

MULTIDISCIPLINAIRE GROEPSBEHANDELING BIJ CVA PATIËNTEN IN DE ACUTE FASE

2019-2020



Laura Verbiest
Student ergotherapie
Studentnummer: 0928669
Hogeschool Rotterdam

Opdrachtgever:
Karin Martens

Docent afstudeeronderzoek:
Joan Verhoef

*Opdrachtgever

Aantal woorden: 6571

VOORWOORD

Voor u ligt het afstudeeronderzoek 'Multidisciplinaire groepsbehandeling bij CVA patiënten in de acute fase'. Er is onderzoek gedaan op welke manier ergotherapeutische en/of multidisciplinaire groepsbehandeling voor klinische, volwassen CVA patiënten in het LUMC een bijdrage kan leveren aan het vergroten van de zelfredzaamheid van ADL activiteiten (basale ADL vaardigheden en deels instrumentele ADL vaardigheden) en bijdraagt aan meer betrokkenheid van de patiënt bij dagelijkse handelingen. Het afstudeeronderzoek is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding ergotherapie aan de Hogeschool Rotterdam in opdracht van mijn stageplek het LUMC, afdeling revalidatiegeneeskunde. Ik ben bezig geweest met mijn onderzoek en schrijven van het afstudeeronderzoek van februari 2020 tot en met juni 2020.

Het afstudeeronderzoek is uitgevoerd en geschreven in tijden van Corona. Hierdoor zijn er naar alternatieven gezocht om het praktijkonderzoek te kunnen uitvoeren. Hier wil ik mijn begeleider van mijn opleiding, Joan Verhoef bedanken voor het meedenken. Ook wil ik haar bedanken voor de feedback en het beantwoorden van mijn vragen over het afstudeeronderzoek. Dit heeft bijgedragen aan de kwaliteit van mijn onderzoek. Mijn stagebegeleider, Karin Martens, wil ik bedanken voor het geven van feedback en voor het helpen met het uitzetten van de vragenlijst voor het praktijkonderzoek. Tot slot wil ik de respondenten bedanken voor hun deelname aan het afstudeeronderzoek, in het bijzonder de patiëntenvereniging hersenletsel voor hun vriendelijke medewerking. Ik heb met veel plezier gewerkt aan het afstudeeronderzoek en heb er veel van geleerd. Hieronder een citaat, als eye opener in tijden van Corona en hopelijk wordt hier meer bij stil gestaan na deze periode:

"In de coronatijd past iedereen zich eindelijk aan, aan ons tempo. Een verademing dat het zoveel rustiger is, in OV en de winkel." (ervaringsdeskundige, 53 jaar)

Ik wens u veel plezier bij het lezen van het afstudeeronderzoek.

Laura Verbiest

Voorschoten, 10 juni 2020

SAMENVATTING

Inleiding

De aanleiding van de opdracht is om de kwaliteit van zorg te verbeteren bij volwassen CVA patiënten op de verpleegafdeling neurologie van het LUMC. Binnen het afstudeeronderzoek wordt er gericht op volwassen CVA patiënten vanaf 18 jaar in de acute fase. Er wordt momenteel niet structureel voldaan aan de behandelfrequentie van ergotherapeutisch zorg volgens de richtlijn herseninfarct en hersenbloeding (Nederlandse vereniging voor neurologie, 2017) en de zorgstandaard CVA/TIA (Kennissenetwerk CVA Nederlands, 2012). Om de behandelfrequentie te verhogen is groepsbehandeling een mogelijkheid om dit te gaan bereiken. Een verhoogde behandelfrequentie verbetert de kwaliteit van patiëntenzorg en bevordert de snelheid en mate van herstel. Daarnaast zorgt het voor de patiënt voor lotgenotencontact (Steultjens, Cup, Zajec, & Van Hees, 2013) en verbetering van de ADL-activiteiten. Voor ergotherapeuten is groepsbehandeling een effectieve manier om de intensiteit van het oefenen voor CVA patiënten te verhogen. Aangezien er nog geen groepsbehandeling gegeven wordt op de neurologie afdeling, draagt de opdracht bij aan een vernieuwend aspect van therapie binnen deze setting in het LUMC.

De onderzoeksvraag is als volgt: Op welke manier kan ergotherapeutische en/of multidisciplinaire groepsbehandeling voor klinische, volwassen CVA patiënten in het LUMC een bijdrage leveren aan het vergroten van de zelfredzaamheid van ADL activiteiten (basale ADL vaardigheden en deels instrumentele ADL vaardigheden) en bijdragen aan meer betrokkenheid bij dagelijkse handelingen?

Methode

Er is middels literatuursearch onderzocht wat er bekend is in de literatuur over ergotherapeutische en/of multidisciplinaire (groeps)behandeling voor klinische, volwassen CVA patiënten in de acute fase om de zelfredzaamheid in de ADL te vergroten. Vervolgens heeft er in het praktijkonderzoek een inventarisatie plaatsgevonden op de onderwerpen: toepasbaarheid in het LUMC, draagvlak onder paramedici en patiënten. Dit is onderzocht door middel van een kwalitatief onderzoek. Hierbij zijn vier ergotherapeuten van academische ziekenhuizen geïnterviewd, drie ervaringsdeskundigen en er is een vragenlijst uitgezet naar het multidisciplinair team van de afdeling neurologie van het LUMC.

Resultaten

Uit de literatuursearch kwam naar voren dat activiteitgerichte groepsbehandeling (ontbijtgroep, lunchgroep, aankleedgroep) gericht op de principes van taakgerichte training het meest geschikt lijkt voor verbetering van de ADL in de acute fase. Ook sluit deze training goed aan bij de doelgroep, namelijk CVA patiënten met cognitieve en motorische beperkingen. Naast taakgerichte training blijken bilaterale training en actieobservatie training ook effectief te zijn voor de verbetering van ADL en kunnen in een groepsbehandeling worden aangeboden.

Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat ervan uit patiëntperspectief en het multidisciplinair team over het algemeen positief gedacht over groepsbehandeling in de acute fase. Het multidisciplinair team (n=5) heeft verschillende onderwerpen aangegeven waar de groepsbehandeling zich op kan richten: een arm-handfunctiegroep (n=4), een lunchgroep (n=2) en een aankleedgroep (n=2). Momenteel kan de vakgroep logopedie niet (standaard) deelnemen aan de groepsbehandeling, vanwege beperkt aantal FTE.

De ergotherapeuten van andere UMC's hadden ervaring met een lunchgroep, revalidatiegroep en arm-handgroep. De meerwaarde van een groepsbehandeling vanuit de literatuursearch en praktijkonderzoek ondersteunen elkaar.

Conclusie

Om de zelfredzaamheid van CVA patiënten in ADL activiteiten te vergroten en een bijdrage te leveren aan meer betrokkenheid tijdens dagelijkse handelingen, is een lunchgroep in combinatie met werken aan individuele doelen (gericht op aankleden, loopvaardigheid en arm-handfunctie) een strategie die kan worden gebruikt. Hierbij worden de interventies taakgerichte training, bilaterale training en actieobservatie training gebruikt, zodat de ADL verbetert bij CVA patiënten in de acute fase.

