makkelijker vol kunnen houden of 1op 1 bijvoorbeeld.		en ja, daarmee ben ik nu zelf een beetje aan het stoeien van “op welke termijn kan ik dan effect verwachten en hoe ga ik dat dan meten?” Dus, dat is precies een beetje waar ik in gevecht mee ben eigenlijk want ik vind het ook nog niet zo heel erg gemakkelijk om dat op een goede manier vorm te geven	Ik zou meer willen gaan gebruiken.	Ja, absoluut. Zeker mensen die nog redelijk vers na de CVA komen, dat ze nog in aandacht de eerste weken wel enorm verbeteren. Zeker als je ze op het juiste niveau benadert.
Heel wisselend. De een heeft er baat bij, Die houdt het echt veel langer bij en houdt een score bij en houdt de fouten bij. En de andere die houden er na 4 weken mee op. Die vinden het niks voor henzelf. Dat is heel wisselend per persoon.		Ja, ik probeer wel, als er een partner of een mantelzorger is, dan probeer ik die zeker erbij te betrekken omdat ik ook wel merk dat er ook wel vaak onbegrip is van “waarom moet je nu zo een gekke pen en papier oefening doen?”, of “waarom moet je naar de supermarkt om daar prikkels te vangen?”, dat er vaak veel onbegrip is	Dat je meteen de uitkomst hebt en dat is erg motiverend voor cliënten “wat is goed? Wat is fout? Wat kan beter?”, ja. Daar zijn ze vooral... naast dat het positief werkt is het ook uitdagend, dat ze echt	Ja, zeker als je het over NAH. Dat is gewoon komt bij alle hersenletsel patiënten voor dus. Dan zal je er wel iets mee moeten. <i>Soms ben ik ook nog even zoekende</i> .. Het is misschien op dit moment ook wel een tekortkoming in mijn therapie die ik geef. Dan wil je de cliënt wel wat extra kunnen bieden zeker als we op een hoger niveau zitten. Zij prima huiswerk opdrachten kunnen doen. Dan zou ik fanatisch zijn:” Ga elke dag een half uur zelf procestraining doen,

		waardoor patiënten soms afhaken en de oefeningen niet doen		
Respondent: Kliniek	Respondent: Extramuraal instelling			
nee. Meer de theorie ervaring laat ik het zo zeggen	Nou ja, ik weet natuurlijk niet of het alleen door de procestraining komt maar wel dat zij helemaal haar werk hervat			
Naja, doordat mensen zelf gaan ervaren van dat stukje van aandacht dat het verandert dat het meer aandacht hebben en dan ga je bij .. dan ga je die stappen maken naar een activiteit en naar uiteindelijk het toepassen in het dagelijks leven, omdat je dus meer zicht erop heb gekregen of die aandacht daadwerkelijk vergroot	In die selectieve aandacht dus, die volgehouden aandacht later ook maar ik heb... die volgehouden aandacht is, zeg maar, meer geoefend tijdens haar werk, steeds langer een beetje uitbouwen, dus dat is niet echt procestraining, die selectieve aandacht wel. Dan merkte je gewoon wel dat ze op een gegeven moment gewoon			

	meer prikkels kan hebben en toch haar werk kan blijven doen, dus kan blijven focussen terwijl ze dat eerst helemaal niet kon.			
Ik denk dat je dat.. je gaat uiteindelijk je doel is dat iemand op participatieniveau zou kunnen. Dat is uiteindelijk je doel, maar dat is van patiënt afhankelijk of dat uiteindelijk gaat lukken ja of nee? Ik zou dat niet van elkaar scheiden, eigenlijk denk ik	Ja en dit was het hoogste haalbare doel voor haar, haar werk, want thuis daar ging het eigenlijk al allemaal, daar was het al gegeneraliseerd. Ze hoefde niet een nog moeilijkere baan te doen, of zo. Het zal al overal, het ging goed, ja, op alle gebieden			
Nou ja, bij een geval weet ik dat die persoon dat al heel snel niet meer deed. Ik denk dat je zou kunnen zeggen één uur besteed heeft	Ik geef geen garantie op een betere selectieve aandacht of... maar ik geef iemand wel een kans			

Ik kan niet zeggen dat het geslaagde procestraining waren				
Ja, veel mensen vonden het toch lastig en ik denk achteraf gezien dat het niveau van die mensen ook niet was dat ze het echt zelfstandig konden, zeg maar				

Thema Generaliseren en toepasbaarheid Labels - Vormgeving - Toepassen - Kennis - Generaliseren				
Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Eerstelijns praktijk	Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Revalidatie afdeling	Respondent: Revalidatie afdeling
De manier waarop ik het inzet? Dat is vooral iets wat mensen meegeef naar huis. Een deel aandachtstraining programma. Of een heel opbouwschema. Het hangt er een	Hoe ik procestraining gebruik? Hoe ik het gebruik.. is . De grootste die ik pak de aandachtstraining. Eigenlijk de enige die ik pak, die echt	Ik heb geleerd bij de CRT dat procestraining in verschillende stappen is opgebouwd, dus ik begin... ik probeer in eerste instantie te achterhalen "welk proces is er aangedaan?", dus ik	Omdat het ook bij de cliënt zelf moet passen, vind ik, wat ik aangeef. In ieder geval, alleen van procestraining ga je niet beter worden. Ik denk vooral ook dat we ons op het handelen moeten richten en als daar nog	Langzaam ga je parameters in je taak opvoeren. Dus je begint in een badkamertje aan het einde van de gang. Waar je niet gestoord wordt en geen prikkels zijn. Aan de badkamer in het midden van de gang, waar we aan de andere kant grote badkamers en douchegordijnen in

beetje van af hoeveel doelen er voor ogen zijn. Het hangt er vanaf wat is het voornaamste doel? Dan pak ik het mee in mijn behandeling. Dus dan ik ook een stukje procestraining in mijn behandeling. Zijn er veel andere doelen. Dan laat ik het alleen bij, 'hoe gaat het, zullen we het samen doornemen?'	aan het trainen ben. Dat probeer ik vanuit de basis op te bouwen. Kan ik de aandachtspanning iets oprekken? Dan heb je verschillende dingen. Ik probeer altijd wel leuk te maken voor de mensen. Bij de een zal ik gaan zoeken naar woorden, weet je wel? In een bepaalde brei aan woorden. Bij de ander probeer ik het juist weer heel erg bij het dagelijks te pakken. Dan ga ik echt boodschappen doen met iemand op .. Hoelang kan je het volhouden? Bij de kinderen vind ik het juist weer leuk om commando pinkelen, dat moeten ze die aandacht ook kunnen oprekken.	ben eigenlijk toch veel meer gefocust op de diagnostiek in eerste instantie en op onderzoek van "wat is nou eigenlijk het probleem?" Dan begin ik eigenlijk gewoon met procestraining droog aan de tafel met wat oefeningen, kijken hoe dat gaat en ja, breidt het uit en ik merk... en omdat ik nog redelijk vers ben en ik nog aan het uitproberen ben, dat ik dat uitbreiden nog wel lastig vind voor nu.	een beetje... ik richt mij in eerste instantie op het handelen, procestraining is ondersteunend en dat wat we oefenen...(	het midden, Helaas. Maar goed als je het dan hebt over aandachtstraining krijg je .. Kijk als iemand uiteindelijk zichzelf kan wassen en der is iemand aan de andere kant van het douchegordijn ook bezig met water en geluid en iemand kan zijn aandacht bij de taak houden. Gewoon, dan ben je daar al in aan het trainen
---	---	---	--	--

	Uhm, ze zijn aan het kleuren en dat moeten ze naar mij luisteren als ik het cijfer vier noem moeten ze iets doen. Weet je wel? Zo pak ik eigenlijk de procestraining aan			
vooral als ik als mensen zeggen 'ik kan mijn aandacht helemaal niet bij het lezen houden'. Dan denk ik 'hey, procestraining'.	Ja, overal. Het kan hier zijn, het kan op het werk zijn, thuis zijn en in de supermarkt. Ja overal.	Dan is het zoeken naar "oké, nu heeft dit prioriteit, ik laat dit los", en dan probeer ik of patiënten het door kunnen blijven oefenen. Dus, met voorlichting en met oefeningen en dat ze zelf ook kunnen blijven trainen zodat ik een uitstapje kan maken naar een ander onderwerp.	Dus, ik begin bij het handelen en waar mogelijk gebruik ik de procestraining en dan vooral de losse oefeningen bijvoorbeeld het scannen te stimuleren, dat cliënten daar nog eens een andere soort oefening bij hebben en het een automatisme wordt om het hoofd te draaien maar helemaal uitvoeren, stap 1,2 en 3, dat heb ik, zoals Erica wel heeft gedaan bij haar patiënt, haar casusbeschrijving tijdens regio-overleg... dat heb ik niet gedaan	egin je misschien juist bewust van wat prikkelarm. Ik behandel mijn mensen het liefst aan huis. In hun eigen omgeving en eigen situatie. Maar hier in huis kan dat gewoon niet, hé!
ik heb het laatst met iemand gedaan die	Ja. Globaal kijk ik naar de capaciteit	Maar ik merk als ik met mensen echt	Dan hak ik de behandeling op in 3	Dan heb je automatisch ook wel het cliëntsysteem erbij, een