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding.....	6
1.1	Achtergrond en aanleiding voor groepsbehandeling.....	6
	Huidige werkwijze bij CVA patiënten	7
1.2	Probleemanalyse.....	7
	Gewenste werkwijze bij CVA patiënten	8
1.3	Doelstelling en onderzoeksvraag	8
2.	Methode.....	9
2.1	Methode literatuursearch.....	9
2.2	Methode praktijkonderzoek.....	10
3.	Resultaten	11
3.1	Resultaten literatuursearch.....	11
	Ergotherapeutische interventies voor CVA patiënten om de zelfredzaamheid te vergroten.....	11
	Ergotherapeutische en multidisciplinaire groepsbehandeling voor CVA patiënten	13
3.2	Resultaten praktijkonderzoek	15
	Interviews ergotherapeuten	15
	Interviews ervaringsdeskundigen	16
	Vragenlijst multidisciplinair team	17
4.	Discussie	19
	Conclusie	20
	Aanbevelingen.....	21
	Literatuurlijst.....	23
	Bijlagen.....	27
	Bijlage 1: begrippenlijst.....	27
	Bijlage 2: zoekstrategie	28
	Bijlage 3: literatuursearch	29
	Bijlage 3a: deelvraag 1	29
	Bijlage 3b: deelvraag 2	45
	Bijlage 4: toelichting interventies.....	53
	Bijlage 5: interviewprotocol	55
	Bijlage 5a: interviewprotocol ergotherapeuten.....	55
	Bijlage 5b: interviewprotocol ervaringsdeskundige.....	57
	Bijlage 6: vragenlijst multidisciplinair team	59
	Bijlage 7: advies groepsbehandeling	61

1. INLEIDING

1.1 ACHTERGROND EN AANLEIDING VOOR GROEPSBEHANDELING

Het afstudeeronderzoek vindt plaats op de afdeling revalidatiegeneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum (hierna: LUMC). De afdeling revalidatiegeneeskunde onderzoekt en behandelt functiestoornissen ten gevolge van een ziekte, aangeboren aandoening of een ongeval (LUMC, 2016). De afdeling heeft drie ergotherapeuten, twee logopedisten, vijf revalidatieartsen en twee onderzoekers in dienst en werkt samen met de fysiotherapeuten uit de 'dienst fysiotherapie'. De ergotherapeuten werken op verschillende klinische afdelingen van het ziekenhuis, met name: neurologische verpleegafdeling (hierna: verpleegafdeling), interne geneeskunde, psychiatrie, longziekten, hartziekten en intensive care.

De aanleiding van de opdracht is de wens tot het verbeteren van de kwaliteit van zorg bij volwassen patiënten¹ met een Cerebro Vasculair Accident (CVA) op de neurologie afdeling van het LUMC. Het afstudeeronderzoek is gericht op de behandeling van volwassen CVA patiënten vanaf 18 jaar in de acute fase, direct na het CVA. Dit is een grote doelgroep voor de ergotherapeuten van het LUMC. Deze fase duurt enkele dagen tot ruim twee weken. Vaak verblijft een deel van de patiënten in deze fase in het ziekenhuis. Tijdens deze fase staat het volgende centraal: voorkomen van complicaties en verergering van de hersenschade, observatie, diagnostiek en eerste behandeling. In deze fase wordt het vervolgtraject bepaald (LUMC, 2014; Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2017). Er is voor deze doelgroep gekozen, omdat er op dit moment niet wordt voldaan aan de aanbevelingen van de richtlijn herseninfarct en hersenbloeding (Nederlandse vereniging voor neurologie, 2017) en de zorgstandaard CVA/TIA (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012) met betrekking tot behandel frequentie van ergotherapeutische zorg. Momenteel wordt een patiënt twee keer door de ergotherapeut gezien: één keer met kennismaken en één keer een observatie. Een verhoogde behandel frequentie verbetert de kwaliteit van patiëntenzorg en bevordert de snelheid en mate van herstel. Dit geldt met name bij CVA patiënten met een halfzijdige verlamming en ADL onzelfstandigheid (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012). Na de opname van de patiënt in het ziekenhuis moet ergotherapie gemiddeld binnen 24-72 uur gestart zijn bij patiënten met een CVA (Steultjens, Cup, Zajec, & Van Hees, 2013). Onder intensievere training wordt verstaan minimaal twee keer per dag therapie, 20 tot 30 minuten onder begeleiding van een fysiotherapeut, ergotherapeut en/of verpleegkundige in de acute fase (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012). Deze frequentie geldt voor patiënten met een beperking in basale ADL vaardigheden. Onder basale ADL vaardigheden (BADL) wordt verstaan het zorgen voor jezelf, zoals douchen, toiletgang, aan- en uitkleden, eten, mobiliteit, persoonlijke hygiëne en verzorging, slapen en rusten (Heijkers & Kruijne, 2012). Het is echter van belang wanneer intensieve therapie wordt gestart dat de patiënt, zowel neurologisch als cardiovasculair voldoende stabiel is, zonder verlaagd bewustzijn (Nederlandse vereniging voor neurologie, 2017).

Groepsbehandeling en/of het stimuleren van zelf oefenen zijn mogelijkheden om de intensiteit van het oefenen te verhogen (Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, 2015). Momenteel wordt er op de neurologie afdeling al veel gedaan om de patiënt te stimuleren zelf te oefenen, bijvoorbeeld door het aanbieden van de oefengids CVA. Momenteel wordt geen groepsbehandeling aangeboden op de neurologie afdeling. Binnenkort wordt er een nieuwe neurologie afdeling geopend. Deze afdeling biedt kansen om patiënten meer uit te nodigen tot activiteiten. In de nieuwe huiskamer kunnen patiënten terecht voor een gezamenlijk ontbijt of lunchmoment. Een paramedische therapieruimte op de afdeling geeft de mogelijkheid patiënten te stimuleren tot activiteiten en voor het geven van groepsbehandeling.

Daarnaast zijn er op de neurologie afdeling vrijwilligers aanwezig die in de ochtend en middag met patiënten eten in de huiskamer. Groepsbehandeling zorgt voor de patiënt voor lotgenotencontact.

¹ Er is voor de term patiënt gekozen, omdat deze term in het ziekenhuis wordt gebruikt.

Dit kan zorgen voor een positieve dimensie voor het leren omgaan met de beperkingen in het functioneren na een CVA (Steultjens et al., 2013).

HUDIGE WERKWIJZE BIJ CVA PATIËNTEN

In figuur 1 is het ergotherapeutisch proces weergegeven dat doorlopen wordt bij CVA patiënten. Dit is een cyclisch proces, dit wil zeggen dat het niet volgens een vaste volgorde verloopt en bij herbeoordeling van een patiënt kan worden teruggegaan naar een eerdere stap in het proces.



Figuur 1 huidige werkwijze

* Een ADL-observatie wordt uitgevoerd op het moment dat de ergotherapeut het nodig acht om de ADL zelfstandigheid (beperkingen op functie niveau zoals apraxie) in kaart te brengen en als de patiënt handvaten wil krijgen voor het zelfstandiger uitvoeren van de ADL.

** Conclusie over huidig niveau van functioneren

*** voor definitie zie begrippenlijst in bijlage 1. Er wordt een advies gegeven over het beste vervolgtraject voor de patiënt door middel van diagnostiek. Hierbij wordt samengewerkt met de (revalidatie)arts, fysiotherapeut, logopedist en neuroloog.