het alleen wilde doen. En toen ging ik de oefeningen inspreken. Omdat ik het niet altijd kan vertellen. Of dat ik sommige dingen zelf uitvogelen van, 'hoe kan je het zelf doen?'. Soms weet je het ook niet alleen. En dan doe ik het uitvogelen van 'hoe kan je dat alleen doen en thuis?	van de patiënt bij de een ben ik tien minuten bezig en ben ik blij om tien minuten gered heb. Bij een ander ben ik een uur bezig. Ik begin altijd met uitleggen waarom en een stukje psycho-educatie. Dan gaan we de oefeningen doen en die zijn zo uiteenlopend dat ligt echt aan de cliënt. Ja, wat voor dagelijkse handeling die doet	huiswerkoefeningen geef, dat ze verder zijn in hun procestraining en bijvoorbeeld naar de winkel gaan, dat ik dat ook omschrijf als een training, als een procestraining. Dus, ja, ik probeer het zoveel mogelijk te integreren in het dagelijkse handelen en uitleg geven waarom dat dan ook een training is en waarom je daar dus ook moe van wordt en waarom het ook gewoon goed is om wel te doen maar wel heel bewust, met pauzes. Dus, als ik merk dat patiënten meer in die fase zijn beland, dan laat ik ze sowieso los en dan heb ik mooi de tijd en de gelegenheid om een ander onderwerp aan te snijden zoals bijvoorbeeld hulpmiddelen of nou ja, zoiets.	stukken. Dan gaan we eerst de activiteit doen, dan doen we een stuk oefeningen stap 1 bijvoorbeeld en daarna sluiten we af met een activiteit. Ja, dat leg ik uit en dat we per keer ook bespreken wat de conclusie ervan is	echtgenoot of kinderen dan kan hun ook een stukje uitleg geven. Wat ze juist wel of niet moeten doen. Hoe ze rekening kunnen houden met hun vader of moeder of partner
--	---	--	--	---

Bijna altijd als iemand heel weinig doelen heeft, dan kan je dit nog doen. Of het heeft al die andere vragen en als er weinig los komt bij mensen. Dan biedt ik het ook aan	Nee, want stelt dat bijvoorbeeld iemand komt binnen met een hersentumor in de laatste fase dan ga ik niet daarmee pesten. Het ligt aan de prognose aan het cognitieve niveau	Ja, ik heb nu bijvoorbeeld iemand die heel snel is afgeleid en een hele wisselende aandacht heeft en ik ben nu nog bezig met pen en papier oefeningen, ik gebruik daarvoor de Brainwave serie, zeg maar en ik haal daar gewoon oefeningen uit bij het stukje aandacht die ik hem laat doen zoals ja, wegstrepen van letters en probeer hem daarbij af te leiden met geluiden of met muziek of vervelend gaan bewegen of dat soort dingen en ja, dat houdt hij nu, zeg maar, 7 minuten vol en dan is het wel op en dan nemen we even een pauze en dan we op een ander onderwerp door omdat die dan gewoon echt te vermoeid is om nog een andere oefening te doen en dan ben ik meestal in een	Op het moment dat ik denk dat het zinvol is, dat het een toevoeging is aan wat ik nu biedt aan de cliënt.	Dus dan kijk ik vaak een beetje waar ik het doe. Begin ik altijd wel in een makkelijkere situatie en hier zitten we redelijk prikkelarm in deze ruimte, hé? Dus dan begin ik een keertje met de oefenkeuken. Dan gaan we hier beginnen, gaat dat dan goed dan gaan we misschien boven in de drukke huiskamer. Daar waar continu iemand in en uit loopt
--	---	---	--	---

		half uur met hem klaar en dan hebben we dus een stukje training gedaan alsook een stukje aantikken van belasting en opbouwbelastbaarheid en activiteiten.		
Naast wat ik al heb genoemd, eigenlijk vooral de bouw van het lezen. Als iemand zegt, 'hey zon boek lezen vind ik helemaal niets'. Dan ga ik meer een boek erbij pakken en opbouwen en een op den duur terugkoppelen en opschrijven, van 'wat heb je nu gelezen' en een opbouwschema maken. Elke dag een stukje noteren van wat je ga lezen, zon opbouwschema.	Nou ja, wat vaak doet. Ik start vaak aan het cognitief niveau van patiënt. Ik schat het in.. generaliseert iemand het niet? Dan start ik al thuis. Als iemand wel al kan generaliseren, dan probeer ik de patiënt in de praktijk te zien. Als ik dat gedaan heb en ik zie dan procestraining aan huis te doen met cliëntensysteem in te zetten. Het moet dan breed gedragen worden	Ja, uiteindelijk, ja, dat mensen dat dus doen en soms zijn dat droge oefeningen op papier. Het is een beetje van in welke fase ze zitten, soms zijn het inderdaad gewoon wegstreepoefeningen op papier bijvoorbeeld met een muziekje aan of "zoek eens wat op in de krant", of... dat soort dingen	Maar het moet ook bij je cliënt passen en je moet er zelf genoeg idee bij hebben van hoe je dat dan in gaat passen. Dat je het niet doet om te denken van "nou, nu heb ik hier een gemakkelijk half uurtje therapie en met deze staat het op papier." Ik vind niet dat het zo kan werken	Dat is eigenlijk de algemene benaderingswijze waar ook we met elkaar afspreken multidisciplinair op die manier gaan we een patiënt benaderen en dat wordt onze interventiemethode. En even heel breed gezien overnemen tot zorg bieden van handen op de rug tot aan iemand het zelfstandig laten doen. Het dan op verschillende ADL bieden
Hier merk ik ook een verschil. Want ik merk dat ik hier het	Ik denk dat ergotherapeuten het wel zouden	Ja, educatie, nou ik denk dat dat wel de grootste moot is, belasting en	Ja en ik ben zelf ook nog zoekende want procestraining zit nog	Ja, zeker als je het over NAH. Dat is gewoon komt bij alle hersenletsel patiënten voor dus.

vaakst doe. Want met jou mail, werd ik aangewezen van 'Dat moet jij doen'. Hier denkt ook niet iedereen er aan, maar juist eerder gericht op de praktijk. Terwijl ik het ook een hele mooie basis vindt	kunnen toepassen. In combinatie altijd met het generalisatie in het dagelijks functioneren	belastbaarheid en alles wat daarbij hoort, dan heb ik het ook over vermoeidheid, over slapen, ook een stukje advies, ontspanning en wat dan en een stukje ergonomie, ja, dat zijn wel de voornaamste onderwerpen. Educatie, soms advies ten aanzien van hulpmiddelen	niet in mijn standaardpakket, zal ik maar zeggen, of mijn gewoontes. Ja, ik ben ook pas sinds het najaar Cognitieve Revalidatietherapeute en ik ben ook nog een beetje zoekende van "hoe pak ik het nou het beste aan?"	Dan zal je er wel iets mee moeten. Soms ben ik ook nog even zoekende .. Het is misschien op dit moment ook wel een tekortkoming in mijn therapie die ik geef. Dan wil je de cliënt wel wat extra kunnen bieden zeker als we op een hoger niveau zitten. Zij prima huiswerk opdrachten kunnen doen. Dan zou ik fanatisch zijn:" Ga elke dag een half uur zelf procestraining doen, (
Ja misschien wel. Want ik vind het wel de basis die aandacht is voor het hele cognitieve functioneren. Voor een samenhang van de aandacht die beter gaat. Dat de cognitieve functies beter gaan. Dus ik zou het wel vaker in willen zetten. Maar het is dat je er niet altijd aan denk		Ja, dat is het grootste gedeelte... het kleinste gedeelte is procestraining en ja, ik zie daar wel mogelijkheid in of kansen in om dat uit te breiden, daar ben ik wel mee bezig maar het grootste gedeelte is zeker nog, ja, het eigenlijke klassieke stukje Ergotherapie	Het is niet 1 dingetje waar een cliënt dan beter het is geen wondermiddel. Het zou gemakkelijk zijn als dat zo was maar dat is niet zo, dan vind ik alle andere dingen die je hebt geleerd als Cognitieve Revalidatietherapeute veel belangrijker.	Denk ik van .. het is heel abstract. Ik denk aan de iedere vraag het generaliseren, je moet het als ergotherapeut ook wel kunnen verkopen aan je patiënt van waarom moet hij alle A van een blad of alle A gaan zoeken. Wat heeft dat voor meerwaarde van de een training? Daarom zie ik het ook niet, als dat is vervangend voor.. (
De reden waarom mensen niet voor brainwave kiezen, is omdat ze aan hun		Dus ja, terwijl ik ook weet dat je het ook gewoon sec als een training zou kunnen	Nou, daar moet ik nog een beetje aan werken. Stap 1,2 en 3 uitvoeren, nou, stap 1 is heel gemakkelijk,	Ik zie het ook niet als vervanging van de ergotherapeutische behandeling, maar wat hand in hand samen opgaat

eigen doel willen werken. Maar dan kunnen ze niet de link leggen met brainwave omdat er geen effect is of ze zo zelf kunnen lezen. Dus zo zijn alle voor en nadelen benoemd zijn en hoe mensen kiezen hoe ze willen gaan oefenen		zien maar dat is wat ik nu merk, dat of patiënten er zelf naar gaan zoeken of dat we daar samen gaan naar zoeken	stap 2 dat gaat ook nog wel maar die stap 3 daar zit hem voor mij de boctelnecks**?.(	
Eigenlijk doe ik dat al bijvoorbeeld als je stress training heb bijvoorbeeld. Dan blijft dat een stukje praktijk en als ik de brainwave gedaan heb, Gaan we daarna een concreet doel nemen van 'waarin wil je dat aandacht beter wordt?' en dan gaan we kijken hoe dat gaat en daar nog verder oppakken. En dan komt dat stukje praktijkgericht daar na.		Wat ik ook lastig vind, is wanneer ik een patiënt los "wanneer kan iemand bijvoorbeeld zelf die procestraining verder zelf vorm geven en ben ik niet meer direct nodig om er naast te zitten?", want ik merk dat als ik oefeningen mee geef de patiënten het vaak ook heel erg lastig vinden om dan goed in te schatten van "wanneer kan ik dit doen? Wat is nu wel of niet goed?", dat mensen daar ook wel wat moeite mee hebben om dat in te schatten en wat het	dat was een Logopedie boeken, allerlei oefeningen met vragen van "ben ik in staat van prikkels die er niet toe doen te elimineren?" Van visueel arm naar visueel druk. Eerst zonder auditieve afleiding en later met en dan had ik dat in de vorm van supermarktgeluiden omdat zij in de supermarkt ging werken. Ik heb gewoon duidelijk opgeschreven, zonder de auditieve afleiding kon zij focusmix niveau, je hebt allerlei verschillende niveaus, goed doen en met auditieve afleiding	Naja, dat baseert wel je keuze als therapeut. Kijk als iemand een week een CVA gehad. Ja, dan valt er nog heel veel vooruitgang te verwachten. Dus dan zal je eerder kiezen voor procestraining

		voor mij ook gelijk lastiger maakt van “doe ik er nu goed aan om hen oefeningen mee te geven?” Dus, dat vind ik het lastige eraan in de fase waarin ik nu zit om die procestraining te doen.	zag ik dat ze de interne q ging gebruiken... nou ja, dan heb ik een nulmeting gedaan, want dat leren we dan. Je moet een soort nulmeting doen en mijn nulmeting was dan... “de conclusie: mevrouw maakt bij symbolen zoeken 3”, dat is dan een oefening “met auditieve afleiding 2 fouten en bij 5 groep 1 met auditieve afleiding 1 fout”, dat moeten we gaan verbeteren.	
		Ja, die probeer ik vooral te maken als mensen, ja, een beetje klaar zijn met de oefeningen hier aan het bureau om te kijken van “wat doe je in je dagelijkse leven en waar word je in belemmerd? Welke activiteit is nu eigenlijk moeilijk om te doen?” Nou, dat weet ik wel vaak van tevoren want daardoor heb ik ook kunnen achterhalen welk proces er		Wat je heel goed moet weten is wat je wilt trainen en “hoe”. Ik zie het ook niet als vervanging van de ergotherapeutische behandeling, maar wat hand in hand samen opgaat. Wat een aanvulling kan zijn.

		verstoord is en als dat dan lastig is om bijvoorbeeld boodschappen te doen, is dat dan juist een activiteit die ik met hen ga doen. Dus, ik luister naar wat iemand gewend was om te doen		
Respondent: Kliniek	Respondent: Extramuraal Instelling			
Ja, dit was juist een stukje ervan. Het stukje psycho-educatie dat is denk ik een heel belangrijk stuk geweest en ook echt het functionele trainen	Nou, ik heb 1 keer procestraining gedaan, echt het hele traject en dan ook wel met succes moet ik zeggen en omdat het voor mij, net zoals jouw collega of net als jouw Stagebegeleider iets nieuws was, wat ik eigenlijk nooit deed, maar ik dacht "ik ga het gewoon doen", en ik heb het ook goed gedaan			
Ik denk wel dat toevoeging zou kunnen zijn, vooral	... of wel nodig omdat... het korte termijn doel was			

inderdaad als je echt binnen de revalidatie werkt. Want ik eigenlijk doe ik wel, maar ook weer niet. Omdat in de kliniek werk is het denk ik wel heel goed als ze daarvan weten. Want het is toch een vrij nieuw iets en omdat je ook nog niet precies weet is het nou ergotherapie.. het is toch heel losstaand, zeg maar. Je moet wel kennis hebben of een collega die daar heel van weet. Die jou kan aansturen	gesprekken voeren, feestje met, weet ik veel, aan tafel en die doelen waren al eerder in het proces bereikt maar dit was echt haar “master relevel “, zeg maar			
Ik kan niet zeggen dat het geslaagde procestraining waren	Ja en dit was het hoogste haalbare doel voor haar, haar werk, want thuis daar ging het eigenlijk al allemaal, daar was het al gegeneraliseerd. Ze hoefde niet een nog moeilijkere baan te doen, of zo. Het zal			

	al overal, het ging goed, ja, op alle gebieden			
Naja, doordat mensen zelf gaan ervaren van dat stukje van aandacht dat het verandert dat het meer aandacht hebben en dan ga je bij .. dan ga je die stappen maken naar een activiteit en naar uiteindelijk het toepassen in het dagelijks leven, omdat je dus meer zicht erop heb gekregen of die aandacht daadwerkelijk vergroot				
Nou, omdat ik niet denk dat bij alle .. Kijk als je iedereen het moet gebruiken, dan zou dat bij al je patiënten bij wijze van spreken moeten gebruiken. En dat vind ik niet waar!				
Die heb ik toen gebruikt omdat ook				

nog niet ervaren ben als CRT. Was het voor mij ook een beetje zoeken van..				
Je moet zelf goed inzicht hebben in wat het kan doen, dus ik denk dat je. Als ik naar mezelf kijk .. merk ik dat die vaardigheden nog niet heb en dan gebruik je het niet. Ik heb ook niet binnen mijn setting hier een collega waar ik het zou kunnen afkijken of leren of hoe je het noemen wil. Dus dat.. Ik denk dat opzich dat je ergotherapeut bent en je weet wat procestraining is en wat je doel daarbij is. Dat elke ergotherapeut dat zou moeten kunnen, maar je moet wel goed weten en dat denk ik dat je daar .. dat je dat wel eigenlijk alleen kan leren door het				

heel veel te doen.. Heel veel te doen, vaker te doen of dat je dat kan delen met je collega's van ben je nou met het goede bezig, want dat is nog eigenlijk wel lastig. Snap je ook als je aandacht aan het trainen. Train je nu eigenlijk wel dan die gerichte aandacht of die selectieve aandacht.. Ben je eigen iets anders aan het doen? Dat is best .. Daar kan je altijd over twisten?!				
Naja, doordat mensen zelf gaan ervaren van dat stukje van aandacht dat het verandert dat het meer aandacht hebben en dan ga je bij .. dan ga je die stappen maken naar een activiteit en naar uiteindelijk het toepassen in het dagelijks leven, omdat				

je dus meer zicht erop heb gekregen of die aandacht daadwerkelijk vergroot.				
---	--	--	--	--

Thema <i>Ontwikkeling en bewijskracht</i> Labels - Bewijs - Ontwikkeling				
Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Eerstelijns praktijk	Respondent: Revalidatiecentrum	Respondent: Revalidatie afdeling	Respondent: Revalidatie afdeling
Er is niet zo heel veel meer die ik nog niet heb benoemd. Ik merk wel dat er op de kliniek meer wordt geëxperimenteerd op de computer. Maar dat is een experimentfase, en daar ben ik niet bij betrokkenen.	Ja, lastig. Ik wist al deze ging komen. Echt vanuit de opleiding CRT. Dat is waar ik het vandaan haal. Alles is Elsa schuld als niet waar is.. Ja	Ja, precies. Ja, ik gebruik in die zin, hetgeen wat ik heb geleerd bij de Cognitieve Revalidatie, wat ik in alle 3 de delen heb geleerd, op basis daarvan maak ik een keuze of ik wel of geen procestraining doe, dus op basis van het niveau van de hulpvraag van de patiënt en de locatie van het letsel. Dus ja, ik ga er dan vanuit dat CRT daarin goed is uitgezocht en op basis daarvan baseer ik of ik	Nou, de manier waarop Elsa erover vertelde in de cursus, dat wat ik gelezen heb in het boek van Retraining	Ja.. omdat Elsa zegt dat het goed is om te doen. Mag ik dat als antwoord geven?