Ergotherapie in het ziekenhuis richt zich op het in kaart brengen van de (on)zichtbare gevolgen van het CVA op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en opstellen van een ergotherapeutisch behandelplan. Momenteel kunnen ergotherapeutische behandelingen gericht op training, voornamelijk worden gegeven als daar voldoende tijd voor is. Deze behandelingen richten zich op ADL-training of andere basale ADL-taken, adviezen aan de verpleging over de verzorging en benaderingen van de patiënt en het bieden van psycho-educatie aan de patiënt en zijn naasten (Van Schouwen, 2009). Dit is niet altijd mogelijk in verband met een beperkte formatie die naar verwachting niet zal toenemen.

1.2 PROBLEEMANALYSE

Na een CVA kunnen er motorische, sensorische, neuropsychologische (cognitie, emotie en gedrag) en spraak-, taal- of slikstoornissen optreden. Problemen in de zelfverzorging en huishouden komen veel voor na een CVA (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012).

Het onderzoek richt zich op patiënten met een combinatie van motorische en/of cognitieve problemen. Onder motorische problemen valt onder andere halfzijdige verlamming, hemiparese en spasticiteit. Direct na de CVA heeft ongeveer 85% van de patiënten een parese in tenminste een van de ledematen. Hierdoor wordt de fijne motoriek belemmerd. Bewegingen komen traag op gang en er is een verminderde snelheid. Cognitieve stoornissen zijn gericht op de oriëntatie, aandacht, geheugen/leervermogen, waarneming, taal, denken, tempo van informatieverwerking, planning en organisatie (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012).

Er zijn bestaande vormen van groepsbehandeling die elders in Nederland worden toegepast, zowel in ziekenhuizen als revalidatiecentra (Ziekenhuis St Jansdal, z.d.; Santeon, 2018; Sint Maartenskliniek,

z.d.; Transmuralis, 2015, p. 6; Van Ede, Janssen, Paulus & Vermeer, 2012). Voorbeelden van groepsbehandelingen zijn: circuittraining, schrijfgroep, ontbijtgroep en kookgroep. Er is nog niet bekend of deze groepsbehandelingen ook geschikt zijn in de acute fase.

GEWENSTE WERKWIJZE BIJ CVA PATIËNTEN

Het gewenste resultaat in de acute fase is dat de zelfredzaamheid in ADL activiteiten wordt vergroot. Zelfredzaamheid is “het vermogen om dagelijkse activiteiten zelfstandig te kunnen doen” (Movisie, z.d.). ADL activiteiten kunnen worden onderverdeeld in basale ADL vaardigheden en instrumentele ADL (IADL). Onder IADL vallen activiteiten die interactie vereisen met de omgeving. Binnen het onderzoek wordt er gericht op de basale ADL vaardigheden en de volgende activiteiten van de IADL: maaltijden klaarmaken en huishoudelijke activiteiten. Deze activiteiten doen een groter beroep op het probleemoplossend vermogen en sociale interactie dan de BADL (Heijkers & Kruijne, 2012). Er wordt gestreefd om de snelheid en mate van herstel positief te beïnvloeden bij CVA patiënten door middel van groepsbehandeling. Steultjens et al. (2013) beschrijft dat groepsbehandeling bijdraagt aan lotgenotencontact en een positieve dimensie voor het leren omgaan met de beperkingen in het functioneren na een CVA. Het opzetten van een groepsbehandeling lijkt een effectieve manier om de intensiteit van het oefenen voor CVA patiënten te verhogen in het LUMC.

1.3 DOELSTELLING EN ONDERZOEKSVRAAG

Naar aanleiding van de probleemanalyse is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:
Op welke manier kan ergotherapeutische en/of multidisciplinaire groepsbehandeling voor klinische, volwassen CVA patiënten (vanaf 18 jaar) in het LUMC een bijdrage leveren aan het vergroten van de zelfredzaamheid van ADL activiteiten (basale ADL vaardigheden en deels instrumentele ADL vaardigheden) en bijdragen aan meer betrokkenheid van de patiënt bij dagelijkse handelingen?

De volgende doelstelling sluit hierop aan:

Er is kennis en inzicht bij de ergotherapeuten wat de mogelijkheden zijn voor ergotherapeutische en/of multidisciplinaire groepsbehandeling voor klinische volwassen CVA patiënten in het LUMC, met als resultaat de zelfredzaamheid in ADL activiteiten te vergroten, hetgeen bijdraagt aan de snelheid en mate van herstel voor de patiënt.

2. METHODE

2.1 METHODE LITERATUURSEARCH

Zoekvraag

Wat is er bekend in de literatuur over ergotherapeutische en/of multidisciplinaire (groeps)behandeling voor klinische, volwassen CVA patiënten in de acute fase om de zelfredzaamheid in de ADL te vergroten?

- P: klinische, volwassen CVA patiënten in de acute fase
- I: ergotherapeutische en/of multidisciplinair groepsbehandeling
- C: -
- O: zelfredzaamheid in de ADL

Deelvragen literatuursearch

1. Welke ergotherapeutische interventies worden gebruikt om de zelfredzaamheid van CVA patiënten te vergroten?
 - o Welke van deze interventies kunnen als een groepsbehandeling worden aangeboden bij CVA patiënten?
2. Welke groepsbehandelingen worden binnen de ergotherapie gebruikt bij CVA patiënten?
 - o Welke multidisciplinaire groepsbehandelingen zijn er voor CVA patiënten?
 - o Welke groepsbehandelingen zijn ook geschikt in de acute fase?

Databanken

- Pubmed
- Cinahl
- Cochrane library
- Nursing and Allied Health Comprehensive
- Psychology and Behavioral Science

Naast de databanken wordt er gebruik gemaakt van de volgende richtlijnen, standaarden en boeken:

- De ergotherapierichtlijn CVA (Steultjens et al., 2013)
- De richtlijn herseninfarct en hersenbloeding (Nederlandse vereniging voor neurologie, 2017)
- Zorgstandaard CVA/TIA (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012)
- Het boek "neurorevalidatie" (Van Cranenburgh, 2017).

Bovenstaande bronnen zijn gevonden, doordat het werd vermeld bij de ergotherapierichtlijn CVA bij 'achtergrond en uitgangspunten'. Het boek neurorevalidatie is gebruikt naar aanleiding van de minor neurorevalidatie.

Zoekstrategie

Tabel 1 zoektermen

Pico element	Trefwoord Nederlands	Trefwoord Engels	Alternatieven
P (patiënt)	Cerebrovasculair accident (CVA), acuut	Cerebrovascular accident, stroke, CVA, acute (acute phase, acute care)	Hospital
I (interventie)	Ergotherapie, groep, groepsbehandeling, multidisciplinair	Occupational therapy, group, group treatment, group program, group therapy, multidisciplinary	Stroke rehabilitation
C (co-interventie)	-		
O (uitkomst)	ADL, zelfredzaamheid	ADL, daily activities, independence	

In tabel 1 staan de zoektermen vermeld die zijn toegepast tijdens het zoeken naar geschikte artikelen. De zoektermen zijn gecombineerd doormiddel van booleaanse operatoren. De zoekhistorie is terug te vinden in bijlage 3. Ook is er gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode, via de referentielijst van artikelen zijn er andere artikelen gevonden. Voor de literatuursearch zijn er ook selectiecriteria opgesteld, zie hiervoor bijlage 2.

Daarnaast is er via de zorgstandaard CVA/TIA via de sneeuwbal methode terechtgekomen op de site van kennisnetwerk CVA Nederland. Hier is informatie gevonden over het knowledge broker netwerk CVA*. Door bij thema's te kijken is er informatie gevonden over een revalidatiegroep in de acute fase. Vervolgens is op internet gezocht naar "knowledge brokers groep acute fase", waar een projectverslag is gevonden over een lunchgroep. De uitwerking staat in deelvraag 2 van de literatuursearch.

*voor definitie zie begrippenlijst in bijlage 1.

2.2 METHODE PRAKTIJKONDERZOEK

Met het praktijkonderzoek wordt de volgende vraagstelling beantwoord:

Welke groepsbehandelingen kunnen worden toegepast bij CVA patiënten op de afdeling neurologie van het LUMC, die een bijdrage leveren aan het vergroten van de zelfredzaamheid van ADL activiteiten en zorgen voor meer betrokkenheid bij dagelijkse handelingen en hoe wordt er vanuit het multidisciplinair team en patiëntperspectief tegen groepsbehandeling aangekeken?

Om antwoord te geven op de vraagstelling is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Op deze manier wordt het beste de mening en ideeën van de patiënten, ergotherapeuten en het multidisciplinair team in kaart gebracht (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-Van doorn, & Rosendal, 2015).

Het praktijkonderzoek bestaat uit drie onderdelen:

- Telefonische interviews met ervaringsdeskundigen
- Vragenlijst onder paramedici
- Interviews met ergotherapeuten van andere UMC's gericht op groepsbehandeling.

Aan ervaringsdeskundigen werd gevraagd naar de ervaringen die zij hadden met groepsbehandelingen en hoe zij aankijken tegen een groepsbehandeling in de acute fase. De ervaringsdeskundigen zijn benaderd via de CVA patiëntenvereniging hersenletsel. Er is gekozen om de patiëntenvereniging hersenletsel te benaderen, omdat het momenteel niet mogelijk was om patiënten op de afdeling neurologie te interviewen door Corona. Bij andere UMC's werd bij ergotherapeuten geïnventariseerd of daar groepsbehandelingen plaatsvinden en zijn de ervaringen voor een klinische groepsbehandeling voor CVA patiënten onderzocht. Er is onder zes paramedici van de afdeling neurologie van het LUMC een vragenlijst uitgezet, om hun visie op groepsbehandeling uit te vragen.

Werkwijze interviews

Vooraf zijn er twee interviewprotocollen gemaakt voor ergotherapeuten en ervaringsdeskundigen, zie bijlage 5, aan de hand van de literatuursearch en het artikel van Juckett, Wengerd, Faieta, en Griffin (2020). In het artikel van Juckett et al. (2020) is er onderzoek gedaan naar de implementatie van ergotherapeutische EBP interventies in de dagelijkse praktijk. De bevorderende en belemmerende factoren die uit dit onderzoek zijn gekomen zijn besproken tijdens de interviews met de ergotherapeuten.

De informatie bij zowel het interview van de ervaringsdeskundigen als bij de ergotherapeuten is verzameld door middel van een semigestructureerd interview, omdat hierdoor kan worden doorgevraagd en gedetailleerde informatie kan worden verzameld (Verhoef et al., 2015). De interviews zijn opgenomen, zodat het achteraf kan worden getranscribeerd. Hier is mondeling toestemming voor gevraagd. Vervolgens zijn de interviews open gecodeerd en daarna axiaal gecodeerd. De gegevens van de interviews worden geanonimiseerd. Tussendoor is informatie samengevat om te kijken of de informatie correct is geïnterpreteerd, ook wel member checking genoemd. Bij de ervaringsdeskundigen is de uitwerking van het interview gemaild ter controle of de gegeven informatie correct is geïnterpreteerd.

Werkwijze vragenlijsten

Er is gebruik gemaakt van een digitale vragenlijst die online kon worden ingevuld. De vragen zijn geformuleerd aan de hand van de uitkomsten van de literatuurstudie. De gehele vragenlijst is opgenomen in bijlage 6. De gegevens van de vragenlijst zijn beschrijvend beschreven.

3. RESULTATEN

3.1 RESULTATEN LITERATUURSEARCH

ERGOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIES VOOR CVA PATIËNTEN OM DE ZELFREDZAAMHEID TE VERGROTEN

De resultaten van de literatuurstudie naar ergotherapeutische interventies bij CVA patiënten, zijn samengevat in tabel 2 en beoordeeld op;

- het effect van de interventie op de uitvoering van de ADL-taken
- toepasbaarheid in klinische setting
- toepasbaarheid van de interventie in groepsverband

Voor het volledige overzicht van interventies en bijbehorende artikelen wordt verwezen naar bijlage 3. Een uitgebreide inhoudelijke toelichting op de interventies is opgenomen in bijlage 4. Er heeft geen beoordeling plaatsgevonden van de methodologische kwaliteit van de onderzoeken, omdat dit niet past binnen de beschikbare tijd voor dit onderzoek. Als dit onderdeel was van een systematische review is dit overgenomen.

Tabel 2 Ergotherapeutische interventies bij CVA patiënten

Interventie	Kenmerken	Mogelijkheden voor groepsbehandeling
Bilaterale training	Gelijktijdig gebruik van ledematen bevorderen tijdens activiteiten (Pollack et al., 2014; Lee, Lee, Koo, & Lee, 2017).	Het kan in een groepsbehandeling worden aangeboden, zie hiervoor Mehdizadeh, Hassani Mehraban en Zahediyanasab (2017).
Taakgeoriënteerde training	Relevante activiteiten voor de patiënt en zijn context, wordt variabel aangeboden, kent herhaling, oefenschema met relatief lange rusttijden, herleren van een hele taak, positieve en tijdig feedback gegeven (Steultjens et al., 2013; Timmermans, Spooren, Kingma, & Seelen, 2010; Hubbard, Parsons, Neilson, & Carey, 2009).	Het kan in een groepsbehandeling worden aangeboden, zie hiervoor Christie, Bedford en McCluskey (2011).
Repetitive task training	Doelgericht, geïndividualiseerde taken met frequente herhalingen van een taak gerelateerde of taak specifieke beweging (Nilsen et al., 2014; Pollock et al., 2014)	Het kan in een groepsbehandeling worden aangeboden, zie hiervoor Capasso, Gorman en Blick (2010).

Actie observatie (AOT)	Patiënten observeren andere personen tijdens het uitvoeren van functionele bewegingen, met als doel de bewegingen te imiteren. Twee verschillende soorten: taak gebaseerde AOT en beweging gebaseerde AOT. Taak gebaseerd lijkt effectiever te zijn voor het activeren van de spiegelneuronen (Zhang et al., 2019).	De interventie is geschikt voor groepsbehandeling, omdat het imiteren van bewegingen ook mogelijk is in groepsverband.
-------------------------------	---	---

Vervolgens is er gekeken naar de effectiviteit van de verschillende interventies. Volgens de systematische review van Pollack et al. (2014) ontbreekt het bewijs dat bilaterale training effectief is voor het tweehandig handelen (Coupar, Ollock, Van Wijck & Langhorne, 2010). Van Delden, Peper en Kwakkel (2012) tonen in de systematische review aan dat unilaterale arm training effectiever is dan bilaterale arm training. In twee andere, meer recente, RCT's (Lee et al., 2017; Kim & Park, 2019) wordt er geconcludeerd dat bilaterale arm-training wel effectief is voor de uitvoering en tevredenheid van ADL activiteiten en IADL. Aangezien twee recente RCT's een expliciete uitspraak doen over ADL en IADL, wordt de interventie bilaterale training wel meegenomen in de conclusie van de literatuursearch.