		wel of geen procestraining ga doen.		
Door regelmatig toch nog scholing te volgen. Ik heb net 2 jaar geleden de CRT afgerond. Er zijn nog regelmatig opfrisworkshops, daar gaan ik dan regelmatig heen vanuit de CRT	De trend om te zeggen: "Werkt procestraining?" Ik ben geen voorstander van je heb ook verpleeghuizen die trainen het geheugen. Je geheugen wordt daar niet groter door ofzo. Maar daar heb ik ook over aandacht	Ik heb wel een linkje met collega's bij Sophia Revalidatie waarin we elkaar op de hoogte houden en dat is nu eigenlijk mijn belangrijkste bron en dat komt ook omdat ik nog vrij recent de opleiding heb afgerond en dus, ik ook wel het gevoel heb dat ik redelijk bij ben. Maar ik hou ook zeker wel de website in de gaten van de CRT en dat is eigenlijk mijn belangrijkste bron van informatie.	voor zover ik nu heb gelezen vallen die 2 boeken... er is geen hard bewijs voor, er is geen bewijs dat het niet zou helpen, dat het helemaal niks doet	Ik heb het er met Elsa over gehad, tijdens de opleiding. Ja. (
Om digitaal cognitieve training aan te bieden. Dat ze nu programma's aan het testen zijn en aan het kijken zijn hoe we die kunnen implementeren vanuit de kliniek. Maar dat zal nog wel los zijn	Ik lees veel vakliteratuur,, ik ben up to date. Ik ga naar de congres van Cognitieve Revalidatie. Dus ik volg op de voet.	Nou, binnen de organisatie wel omdat er recent weer een aantal nieuwe CRT geschoolde collega's zijn, dus in die zin is iedereen wel weer wat gemotiveerd en gaan we aan het werk en ja, ik denk dat dat zo een scholing wel met zich	Nou, in de nieuwsbrief van Hersenwerk wordt er niet zoveel in genoemd. Er is in ieder geval het Congres van de Society Cognitive Rehabilitation, misschien gaat het er daar wel over. Over procestraining specifiek? Nee...(	Ik probeer mij zoveel mogelijk in te lezen, nieuwsbrieven van de CSR en.. Kijken wat qua aanbod is. Het is voor ons in huis we kunnen niet alles aanschaffen. Dat zouden we wel heel graag willen. Allemaal mooie testen en observaties-methodes die er zijn. Dat we gewoon heel goed moeten kijken

		mee brengt. (ontwikkeling)		
Een lastige, ik doe vanuit uit CRT scholing eigenlijk. Dat wat ik heb begrepen, dat juist een stukje aandacht dat je dat nog op kan rekken. Bij al die andere lagen kan je het stukje aandacht nog oprekken. Dat kun je ook nog verbeteren door andere maatregelen in te zetten. Maar aan de basis zou je dat kunnen doen				Het begint heel erg te leven, misschien is dat gewoon binnen onze Regio groep. Omdat er heel veel over gesproken wordt. Wij heel veel onduidelijkheid er over is. Het is een onderwerp dat past ook niet binnen denk ik de Europese, maar de Nederlandse visie op ergotherapie. Nederlandse ergotherapeuten wij zijn heel praktisch ingesteld. En het bijvoorbeeld vergelijkt met een land als Amerika die zijn al veel meer gericht op testen en observaties-methodes. Het is een beetje is dat moet gaan komen. Ja.
Respondent: Extramuraal Instelling	Respondent: Kliniek			
Ja, dat is twijfelachtig, ja, want onze Goeroe Elsa.... die pleit daarvoor maar dat is hoe je opgeleid dan wordt als Cognitief Revalidatietherapeut. Tijdens de cursus zijn ook heel veel kritische	Het is volgens mij . Ik gebruik het tot nu toe, omdat ik het heb geleerd bij mijn opleiding tot CRT en dat ik wel nieuwsgierig was of dat in mijn praktijk ook haalbaar is?			

vragen gesteld van “is dat dan niet voor de Psychologen? Moeten wij dat dan wel doen?” Maar je hebt dus 3 fases binnen die training en die eerste fase ga je echt dat trainen en dan kan je je dus afvragen van “moeten wij dat doen of doet de Psycholoog dat?” Maar als je dan naar de volgende fase gaat, het toepassen op het dagelijkse leven wat natuurlijk wel Ergotherapie is, dan zou je het moeten overnemen. Het is niet dat ik zeg dat wij per se als ergotherapeuten, maar dan moet je wel een goede samenwerking hebben met de Psycholoog maar ook dat vind ik... dan ga jij de diagnostiek doen, dan heb jij de doelen en “Psycholoog, doe jij	Dus dat is meer .. nee dus ik had en omdat ik je van andere mensen hoort het werkt			
--	---	--	--	--

even dit, en als het je gelukt is, dan geef je het weer terug”, dat is ook een beetje.... en wat ik al zei, je hoorde ook van sommige Psychologen die zeggen “joh, geheugen trainen kan helemaal niet”, ja... dus ik zou er zelf ook wel wat meer harde bewijzen voor willen, die heb ik niet				
Weinig. Kritische geluiden wel eerder maar dan moet je je afvragen “moet je het gewoon doen?” Elle kan daar ook geen antwoord op geven, heb ik het idee. Dat vind ik wel jammer	Daar ben ik nu niet actief mee bezig. Daar heb ik jouw voor.. Nee, hoor. (			
Ja, dat moet dan wel aangedragen worden door de Vereniging Cognitieve Revalidatie, daar ben ik ook wel bij aangesloten en dan lees je ook wel de artikelen die daar op	nee, daar zijn geen ontwikkelingen. Vanaf mij zou dat moeten komen, maar ik .. nee. Nee, waar ik dus .. Ik denk dat of dat bij meer mensen is dat wel moeite			

geplaatst worden of dan ga ik naar een Congres toe bijvoorbeeld en dan hoop je ook dat er wat te vinden is maar het is niet dat <i>“ik ga zelf niet actief op zoek naar de ontwikkelingen van de procestraining omdat je ook gewoon die tijd ervoor ook niet hebt.”</i>	moet doen om die juiste materialen zeg maar te vinden. Waar je dat kunt doen .. Die moet je aanschaffen voor een heleboel geldt. Dat is mijn geval een bottle neck, waardoor ik niet echt verder kon komen.			
	Ik kan mij voorstellen dat het in meer praktijken zo is. Als je afhankelijk bent van een organisatie en dat je dus moet vertellen dat het zinvol			

8.2 ONDERZOEKPSYCHOLOGEN

Thema: Programma Labels: ○ Spellen ○ Programma ○ Voorwaarden ○ Duur ○ Uitleg ○ Testen ○ Stimuleren	
Respondent 1: Onderzoeker Psycholoog	Respondent 2: Onderzoeker Psycholoog
<i>Nou, er waren dus 9 spellen maar ze deden 10 spellen per dag</i>	<i>Daar hebben we dus die strategietraining voor ontwikkeld. Dat is een uitgebreid protocol waarin wij stap voor stap ingaan op welke strategieën die kinderen gebruiken tijdens het spelen van die computerspellen</i>
<i>Dan switchte ze naar het volgende domein, dat was werkgeheugen, aandacht en redeneren, dat waren dan de 3 domeinen waar wij onze spellen hadden geselecteerd bij de minor van 3 spellen. Dan was het dus zo dat automatisch na 3 minuten het spel ophield en dat dan het nieuwe spel in beeld kwam en dan was het belangrijk dat het altijd een spel was uit een ander domein en op deze manier probeerden we dan die cognitieve flexibiliteit ook te trainen</i>	<i>Wij gebruiken daarvoor Brain Gymmer, dat is een online trainingsprogramma. We hebben een heel groot aanbod aan spellen en daaruit hebben wij een selectie gemaakt van negen spellen, waarvan wij denken dat die bepaalde functies zouden kunnen trainen. Dus iedereen kan in principe Brain Gymmer gebruiken, maar niet iedereen kan ons trainingsprogramma gebruiken. Dat is echt alleen maar voor de kinderen die meedoen aan onze onderzoeken</i>
<i>Ja, ik kende ook van tevoren de Mosepi en ook Cochmes en ja, het is eigenlijk moeilijk om dat nu te zeggen wat ik al kende op het moment ...</i>	<i>Er is een heel groot aanbod aan cognitieve games en daarvan is niet altijd voor ieder spel bekend wat daar nou precies de effecten van zijn. Een heel bekende is bijvoorbeeld de Cogmed training dat is een werkgeheugen... (ik kan dit woord niet verstaan) training, maar dat hoeft niet perse te zijn dat ze die speciaal hebben ontwikkeld voor kinderen met hersenletsel. Dat is bijvoorbeeld bij die Cogmed cochmed niet het geval. Hetzelfde geldt voor de Captain's Log training of Lumosity. Je hebt de Foramen... Rehabcam training. Er is een heleboel eigenlijk wat er gewoon beschikbaar is, omdat</i>