Taakgerichte training lijkt effectief te zijn voor het dagelijks handelen en de ADL volgens een systematische review en RCT. In de systematische review van Rensink, Schuurmans, Lindeman en Hafsteinsdottir (2009) wordt er geconcludeerd dat taakgerichte training effectief is voor de verbetering in het dagelijks handelen. Binnen de systematische review van Pollock et al. (2014) zijn er twee studies geïncludeerd (Pelton, Van Vliet, & Hollands, 2012; Urton, Kohia, Davis, & Neill, 2007). De methodologische kwaliteit van deze studies is als onvoldoende beoordeeld. Daarom kunnen er geen conclusies worden getrokken. Volgens het RCT van Yoo en Park (2015) zorgt taakgerichte training voor significante verbetering van de handfunctie en ADL. Deze interventie wordt meegenomen in de conclusie, omdat volgens Rensink et al. (2009) en Yoo en Park (2015) taakgerichte training effectief is voor het dagelijks handelen, de handfunctie en ADL.

Volgens de systematische review van French et al. (2009) is er geen bewijs gevonden voor de effectiviteit van repetitive task training op het kunnen gebruiken van de arm en hand in de dagelijkse activiteiten. Pollock et al. (2014) toonde aan dat repetitive task training de functie van de bovenste extremiteit niet verbetert. Er wordt geen uitspraak gedaan over verbetering van ADL. Volgens Nilsen et al. (2014) kan er worden geconcludeerd dat het effectief is voor verbetering van activiteiten en participatie, maar dat het nog niet bekend is welke effecten eraan bijdragen voor verbetering. Aangezien er weinig bewijs is voor de effectiviteit en er niet bekend is welke factoren bijdragen aan verbetering, wordt deze interventie niet meegenomen in de conclusie.

In de systematische review en meta-analyse (Zhang et al., 2019) over actieobservatie training (AOT), wordt een significant effect aangetoond voor het verbeteren van de motorische functies van de bovenste extremiteit. Hierbij lijkt taak gebaseerde AOT effectiever te zijn dan beweging gebaseerde AOT.

Bij chronische CVA patiënten verbetert het de functie van de bovenste extremiteit, activiteiten en participatie. Bij CVA patiënten in de acute fase heeft het ook een significant effect aangetoond voor verbetering van de bovenste extremiteit, maar is het effect op de ADL niet onderzocht (Nilsen et al., 2014). Er is niet aangetoond dat het in de acute fase ook effectief is voor de verbetering van ADL. Aangezien het bij chronische CVA patiënten wel effectief is voor verbetering van activiteiten wordt deze interventie meegenomen in de conclusie, doordat de grootste vooruitgang de eerste paar weken plaatsvindt (Nederlandse vereniging voor neurologie, 2017).

ERGOTHERAPEUTISCHE EN MULTIDISCIPLINAIRE GROEPSBEHANDELING VOOR CVA PATIËNTEN

Binnen de literatuur zijn er verschillende ergotherapeutische en/of multidisciplinaire groepsbehandelingen gevonden voor CVA patiënten. De groepsbehandelingen die zijn onderzocht in de acute fase zijn: activiteitgerichte groepen (ontbijt-, lunch- en aankleedgroep) en taakgerichte circuittraining.

Activiteitgerichte groepen

Binnen deze activiteitgerichte groepen staat er een activiteit centraal. De groepen zijn met name gericht op de ADL, het herstel en op het verbeteren van het gebruik van de motoriek van de bovenste extremiteit (Capasso et al., 2010; Van Ede et al., 2012; Schouten, Murray, & Boshoff, 2011; Christie et al., 2011). Alleen de groepen die onderzocht zijn in de acute fase worden meegenomen in de hoofdvraag. In tabel 3 staan de activiteitgerichte groepen uitgewerkt.

Tabel 3 activiteitgerichte groepen

Artikel	Soort groepsbehandeling	Kenmerken en inhoud	Resultaat
RCT van Mehdizadeh et al. (2017) Aantal deelnemers: 14 CVA patiënten	Ergotherapeutische groepsbehandeling	Chronische CVA patiënten Uitvoeren van ADL taken, het gebruik van hulpmiddelen en bimanuele technieken	Significante verschillen gevonden in de uitvoering van ADL. Beïnvloed de uitvoering en tevredenheid, volgens de COPM. Groepsbehandeling kan de motivatie van de patiënt vergroten. Verbetering van activiteiten en sociale participatie.
Kwalitatief onderzoek van Schouten et al. (2011) Aantal deelnemers: vier CVA patiënten, drie therapeuten	Multidisciplinaire groepsbehandeling; ergotherapeut, fysiotherapeut en incidenteel logopedist	Chronische CVA patiënten Wekelijks Maximaal 6 patiënten Opbouw behandeling: - Fysiotherapie: fysieke activiteiten, zoals wandelen of circuittraining - Korte pauze - Ergotherapie: functionele activiteiten, zoals koken.	Contact met andere leeftijds- en lotgenoten, lotgenotencontact en vermindering van sociale isolement. Dit kan de patiënt helpen bij het aanpassen van de zelfidentiteit na een CVA.
Artikel van Capasso et al. (2010) Aantal deelnemers: onbekend	Ergotherapeutische ontbijtgroep	Acute CVA patiënten die moeite hebben met eten en drinken Repetitieve taakgerichte training Groep vier tot zes personen Begeleiding door twee ergotherapeuten Maandag tot vrijdag van 8.00-9.00 Eerste 30 minuten: ontbijt en Tweede helft: oefensessie, waarbij patiënten werken aan individuele doelen	Het wordt als positief ervaren door de deelnemers. Nieuwe strategieën leren om zelfstandig te eten, gelegenheid om meer te oefenen, sociale aspect met de andere deelnemers, ervaringen delen met elkaar, motiverend omdat deelnemers elkaar aanmoedigen, in contact komen met verschillende therapeuten.
Projectverslag Van Ede et al. (2012)	Multidisciplinaire lunchgroep	Acute CVA patiënten Verbeteren van de veiligheid en zelfstandigheid tijdens het lunchen	Behandelintensiteit is met 25% per week toegenomen. 85% extra oefen therapie naast de reguliere therapie.

Aantal deelnemers (die de enquête hebben ingevuld): 14		Lotgenotencontact Werken aan individuele doelen Dagelijks, 75 minuten Verpleegkundige (zorgt dat de deelnemers aanwezig zijn), ergotherapeut, fysiotherapeut en logopedist Patiënten doen zoveel mogelijk	35% heeft meer lotgenotencontact. Het percentage dat wordt gestimuleerd om zelf brood te smeren is met 64% toegenomen.
Cohort onderzoek (met een pre-test design) van Christie et al. (2011) Aantal deelnemers: 119	Ergotherapeutische aankleedgroep	Ziekenhuissetting Eén uur, twee keer per week, gemiddelde deelname is vier keer Groep: twee à drie tot tien deelnemers, begeleid door ergotherapeut Aankleedoelen gericht op de onderste en/of bovenste extremiteit Principes van taakgerichte training: doelen stellen en feedback geven Buitenste laag kleding uit respect voor de patiënt	Klinisch significante verschillen in de uitvoering van het aankleden.

De ontbijtgroep (Capasso et al., 2010) is onderzocht in de acute fase. Ondanks de beperkte betrouwbaarheid van dit onderzoek, wordt het wel meegenomen in de conclusie. Aangezien er weinig bewijs is van groepsbehandeling in de acute fase.

Er is naar voren gekomen wat de meerwaarde is van een groepsbehandeling. Vanuit het perspectief van de patiënt kwam naar voren dat de groep elkaar steunt, ervaringen met elkaar delen over waar ze tegenaan lopen, lotgenotencontact en elkaar aanmoedigen (Capasso et al., 2010; Schouten et al., 2011; Van Ede et al., 2012). Daarnaast kan de motivatie van de patiënten worden vergroot door de dynamiek en participatie in een groepsbehandeling. Ook verbetert het de activiteiten en sociale participatie, zodat het de kwaliteit van leven kan verbeteren (Mehdizadeh et al., 2017).

Taakgerichte circuittraining

Binnen het RCT van Moon, Park, Kim en Na (2018) is taakgerichte circuittraining onderzocht bij 18 CVA patiënten in de acute fase, begeleid door ergotherapeuten. Er zijn zes verschillende taken uitgevoerd (gebruik gemaakt van revalidatie tools), gedurende vijf minuten met vier moeilijkheidsniveaus. De circuittraining heeft een positief effect op de verbetering van de bovenste extremiteit en neurale reorganisatie. Er was geen significante verbetering in de ADL. Aangezien deze methode onvoldoende gericht is op de verbetering van de ADL, wordt deze training niet meegenomen in de hoofdvraag

3.2 RESULTATEN PRAKTIJKONDERZOEK

INTERVIEWS ERGOTHERAPEUTEN

Er zijn drie interviews afgenomen bij vier ergotherapeuten. Twee ergotherapeuten, allebei werkzaam in hetzelfde ziekenhuis, zijn tegelijk geïnterviewd over dezelfde groep. In de drie interviews zijn drie verschillende groepen besproken. De ergotherapeuten hebben 10 tot 24 jaar werkervaring als ergotherapeut (gemiddeld 16,8 jaar). Hieronder staan de resultaten van de interviews beschreven.

Algemene gegevens groepsbehandeling

In tabel 4 zijn de algemene gegevens van de groepsbehandeling uitgewerkt.

Tabel 4 algemene gegevens groepsbehandeling

Kenmerken	Lunchgroep	Revalidatiegroep	Arm-handgroep
Frequentie groepsbehandeling (per week)	3 keer	5 keer	2 keer
Duur groepsbehandeling	45-60 minuten	30 minuten	30 minuten
Moment van de dag	Middag	Middag	Ochtend
Doelgroep	Alle neurologische aandoeningen	Alle neurologische aandoeningen Inclusiecriteria: 45 minuten zitten Enigszins reageren Exclusiecriteria: Aan het infuus zitten die nog moet worden ingesteld, waardoor er de hele tijd een piepend geluid is. Enorm ontremd of schreeuwerig	Alle neurologische aandoeningen Inclusiecriteria: 45 minuten (in de rolstoel) zitten Medisch stabiel
Groepsgrootte (aantal patiënten)	Twee tot zes Afhankelijk van de ernst van problematiek van de deelnemers	Twee tot tien (gemiddeld vier à vijf) Afhankelijk van de belastbaarheid	Vier Afhankelijk van de belastbaarheid
Aanwezig tijdens groepsbehandeling	Eén paramedici (wisselend een fysiotherapeut, logopedist of ergotherapeut) in combinatie met een (leerling) verpleegkundige).	Ergotherapeut en fysiotherapeut Soms werd één therapeut vervangen door een stagiaire	Eén ergotherapeut Meerdere therapeuten zijn gewenst, omdat in elke groepsbehandeling alles weer opnieuw moeten worden uitgelegd
Instromen nieuwe patiënten per behandeling	Ja	Ja	Ja

Aanleiding

Redenen voor het implementeren van een vorm van groepsbehandeling waren het creëren van een therapeutisch klimaat, nastreven van betekenisvol oefenen en bevorderen van lotgenotencontact.

Resultaten

Zowel de lunchgroep als revalidatiegroep resulteerde in meer therapie uren, waardoor de richtlijnen beter kunnen worden nageleefd. Daarnaast zorgde de lunchgroep voor een gedragsverandering, waarbij patiënten zelfstandiger de basale ADL- taken gaan uitvoeren tijdens de ziekenhuisopname. Daarnaast zijn de voordelen van groepsbehandeling de mogelijkheden tot lotgenotencontact, een extra therapiemoment en het kunnen delen van succeservaringen. De nadelen worden benoemd de confrontatie met de beperkingen, overlapping met bezoeken en arm/handgroep kost veel tijd, waardoor andere patiënten niet konden worden gezien.

Als aandachtspunt wordt meegegeven dat het belangrijk is voor deelname aan de groep dat er goede ergotherapeutische diagnostiek wordt uitgevoerd naar de arm/handvaardigheden, evenals de benadering en leerstrategieën, mogelijk aan de hand van het cognitief disabilities model. Op korte termijn zijn de verschillende benaderingen en leerstrategieën moeilijk te combineren in een groepsbehandeling.

“De cognitief goede patiënten vinden het fijn om een extra oefenmoment te hebben (ergotherapeut, 15 jaar ervaring).”

Implementatie groepsbehandeling

Besteed aandacht aan de profilering als de groep van start gaat. Zorg voor betrokkenheid van patiënten en verpleegkundigen van de afdeling. Bij twee groepen was er in het begin weerstand vanuit de verpleegkundigen en weinig draagvlak op de verpleegafdeling. Mogelijk is hierbij van invloed geweest dat verpleegkundigen nauwelijks betrokken zijn geweest bij het opzetten van de groep.

Advies opzetten groepsbehandeling

- Betrek collega's (onder andere verpleegkundigen) waar weerstand wordt verwacht zo vroeg mogelijk, waardoor er een gezamenlijke verantwoordelijkheid ontstaat en het draagvlak op de afdeling wordt vergroot.
- Geef de groepsbehandeling een duidelijk kader.
- Een ruimte op de afdeling werkt mogelijk motiverend voor de verpleegkundige, zodat ze ook kunnen zien wat er gebeurt. Ook maakt dit deelname gemakkelijk mogelijk, omdat de groep op de verpleegafdeling van de patiënten gegeven kan worden.
- Tenslotte wordt er geadviseerd om het gewoon te starten en gaandeweg de werkwijze te optimaliseren.