	<i>ook heel veel particulariseren of in ieder geval bedrijven computerspellen ontwikkelen waar dan onderzoekers gewoon zijn naar gaan kijken of er wel effecten van te bekennen zijn.</i>
<i>Ja, het is een website van BrainGymmer en we zijn... het onderzoek is al een tijdje geleden gestart dus ik denk dat we in 2012 met het idee gekomen zijn of zij het konden opzetten, dus de versie zoals Brain Gymmer nu is, dat is een nieuwere versie dan die wij gebruikt hebben en wij hebben zelf op die website gekeken welke taken wij geschikt vonden en daarbij</i>	<i>Wij werken samen met BrainGymmer ... omdat zij een groot aanbod aan spellen hebben, waaruit we konden kiezen en wij konden bij hen ons eigen trainingsomgeving en ook echt specifiek een programma zelf ontwikkelen of in ieder geval zelf door hun laten ontwikkelen. Daarnaast is een van de hele grote voordelen voor ons dat dat programma in het Nederlands beschikbaar is en veel van die spellen zoals bijvoorbeeld Lumosity is een hele bekende, dat lijkt een beetje op BrainGymmer ... wat ze ook in verschillende cognitieve spellen aanbieden maar dat is alleen maar beschikbaar in het Engels en dat leek ons in ieder geval niet voordelig om dat te gebruiken bij kinderen met hersenletsel. Daarnaast willen wij ook heel graag een programma waarbij je meerdere functies kunt trainen, dus bijvoorbeeld niet alleen maar werkgeheugen zoals dat bij Cogmed cochmed het geval is, maar ook gericht op aandacht en hun inhibitie, het reguleren van je acties, planning en dat is bij BrainGymmer ... Voor ons in ieder geval allemaal mogelijk.</i>
<i>wat wij een belangrijke eis vonden, dat het niet... want sommige trainingstaken van dit soort trainingen die lijken heel erg op neuropsychologische taken en ja... wat ik zelf vind, die neuropsychologische taken zijn om te meten en niet om te trainen, dus vandaar dat we alle trainingstaken die op psychologische taken zijn, die hebben we weg gelaten</i>	<i>Dan spelen ze dat vijf keer in de week gewoon thuis zelfstandig, want dat is heel makkelijk te begrijpen.</i>
<i>Act training en dat is dan de Act 2 of 3 of zo, die andere is de niet-online versie. Even kijken, Cogni plus, ook eentje, ik moet even graven hoor...</i>	<i>De ouders doen wel mee met het onderzoek, maar alleen in de zin dat zij ook vragenlijsten bijvoorbeeld invullen over hoe het gaat met hun kind. We vragen ook aan de leerkracht van een kind om ook vragenlijsten in te vullen, maar zij doen niet mee aan de training, dus zij zijn niet betrokken in sessies met de therapeut of bij het spelen van</i>

	<i>de spellen, dat doen de kinderen zelf. Alhoewel we wel merken dat het bijvoorbeeld handig is als er een ouder is die af en toe tegen een kind zegt "je moet nog je spelletjes spelen, want dat soort structuur hebben zij gewoon vaak nodig, omdat zij zelf niet hun dag indelen.</i>
<i>Omdat, dit zouden we ook in het Nederlands kunnen aanbieden en bijvoorbeeld Mosty, een website die best wel hetzelfde is als Brain Gymmer , stiekem gezegd misschien wel, een beetje beter dan Brain Gymmer maar dat was dus in het Engels en ook bij Limositi dat konden we niet aanpassen achter de schermen, terwijl we bij Brain Jammer daar kregen we de vrijheid ook om te zeggen van "nou, dit spel gaat te snel", want de meeste websites zijn eigenlijk gemaakt voor wat meer jongere mensen en wij deden dit onderzoek bij mensen die een beroerte hadden gehad en ook bij gezonde senioren, dus het was een collega, die promoveert daar op.</i>	<i>Daarnaast willen wij ook heel graag een programma waarbij je meerdere functies kunt trainen, dus bijvoorbeeld niet alleen maar werkgeheugen zoals dat bij Cochmed het geval is, maar ook gericht op aandacht en hun imbitie, het reguleren van je acties, planning en dat is bij Brain Gymmer. Voor ons in ieder geval allemaal mogelijk.</i>
<i>Dus, het was belangrijk dat, ja, ook die doelgroep die taken ook konden doen en dat het niet binnen 1 seconde de tijd al weeral voorbij was eigenlijk. Dus, wij hebben een aantal aanpassingen gemaakt die echt cruciaal waren om, ja, het mogelijk te maken voor onze doelgroep en ja, dat was heel fijn dat dat kon, ja.</i>	<i>Ja, dat is niet echt per week uit te drukken, want in totaal willen wij 130 kinderen meenemen in ons onderzoek en dat betekent dus dat we vanaf november vorig jaar tot en met 2018 in die tijd dus 130 kinderen graag willen includeren. Op dit moment is dit aantal nog niet behaald natuurlijk, want daarvoor hebben we nog anderhalf jaar, dus het is ook niet zo dat ik kan zeggen dat ik iedere week drie kinderen zie met hersenletsels bijvoorbeeld of dat er iedere week zoveel nieuwe deelnemers komen, dat verschilt heel erg</i>
<i>Ze kwamen altijd alleen. De eis om mee te doen aan ons onderzoek was ook dat ze dus zelfstandig, in ieder geval een mail moesten kunnen openen en een link moesten kunnen volgen in die mail, als ze dat niet konden, ja, dan konden ze ook niet mee doen aan ons onderzoek want ja... dan zouden ze al vastlopen</i>	<i>In totaal duurt de training zes weken en dat houdt in dus aan de ene kant dat ze gedurende die zes weken vijf keer per week de computerspellen doen en dat ze één keer per week ongeveer drie kwartier met een therapeut samenkomen om die strategietraining te doen</i>

De training duurde 12 weken voor alle 2 de trainingsgroepen en de wachtlijst die wachtte dus 12 weken.	Dat zijn dus 6 weken 5x per week 30 minuten computertraining; dat zijn 900 minuten computertraining. En dan 6 weken lang 45 minuten per week strategietraining, dus dat is dan 4,5 uur strategietraining. Dat is in totaal 900 minuten computertraining en 4,5 uur strategietraining.
Ja, het was een online training, dus ze deden het op de computer thuis en ze deden dat 5 keer per week 30 minuten per dag.	
Die deden ze dan voor de training en dan weer na de training ook en ze deden ook nog een aantal computertaken, die deden ze dan online en die taken die deden ze dan ook weer 4 weken nadat ze de training hadden afgerond, dus dat was de follow up.	
Ze trinden een half uur per dag en dat wisselde elkaar dus af want die domeinen dat was belangrijk. Dus, die 3 minuten dat ze met 1 spel bezig waren.	
Die hebben ze ook op papier mee gekregen en ze kregen dat ook met filmpjes, daar hadden we instructies gemaakt en ze kregen dan het filmpje te zien en daarna hadden ze even de tijd om dat te oefenen die taak en als ze dan vragen hadden, dan konden ze die stellen en zo niet dan gingen ze weer door naar het volgende "spel", noem ik het maar even maar ja, naar de trainingstaak en ja, dus... ze konden die filmpjes thuis ook nog kijken, de instructiefilmpjes	
En ze kwamen over het algemeen wel individueel maar soms hadden we wel 2 deelnemers tegelijk en dan kregen ze ook wel eens tegelijkertijd instructies maar ze zaten dan wel alleen achter de computer en dan keken ze gewoon zelfstandig naar de filmpjes, dus ze deden dat dan wel op eigen tempo en als ze dan vragen hadden, dan konden ze die	

<i>gewoon stellen. Het was wel individueel eigenlijk, ja</i>	
<i>Dus, ze kwamen naar de Universiteit van ** voor de voormeting en uiteindelijk ook voor de nameting en op de voormeting kregen ze, de 2 trainingsgroepen, die kregen op de voormeting de uitleg van de training</i>	
<i>En ze kwamen over het algemeen wel individueel maar soms hadden we wel 2 deelnemers tegelijk en dan kregen ze ook wel eens tegelijkertijd instructies maar ze zaten dan wel alleen achter de computer en dan keken ze gewoon zelfstandig naar de filmpjes, dus ze deden dat dan wel op eigen tempo en als ze dan vragen hadden, dan konden ze die gewoon stellen. Het was wel individueel eigenlijk, ja</i>	
<i>Dan deden ze dus alleen maar de taken die dus online en... sorry, ik vergeet het vragenlijstje ook, ze hadden ook nog een vragenlijstje en die deden ze ook op die 3 momenten</i>	
<i>Dan werd pas het volgende level ook geopend eigenlijk en ja, dan als ze, zeg maar, klaar waren na een half uur training, dan kregen ze ook weer een stimulans van "hartstikke goed gedaan, je hebt er ééntje afgerond</i>	
<i>Dan werden ze wel verwezen naar een resultatenpagina en dan konden ze daar in een grafiek zien, ja, hoe hun score was</i>	
Thema doelgroep Labels: - Cognitieve klachten - Ziekte - Verdeling - Doel	
<u>Respondent 1: Onderzoeker Psycholoog</u>	<u>Respondent 2: Onderzoeker Psycholoog</u>
<i>Nee, maar als je niet persé je cognitie zou willen verbeteren, ja, dan zou je ook niet hier,</i>	<i>En dat gaat over een nieuwe cognitieve training die bestaat uit aan de ene kant computertraining en aan de</i>

<i>denk ik, aan mee doen en het was wel een inclusiecriteria dat ze wel nog cognitieve klachten moesten hebben. Dus, ze hoeven niet meer een stoornis echt te hebben, het mocht natuurlijk wel maar het hoefde niet persé maar ze moesten wel in ieder geval cognitieve klachten hebben en de stoornis moest wel ooit aanwezig zijn geweest</i>	<i>andere kant strategietraining voor kinderen met niet aangeboren hersenletsel</i>
<i>Dat heb ik niet zo bekeken dat het stoornisniveau dat dat in het gebied van aandacht zat, dat... ja, ze moesten cognitieve problemen hebben, dus dat hoefde niet persé aandacht te zijn, dat kan ook bijvoorbeeld of wat dan ook</i>	<i>allereerst mogen bij ons kinderen en jongeren meedoen tussen de 8 en 18 jaar. Alle kinderen moeten een diagnose niet-aangeboren-hersenletsel hebben. Dat kan dan wel door verschillende oorzaken komen dus bijvoorbeeld een traumatisch letsel, een hersentumor, een ontsteking zoals meningitis, een bijna-verdrinking, een CVA zou ook nog kunnen. Dus de oorzaak maakt eigenlijk niet uit, zolang het maar niet-aangeboren-hersenletsel is. Hebben alle kinderen die bij ons onderzoek meedoen een indicatie voor cognitieve revalidatie, wat betekent dat zij een behandeling gaan ontvangen in het revalidatiecentrum waar zij onder behandeling zijn of een behandeling gaan krijgen voor bepaalde cognitieve problemen. En dan heb je nog een aantal aanvullende criteria; dat zij bijvoorbeeld een computermuis moeten kunnen besturen, want dat heb je nodig om een computerspelletje te kunnen doen. Ze moeten een IQ hebben dat zo hoog is dat zij in ieder geval kunnen begrijpen waar de training over gaat</i>
<i>Dus, niet alleen maar aandacht, redeneren en werkgeheugen maar ook cognitieve flexibiliteit door eigenlijk de hele tijd te moeten schakelen tussen spellen door. Dus, dat was onze interventietraining.</i>	<i>Het doel is dan natuurlijk altijd dat zij beter worden en dat hangt dan weer af van de problemen die zij aan het begin hebben van waar het dan precies over gaat. Alle deelnemers aan ons onderzoek stellen wel een eigen persoonlijk doel op. En daar wordt dan uiteindelijk nog een keer naar gekeken als de training is afgerond of als de reguliere zorgbehandeling is afgerond. In ieder geval als het 6 tot 8 weken na de eerste meting is, dan gaan we kijken of we daar verandering in kunnen zien, maar dat zijn vaak brede doelen. De kinderen en jongeren mogen die zelf opstellen, dus dat verschilt heel erg van; ik wil me</i>

	<i>beter kunnen concentreren tot veel bredere dingen, zoals naar een normale school kunnen bijvoorbeeld</i>
<i>97 deelnemers en dat waren dan mensen die in de afgelopen 5 jaar een beroerte gehad hadden maar wel minimaal 3 maanden na hun beroerte waren. Dat hebben we ook gedaan omdat, ja, de meeste mensen kort na hun beroerte nog in revalidatie zaten en dat het anders misschien te druk zou zijn om daar ook nog eens dit programma daarnaast er bij te doen</i>	<i>Maar de hoofdvraag en het hoofddoel is eigenlijk altijd een verbetering bereiken in cognitief functioneren en daarnaast ook dat die verbetering generaliseert naar het dagelijks leven, want daarom hebben we deze nieuwe interventie ontwikkeld; om juist die generalisatie te kunnen onderzoeken en hopelijk te bevorderen</i>
<i>Die 97 mensen zijn gespreid over 3 groepen, die hebben we random toegewezen aan hun cognitieve flexibiliteitstraining en ook een actieve controlegroep, dus die deden een training waarvan wij dachten dat die niet zou werken en daarnaast de derde groep was een wachtlijstje groep en die deden eigenlijk niks tijdens de trainingsperiode behalve dan dat ze wel alle uitkomstmaten van deden</i>	
<i>De wachtlijst ging daarna dan nog wel met de cognitieve flexibiliteitstraining, ik noem dat even de interventietraining. Dat noemt de interventietraining, de actieve controlegroep die zou het dan moktraining noemen in het gesprek dan, het is korter. Die wachtlijst inderdaad moest nog de interventietraining doen maar daar hebben wij niet echt gemeten wat daar de effecten dan bij waren</i>	
<i>Nou, we hebben ze niet echt persé gevraagd naar wat hun doel was, we hebben gewoon eigenlijk de training aangeboden en gevraagd of dat ze daaraan mee wilden doen. Dus, mijn essentie is wel dat ze allemaal mee deden omdat ze graag hun cognitie zouden willen verbeteren.</i>	
<i>Ja, zo hebben we een aantal... want ons doel was om executieve functioneren te verbeteren</i>	

<i>en daarom hebben wij een... even kijken als ik het goed uit mijn hoofd zeg</i>	
---	--

Thema toepasbaarheid en generalisatie Labels: - Uitvoering - Generaliseren	
Respondent 1: Onderzoeker Psycholoog	Respondent 2: Onderzoeker Psycholoog
<i>ja, het zou kunnen zijn dat als je meer specifiek traint, dat je echt kijkt van "wat is er mis?", zelfs al op het niveau van de hersenen, van "waar zit die beroerte? Welk netwerk is beschadigd?", dat je dan ook echt de juiste trainingstaken gebruikt. Dus, dat zijn dan taken die de hersenen activeren... normaal gesproken, bij mensen die dus eigenlijk gezond zijn, die taken zou je dan willen gebruiken om die patiënten te trainen maar zolang we niet weten precies welke taken je moet gebruiken om bepaalde hersenen te stimuleren</i>	<i>De computertraining is één van de twee onderdelen van de nieuwe interventie die wij hebben ontwikkeld. Maar naast de computertraining is een heel belangrijk onderdeel de strategietraining. In die strategietraining komen de kinderen weer individueel samen met hun behandelaar en daar gaan ze dan kijken naar hoe gaat het nou met het spelen van de spellen, welke tips en trucjes gebruik je nou eigenlijk om een goede score te behalen op die spellen en hoe kun je dat soort trucjes ook gebruiken in je dagelijkse leven om daar ook bepaalde dingen beter te kunnen doen? Dus daar gaan we echt in op om expliciet die strategieën te benoemen en expliciet te linken aan hun dagelijkse leven</i>
<i>Ze kwamen naar de Universiteit toe voor de voormeting, dus ze hebben wel een aantal... een aantal taken hebben we met pen en papier en computertaken hebben we opgenomen</i>	<i>Ja, dat is echt belangrijk dat dat tegelijkertijd gebeurt, omdat die strategietraining heel erg leunt op de computertraining. Het hoort echt bij elkaar, we zouden nooit één van die twee kiezen of bijvoorbeeld alleen maar computertraining doen</i>
<i>Alles wat ze moesten beantwoorden dan was met de muis, dus ja...</i>	
<i>Het kon ook zijn dat ze soms 2 keer hetzelfde spel op een dag deden want wij hadden van tevoren een hele workoutlijst gemaakt zodat alle spellen uiteindelijk ook gedaan waren. Dus, die 3 minuten dat ze met 1 spel bezig waren, als ze dan een ronde hadden afgerond dan kregen ze meteen ook feedback hoe goed ze het gedaan hadden op een basis van een drie sterren systeem en als ze dan 2 sterren hadden dan mochten ze door naar het</i>	<i>Maar de hoofdvraag en het hoofddoel is eigenlijk altijd een verbetering bereiken in cognitief functioneren en daarnaast ook dat die verbetering generaliseert naar het dagelijks leven, want daarom hebben we deze nieuwe interventie ontwikkeld; om juist die generalisatie te kunnen onderzoeken en hopelijk te bevorderen</i>