INTERVIEWS ERVARINGSDESKUNDIGEN

Drie ervaringsdeskundigen, tussen de 53 en 56 jaar oud, zijn geïnterviewd. De opnameduur in het ziekenhuis varieerde van vijf dagen tot twee weken. De gevolgen van de CVA varieerde van enkel coördinatieproblemen van arm en been tot langdurige aandacht problematiek (verlaagd bewustzijn) en volledige afhankelijkheid van derden voor ADL-taken.

Twee ervaringsdeskundigen hadden ervaring met groepsbehandeling tijdens de revalidatiefase, namelijk met de cognitiegroep, afasiegroep en circuittraining. Ze hadden geen ervaring met groepsbehandeling in de acute fase. De ervaringsdeskundigen vonden het moeilijk om te bedenken hoe ze dit zouden hebben ervaren.

Twee ervaringsdeskundigen gaven aan dat het betrekken van een partner of familielid bij de groepsbehandeling nuttig kan zijn, om inzicht te geven in de problematiek na een CVA.

“In hoeverre iemand in staat is en baat heeft bij een groepsbehandeling zou het uit moeten wijzen door het gewoon te proberen en te doen” (ervaringsdeskundige).

VRAGENLIJST MULTIDISCIPLINAIR TEAM

Het is belangrijk om zo vroeg mogelijk de betrokkenen bij een groepsbehandeling te betrekken, hiermee wordt het draagvlak verhoogd (Verhoef et al., 2015). Om de mening en ideeën over groepsbehandeling en mogelijk eerdere ervaring na te gaan is gebruik gemaakt van een vragenlijst. In totaal hebben vijf therapeuten de vragenlijst ingevuld, twee fysiotherapeuten, twee logopedisten en één ergotherapeut. Alle respondenten hebben de vragenlijst volledig ingevuld. Gemiddeld werken de therapeuten 3,6 jaar in het LUMC. Alle respondenten hebben ervaring met groepsbehandeling zoals, afasiegroep, Parkinson/MS groep in eerste lijn, oefengroep (arm-handoefeningen) en kindergroepsbehandeling. Daarnaast zijn alle respondenten het eens dat multidisciplinaire groepsbehandeling zinvol is op de afdeling neurologie. Ook willen alle respondenten multidisciplinaire groepsbehandeling geven aan CVA patiënten samen met een collega. In tabel 5 staan de voor- en nadelen over de groepsbehandeling in de acute fase vanuit de ervaringsdeskundigen en het multidisciplinair team beschreven.

Tabel 5 voor- en nadelen groepsbehandeling

Voordelen groepsbehandeling		Nadelen groepsbehandeling	
Ervaringsdeskundigen	Multidisciplinair team	Ervaringsdeskundigen	Multidisciplinair team
- Erkennen en herkennen van de gevolgen - Stimulatie voor patiënten die mobiel en verstaanbaar zijn - Helpen ter voorbereiding op revalidatiecentrum - Motiverend en bevorderend voor zelfvertrouwen, omdat andere patiënten dezelfde problemen hebben - Leren van anderen - Verbonden met patiënten - Ervaringen uitwisselen - Dynamiek van een groep - Tips en adviezen krijgen - Door de prikkels van een groep wordt de echte wereld nagebootst, waardoor er eerder tegen cognitieve problemen wordt aangelopen. Hierdoor komen deze problemen eerder naar voren.	- Gemakkelijker om te werken aan doelen op participatieniveau - Interdisciplinaire benadering toepassen - Efficiënter behandelen - Voor de patiënt een positief effect en stimulans om te oefenen - Veel doelen hebben baat bij een multidisciplinair aanpak - Meer aandacht en tijd voor de trainers	- Veel prikkels - Korte opname in ziekenhuis - Aan het overleven in het ziekenhuis, waardoor het teveel kan zijn	- Veel werk - Aantal deelnemers zal zeer wisselend zijn, vanwege onderzoeken of zieker worden van patiënten

Alle respondenten hebben overwegend een positieve ervaring met groepsbehandeling. Er worden diverse redenen opgegeven, zie hiervoor bijlage 10.

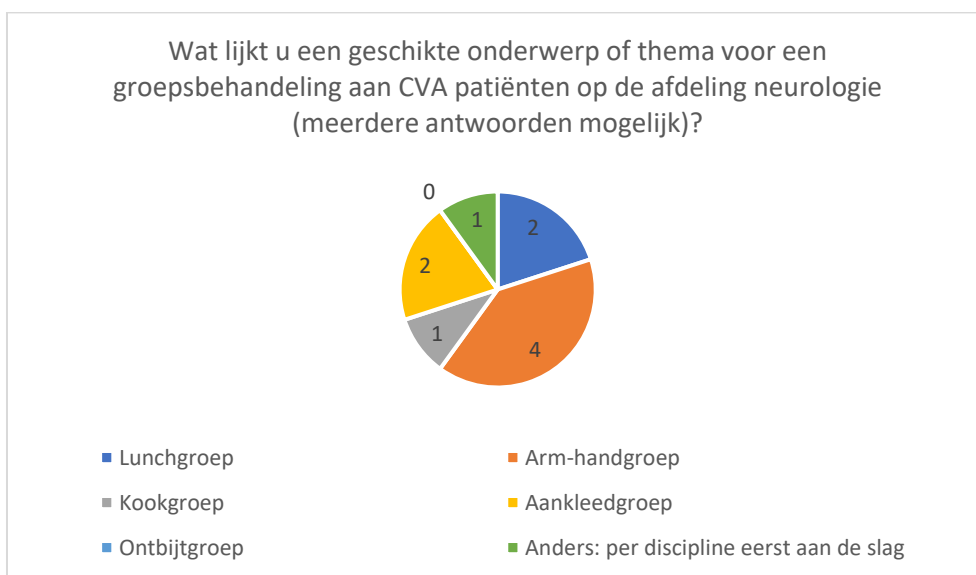
Er worden verschillende meningen gegeven over de frequentie waarin de groep gegeven kan worden. Eén respondent antwoordt eenmaal per week, twee antwoorden twee tot driemaal per week, één antwoord vier tot vijfmaal per week en één antwoordt dat het op dit moment voor de vakgroep logopedie niet haalbaar is vanwege te weinig FTE.

Meningen over de geschikte duur zijn wisselend. Twee respondenten antwoorden een half uur, één respondent één uur en één respondent ander halfuur. Eén respondent heeft "anders" ingevuld: half tot één uur afhankelijk van de belastbaarheid van de patiënt.

Een geschikte groepsgrootte varieert volgens de respondenten tussen de drie tot zes patiënten. Eén respondent antwoordt dat het afhankelijk is van de beschikbare ruimte. Als suggesties worden gegeven de oefenzaal op de afdeling Fysiotherapie (nadeel grote afstand tussen de verpleegafdeling en oefenzaal) of de therapie ruimte boven op verpleegafdeling.

Vier respondenten prefereren twee therapeuten voor begeleiding. Eén respondent noemt drie therapeuten.

In figuur 2 staat weergegeven wat de respondenten een geschikt onderwerp vinden voor een groepsbehandeling.