<i>volgende level en bij 3 sterren moesten ze eigenlijk door naar het volgende level en op die manier probeerden we dat het adaptief was, de training, dat het zich aanpaste aan het niveau van de deelnemer. Als ze minder dan 1 ster hadden, dan konden ze ook niet verder naar het volgende level want die was dan nog geblokkeerd</i>	
<i>Ja, het zou kunnen zijn dat als je meer specifiek traint, dat je echt kijkt van “wat is er mis?”, zelfs al op het niveau van de hersenen, van “waar zit die beroerte? Welk netwerk is beschadigd?”, dat je dan ook echt de juiste trainingstaken gebruikt. Dus, dat zijn dan taken die de hersenen activeren... normaal gesproken, bij mensen die dus eigenlijk gezond zijn, die taken zou je dan willen gebruiken om die patiënten te trainen maar zolang we niet weten precies welke taken je moet gebruiken om bepaalde hersenen te stimuleren</i>	<i>Daar hebben we dus die strategietraining voor ontwikkeld. Dat is een uitgebreid protocol waarin wij stap voor stap ingaan op welke strategieën die kinderen gebruiken tijdens het spelen van die computerspellen, hoe ze die strategieën kunnen oefenen en hoe ze die strategieën kunnen toepassen in hun dagelijkse leven. En om dat zoveel mogelijk individueel toe te passen op het leven van de verschillende kinderen die meedoen, staan er altijd verschillende voorbeelden in het protocol en wordt de therapeut ook altijd aangeraden om echt in te gaan op het kind en de jongere die bij hun in behandeling is. Dus als je weet bijvoorbeeld dat een kind van knutselen houdt of op hockey zit, dat je dus dan die strategieën voor de vrije tijd van zo'n kind toepast en niet zozeer voor algemene voorbeelden.</i>
<i>Ja. Je ziet vaak inderdaad dat ze wel vooruitgaan op trainingstaken en dat het gewoon moeilijk is om inderdaad die effecten te generaliseren naar taken die ze niet getraind zijn en ik vraag mij af inderdaad naar de onderzoeken die wel die generalisatie of trainseffect? hebben gevonden, of dat inderdaad trainingseffecten zijn of placebo effecten zijn omdat ze vaak geen actieve controlegroep hebben gebruikt. Dan kan je eigenlijk niet meer zeggen, ja, waar het aan ligt, of het aan de training lag of niet</i>	

Labels: - Negatief bewijs - Bewijs - kennis	
Respondent 1: Onderzoeker Psycholoog	Respondent 2: Onderzoeker Psycholoog
<i>Daar denk ik dat we voorzichtig mee moeten zijn, ik denk dat we gewoon in de toekomst, ja, echt goed moeten kijken van "wat heeft een patiënt nodig?"</i>	<i>Ja, dat is bij ons inderdaad ook het geval. De spelletjes die balanceren altijd een beetje tussen eh ja je begint met de training net op een lager niveau dan je de vorige keer hebt behaald. Dat is zodat ze er nog een beetje kunnen inkomen en je kunt gewoon nog even wennen aan het spelletje. En vervolgens wordt er altijd een balans gezocht en dat doet dat programma automatisch tussen wat kan zo'n kind nou aan en hoe kunnen we dat kind nou net steeds weer een beetje laten verbeteren, want je moet iemand wel een beetje pushen, want als je altijd op hetzelfde niveau blijft, dan word je dus niet beter. Dat is ook wat we weten uit de literatuur dat dat adoptieve karakter van zo'n computerspel dat dat juist zeer belangrijk is, omdat je anders geen of nog minder verbetering ziet dan je sowieso al hebt bij alleen computertraining</i>
<i>Er zijn wel een aantal studies geweest die positieve resultaten lieten zien maar die hadden allemaal geen, bijna allemaal geen actieve controlegroep waardoor dat je eigenlijk niet weet of dat het door het placebo effect komt. Ik vraag mij af of dat de studies die tot nu toe positieve resultaten gevonden hebben, of dat echt wel trainingseffecten zijn, dat is in ieder geval... waarvan ik denk dat we voorzichtig moeten zijn, ja, dat zijn de 2 conclusies die ik eigenlijk heb</i>	<i>Het blijkt gewoon veel vaker uit de wetenschappelijke literatuur dat met het spelen van computerspellen dat kinderen maar ook volwassenen trouwens, zowel gezonde mensen als patiëntengroepen, dat zij daarmee wel verbeteringen kunnen behalen op de spelletjes. En dat is logisch, want als je iets vaak oefent dan word je daar beter in. De verbeteringen die je daardoor echter ziet op neuropsychologische taken zijn al veel kleiner als ze überhaupt aanwezig zijn. En vervolgens de effecten in het dagelijks leven die zijn eigenlijk nihil. En dat is wat wij belangrijk vinden voor een cognitieve revalidatiebehandeling, die effecten op het dagelijkse leven en daar weten we eigenlijk steeds meer van, dat je dat niet kunt behalen door alleen maar computertraining aan te bieden.</i>
<i>Ja, weet je ook eigenlijk niet welke training je moet gebruiken. Ik zou zeker nou niet adviseren om klakkeloos veel meer</i>	<i>Door de literatuur die wij hebben en de verschillende artikelen bij elkaar te voegen, kom je eigenlijk toch wel op een bepaalde aanwijzing uit van het lijkt er op alsof</i>

<i>onderzoeken te gaan doen, je moet juist heel voorzichtig zijn dat we dus echt een training hebben die dus kans maakt om beter te zijn dan de training tot nu toe want tot nu toe is er gewoon nog niet zoveel uitgekomen. Dus, ik zou wel voorzichtig zijn met zo maar een nieuwe training te gaan testen en daar dan heel veel deelnemers en heel veel geld aan uit te geven.</i>	<i>bijvoorbeeld de combinatie van computertraining en strategietraining alsof dat zou kunnen werken, maar dat is dus nog niet eerder onderzocht of in ieder geval niet op de manier waarop wij dat op dit moment doen en daarom zijn we dat nu natuurlijk wel aan het bekijken.</i>
	<i>Ja, er zijn wel eerdere studies geweest die ook een vorm van computertraining en een vorm van strategietraining hebben gebruikt en misschien ook wel hebben gecombineerd. Vaak zijn dat kleinschalige studies en vaak is dat in het buitenland gedaan. Dat is vaak met andere programma's gedaan en dat zorgt altijd voor andere effecten, dus de manier waarop wij het op dit moment doen met een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek met een grote groep en veel centra in Nederland is tot nu toe nog niet gedaan</i>
<i>Ja, op dit moment denk ik dat er gewoon nog niet voldoende bewijs is om te onderbouwen dat zo een computertraining echt werkt</i>	<i>Door de literatuur die wij hebben en de verschillende artikelen bij elkaar te voegen, kom je eigenlijk toch wel op een bepaalde aanwijzing uit van het lijkt er op alsof bijvoorbeeld de combinatie van computertraining en strategietraining alsof dat zou kunnen werken, maar dat is dus nog niet eerder onderzocht of in ieder geval niet op de manier waarop wij dat op dit moment doen en daarom zijn we dat nu natuurlijk wel aan het bekijken</i>
<i>Nou, wat ik denk is dat we op dit moment nog niet specifiek genoeg weten welke, ja, taken... even kijken hoe ik het gemakkelijk kan zeggen, dus, op dit moment weten we nog niet zo goed welke hersengebieden er nodig zijn voor bepaalde activiteiten en we weten ook niet zo goed welke taken die we doen, dus computertaken bijvoorbeeld, welke taken bepaalde hersengebieden activeren en ik geloof heel erg dat zodra we taken vinden en we weten welke hersengebieden beschadigd</i>	<i>Ja, er zijn wel eerdere studies geweest die ook een vorm van computertraining en een vorm van strategietraining hebben gebruikt en misschien ook wel hebben gecombineerd. Vaak zijn dat kleinschalige studies en vaak is dat in het buitenland gedaan. Dat is vaak met andere programma's gedaan en dat zorgt altijd voor andere effecten, dus de manier waarop wij het op dit moment doen met een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek met een grote groep en veel centra in Nederland is tot nu toe nog niet gedaan</i>

<i>zijn bijvoorbeeld, en je weet van “oké, dat gebied is beschadigd”, en je weet welke taak je zou kunnen gebruiken om dat hersengebied te stimuleren, dat je dan ook meer het netwerk kan herstellen, zal ik maar zeggen.</i>	
	<i>Ook daar is variatie in, dat hangt af van het revalidatiecentrum waar de patiënten lopen dus dat kunnen bijvoorbeeld ergotherapeuten zijn of neuropsychologen. Eigenlijk hebben wij daar als eis aan gesteld dat dat een persoon moet zijn die ervaring heeft met het geven van een cognitieve revalidatiebehandeling aan kinderen en jongeren met niet-aangeboren-hersenletsel en daar zit best wel een heel grote range in van welke soorten beroepen dat dan kunnen zijn.</i>
	<i>Zolang ze ervaring hebben, dat dat hun werk is, want wij denken dat de ervaring van zo’n therapeut ook een grote bijdrage nog kan leveren aan zo’n strategietraining, want zij weten hoe ze bepaalde dingen moeten overbrengen en zij weten hoe zij met patiënten moeten omgaan en dat is voor ons heel belangrijk.</i>

Thema effecten en resultaten Labels: - Resultaat - Uitkomsten - Uitkomst participatie - Uitkomst taakniveau - Negatieve effecten - Effecten - Negatieve en positieve ervaring - Ervaring	
Respondent 1: Onderzoeker Psycholoog	Respondent 2: Onderzoeker Psycholoog
<i>Ja, uiteindelijk zagen we vooruitgang op een aantal taken maar die vooruitgang die zagen we ook in de wachtlijstgroep, dus dat wil dan eigenlijk zeggen dat de kans dus best groot is</i>	<i>Ons doel is altijd een verbetering behalen in een dagelijks leven van zo’n kind, dus dat zij zich werkelijk beter kunnen concentreren in de klas en niet zozeer dat zij alleen maar beter worden in het spelen van een aandachtspel of dat ze</i>

<i>dat het leereffecten waren of effecten die alleen te maken hebben dat ze mee doen met het onderzoek, bijvoorbeeld Hontnor effect, het placebo effect, dat soort zaken. Dus, ja, uit ons onderzoek kwam dat, ja, het eigenlijk niet heel veel...</i>	<i>daar een hogere score halen of een hogere score behalen op een nieuwe psychologische aandachttest. Het belangrijke is echt dat het concreet effect heeft voor zo'n kind</i>
<i>Ook bij de placebo groep want we hadden een placebo soort van groep, dat was die actieve controlegroep maar we hadden ook een wachtlijstgroep en die wachtlijst die deed dus eigenlijk helemaal niks, dus daar zou je geen vooruitgang verwachten maar we zagen dezelfde of in ieder geval er was geen significant verschil tussen de vooruitgang van die wachtlijstgroep en de vooruitgang van de trainingsgroepen, dus daardoor kan je zeggen van "oké, de training heeft dus eigenlijk niet meer bijgedragen dan hoe het met de wachtlijstgroep is gegaan." In ieder geval niet met de uitkomstmaten die wij gebruikt hebben en dus ook niet met de training die wij gebruikt hebben. Dus, ik wil niet zeggen dat een training, dat dat niet werkt maar in ieder geval, wat wij gebruikt hebben, dat heeft dus niet gewerkt.</i>	
<i>Maar omdat we op dit moment nog niet genoeg weten van de hersenen eigenlijk, denk ik dat we op dit moment gewoon nog niet specifiek genoeg, ja, dus eigenlijk de juiste taak kunnen aanbieden voor mensen met een beroerte waardoor ze nu nog geen positieve effecten ondervonden. Want, onze conclusie was ook wel dat...</i>	
<i>Ja, wat wel zo is, sommige deelnemers geloofden er wel echt in dat ze vooruit zijn gegaan en zelfs nu als wij de deelnemers vertellen van "het heeft niet geholpen", krijgen</i>	

<i>we toch nog mails van patiënten van “bij mij heeft het dus wel geholpen</i>	
<i>dus ook niet in geen van de groepen, dus er was geen tijdseffect, dus de participatie en in ieder geval de restrictie daarvan was hetzelfde en is niet afgenomen door de training</i>	
<i>Het komt er eigenlijk op neer dat je met je **?toetsen kan je kijken of dat er echt inderdaad geen effect was en dat heb ik wel gedaan op taakniveau, ook de aandachtstaken waar jij, denk ik dan geïnteresseerd in bent en daarbij zagen we ook dat er geen verschil in groepen was</i>	
<i>Ja, nou, ik weet niet of ze er energie uithalen, dat denk ik niet maar wel dat ze wel denken dat het geholpen heeft en dat ze... dat dat prettig voor ze is geweest</i>	
<i>Het enige wat wel een groot pluspunt is van die computertrainingen is dat de patiënten er heel graag, vaak maar niet altijd, maar sommige patiënten heel graag meer willen doen en ja, je kan als Therapeut niet altijd meer tijd investeren in je cliënt en dus ze willen eigenlijk naast wat jij ze kan bieden, willen ze eigenlijk meer doen.</i>	
<i>Hoe ze moesten inloggen en alles want dat is ook best wel complex, het waren niet allemaal mensen die heel veel gebruik maakten van de computers, dus sommige mensen, ja, hadden best wel veel moeite om überhaupt al in te loggen, al was het niet persé moeilijk maar ja, als je natuurlijk niet zo goed met computers om kan gaan dan is dat dus blijkbaar ook best wel moeilijk</i>	
<i>We hebben ook een paar mensen die pas gestopt zijn omdat ze dus problemen kregen met de computer bijvoorbeeld. Het is echt heel, ja, verschillend</i>	

<i>Dus ik weet alleen maar een beetje de samenvatting van wat de deelnemers ervan gevonden hebben en eigenlijk waren ze over het algemeen best wel tevreden daarover. Ja, een deel van de deelnemers wilden ook nog wel doortraining (positieve ervaring) maar er waren ook wel een aantal deelnemers die er ook wel echt klaar mee waren na die 12 weken.</i>	
--	--

BIJLAGE 10: FEEDBACK OPDRACHTGEVER

Resultaten lit. studie, het wordt voor mij niet inzichtelijk wat resultaten zeggen voor de praktijk/conclusie. Hogelijk vindt een tabel te maken met inhoud onderzoek/groepsgrootte/kwal. beoordeling etc. Nu lijkt bij deelvraag 1 dat er veel positieve resultaten zijn, terwijl de conclusie dit anders is. Fijn als een inzichtelijker wordt.

Deelvraag 3: Schouwen → inhoud/opbouw helder. Welke literaire achtergrond

INVULFORMULIER ADVIES OPDRACHTGEVER ONDERZOEKSVERSLAG (BIJLAGE BIJ ONDERZOEKSVERSLAG)

Na het schrijven van het eindverslag, wordt het indienen ervan (week 4.5) aan de student onderstaande items invullen door de opdrachtgever. Dit formulier, voorzien van handtekening opdrachtgever, wordt als bijlage toegevoegd aan het eindverslag.

Naam student: <u>Esmeralda Muller</u>	Naam docentbegeleider:	Datum:
Naam opdrachtgever: <u>Irene Boelhouwer</u>	Handtekening opdrachtgever:	<u>8-6-17</u>

Item	ja	nee	Opmerkingen
Inhoud			
Is de vraagstelling (voldoende) beantwoord?	☒	☐	Onvoldoende conclusie
Is eindproduct zoals afgesproken? (bijv. protocol, implementatieplan, voorlichtingsbrochure, etc.)	☒	☐	Mis concrete adviezen naar de praktijk hoe met dit onderzoek verder?
Proces			
Hoe verliep de communicatie met de student?			
- Nakomen en voorbereiden afspraken - Tijdig feedback vragen - Gebuit maken van feedback - Bereikbaarheid	☒ ☒ ☒ ☒	☐ ☐ ☐ ☐	
Werkt de student voldoende zelfstandig?			
- zelf doen en uitzoeken waar mogelijk - betrokkenheid - inzet en inzetstaf - tijdig om hulp vragen	☒ ☒ ☒ ☒	☐ ☐ ☐ ☐	Heel erg! Korte tijdsperiode
Adres ten aanzien van de beoordeling van het onderzoeksverslag	☒	☐	Toelichting: Samenstelling + taalkundige stijl



Vraagstelling + aanbevelingen
niet beoordeeld, "nog niet af uitgewerkt/
graag uitgebreider in bruikbaarheid praktijk aanpak"

Resultaten praktijk; duidelijk weergegeven per kopje

Conclusie praktijkonderzoek; deze mis ik. Probeer

conclusies te koppelen aan aanbevelingen (voor de open eindjes/ onduidelijkheden)

BIJLAGE 11: PROGRAMMA'S

De programma's kwamen voort uit het praktijk- en literatuuronderzoek. Hieronder staat een overzicht in tabel 1 van de programma's, de kosten en de weblink voor mogelijke aanschaf.

Tabel 1. Programma's

Programma's		
Naam programma	Kosten	Weblink
Attention Process Training 1, 2 of 3	\$75.00	https://www.lapublishing.com/attention-process-training-test/ www.lapublishing.com/apt3-attention-process-training
Focusmix en Frontomix	Focusmix € 160,00 Frontomix € 250,00	www.mixreeks.be
Brainwave-R Rehabilitation Program	Prijs schriftelijk User Guide (£74) Attention (Cost £112) Visual Processing (Cost £112) Information Processing (Cost 238) Memory (Cost £88) Executive Functions (Cost £88) Prijs Downloads User Guide (£44) Attention (Cost £63) Visual Processing (Cost £63) Information Processing (Cost £134) Memory (Cost £49) Executive Functions (Cost £49)	http://www.braintreetraining.co.uk/index.php
Pre-reading en Witriting excises	\$25.00 per oefening	www.visabilities.com
Cogpack	€655,- (zonder update)	www.markersoftware.com/USA/frames.htm
Cogni plus	€ 1.139,00 Termijnen 12 maanden € 94,92 p/m	www.psychologischetesten.nl
Mindfit	Onbekend	www.mindfit.be
Cogmed training	Onbekend	https://www.cogmed.nl/?gclid=CjwKEAjwjunJBRDzl6iCpoKS4G0SJACJAx-VD26AMU6-OiWCWDtnwGatbetGcfctpBiG0V7ECnhO2RoCdWPw_wcB
Captain's Log training of Lumosity	Alleen zichtbaar voor zorgprofessionals	http://www.braintrain.com/captains-log-mindpower-builder-store/

Foramen	€1230.00	http://www.foramenrehab.info/index.php?page=tilaukset.htm
Rehab training	£355.90	https://www.rehacom.co.uk/
BrainGymme,	Onbekend	https://www.braingymmer.com/nl/
Act training	Niet gevonden	Niet gevonden
Mosepi	Niet gevonden	Niet gevonden
Cochmes	Niet gevonden	Niet gevonden