Figuur 2 onderwerp groepsbehandeling

4. DISCUSSIE

Uit het literatuursearch is gebleken dat activiteitgerichte groepsbehandeling (ontbijtgroep, lunchgroep, aankleedgroep) gericht op de principes van taakgerichte training het meest geschikt lijkt voor verbetering van de ADL in de acute fase. Ook sluit deze training goed aan bij de doelgroep, namelijk CVA patiënten met cognitieve en motorische beperkingen. Naast taakgerichte training blijken bilaterale training en actieobservatie training ook effectief te zijn voor de verbetering van ADL en kunnen in een groepsbehandeling worden aangeboden. Alle niveaus van bewijs zijn geïncludeerd met betrekking tot ergotherapeutische en multidisciplinaire groepsbehandeling voor CVA patiënten, waardoor het een breed perspectief biedt.

In het praktijkonderzoek wordt ervan uit patiëntperspectief over het algemeen positief gedacht over groepsbehandeling in de acute fase. Waar rekening mee moet worden gehouden is dat een groep veel prikkels geeft, waardoor patiënten sneller vermoeid zijn. Daarnaast zijn patiënten tijdens de acute fase aan het overleven, waardoor het teveel kan zijn. Ook kwam vanuit de ervaringsdeskundigen naar voren om een partner of familielid erbij te betrekken, om inzicht te geven in de problematiek na een CVA.

Daarnaast is gebleken dat het therapeutisch team van het LUMC positief tegenover groepsbehandeling staat. Het multidisciplinair team (n=5) heeft verschillende onderwerpen aangegeven waar de groepsbehandeling zich op kan richten: een arm-handfunctiegroep (n=4), een lunchgroep (n=2) en een aankleedgroep (n=2). Momenteel kan de vakgroep logopedie niet (standaard) deelnemen aan de groepsbehandeling, vanwege beperkt aantal FTE.

De ergotherapeuten van andere academische ziekenhuizen hadden ervaring met een lunchgroep, revalidatiegroep en arm-handgroep. De lunchgroep kan worden toegepast bij CVA patiënten. Het resulteert mogelijk in een gedragsverandering, waardoor de patiënt meer zelf gaat doen. Hierdoor wordt het vermogen om zelfstandig dagelijkse handelingen te doen vergroot. Dit kan resulteren in het vergroten van de zelfredzaamheid. De revalidatiegroep levert meer therapie uren op voor de patiënt, waardoor de richtlijnen beter kunnen worden nageleefd. Maar deze groep lijkt geen verbetering op te leveren voor het functioneren van de patiënt. Aan een arm-handgroep kan maar een specifieke doelgroep meedoen, alleen patiënten die motorische problemen ervaren in de arm-handfunctie. Arm-handoefeningen kunnen wel een onderdeel vormen van de groepsbehandeling, maar niet een opzichzelfstaande groepsbehandeling, omdat de doelgroep te beperkt is voor de afdeling neurologie van het LUMC.

De meerwaarde van een groepsbehandeling vanuit de literatuursearch en praktijkonderzoek ondersteunen elkaar.

De meest passende oplossing voor CVA patiënten in de acute fase in het LUMC is een lunchgroep in combinatie met het werken aan individuele doelen (gericht op aankleden, loopvaardigheid en arm-handfunctie). Het levert een bijdrage aan het vergroten van de zelfredzaamheid in ADL activiteiten en vergroot de betrokkenheid bij dagelijkse handelingen. Het is geschikt voor het LUMC, omdat vanuit het multidisciplinair team de drie onderwerpen voor groepsbehandeling zijn gecombineerd in één groepsbehandeling. Hierdoor sluit het aan bij de wensen van de therapeuten van de afdeling. Daarnaast richt het zich op basale ADL activiteiten (aan- en uitkleden en eten) en IADL (maaltijd klaarmaken).

Terugkomend op de aanbevelingen van de richtlijn herseninfarct en hersenbloeding (Nederlandse vereniging voor neurologie, 2017) en de zorgstandaard CVA/TIA (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012) met betrekking tot behandelfrequentie van ergotherapeutische zorg, verhoogt een lunchgroep de behandelfrequentie. Het doel is minimaal twee keer therapie per dag, 20 tot 30 minuten onder begeleiding van een fysio- ergo en/of verpleegkundige in de acute fase (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012). Met als resultaat het verbeteren van kwaliteit van zorg aan patiënten met een CVA in de acute fase.

Door de lunchgroep toe te voegen aan de huidige frequentie van therapie worden aanbevelingen grotendeels bereikt. Op de dagen dat er geen lunchgroep is, is het noodzakelijk dat de patiënt wordt gezien door een fysiotherapeut, ergotherapeut en/of verpleegkundige.

Kwalitatief goede zorg is verantwoord en komt tegemoet aan de reële wensen en behoeften van de patiënt en is daarnaast doeltreffend, doelmatig en patiënt gecentreerd (Van Hartingsveldt, Logister-Proost, & Kinébanian, 2010). Lunchgroep in combinatie met individuele doelen komt tegemoet aan de behoeften van de patiënt, omdat het zorgt voor erkenning en herkenning van de gevolgen na een CVA. Wanneer de aanbevelingen worden opgevolgd draagt de groepsbehandeling bij aan kwaliteit van zorg, met het verhogen van de behandel frequentie wordt de snelheid en mate van herstel positief beïnvloed. Daarnaast zorgt groepsbehandeling voor de patiënt onder andere voor motivatie, dynamiek, leren van anderen, zelfvertrouwen en succeservaring. Tijdens de groepsbehandeling wordt er gewerkt aan individuele doelen, waarbij er specifiek wordt gekeken naar de wensen en behoeften van de patiënt. Aangezien er nog geen groepsbehandeling op de afdeling neurologie van het LUMC is, draagt het bij aan een innovatief aspect.

Het praktijkonderzoek is vanuit verschillende invalshoeken benaderd (ergotherapeuten van academische ziekenhuizen, ervaringsdeskundigen en multidisciplinair team), waardoor de oplossing voor het praktijkprobleem vanuit een breed perspectief wordt onderbouwd. In verband met de beschikbare tijd was het niet mogelijk om veel interviews af te nemen bij de ergotherapeuten en ervaringsdeskundigen. Aangezien het een kleine onderzoeksgroep is, is er geen saturatie opgetreden en zijn de resultaten van het onderzoek minder betrouwbaar. Er is wel een interviewprotocol gemaakt en de interviews zijn opgenomen, waardoor de geloofwaardigheid toeneemt. Ook is er gebruik gemaakt van membercheck, zowel tijdens als na het interview. Tijdens de interviews is informatie herhaald naar de deelnemers aan het interview. Achteraf is ter controle de tabel met voor- en nadelen over de groepsbehandeling gemaild naar de ervaringsdeskundigen. De vragenlijst van het multidisciplinair team heeft een hoge respons, wat de betrouwbaarheid verhoogt. De leeftijd van de ervaringsdeskundigen ligt dicht bij elkaar, waardoor ze allemaal in dezelfde fase in het leven de CVA hebben doorgemaakt en dit van invloed kan zijn op hun visie over groepsbehandeling. Er waren echter weinig selectiecriteria voor de ervaringsdeskundigen voor deelname aan het onderzoek. Daarnaast varieerde de ernst van de CVA bij de ervaringsdeskundigen. De resultaten van de ervaringsdeskundigen moeten daarom met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Tijdens de interviews met de ergotherapeuten is er op sommige momenten onvoldoende doorgevraagd naar de mening. Hierdoor is mogelijk informatie gemist. Er zijn twee ergotherapeuten tegelijk geïnterviewd over dezelfde groep. Aan de ene kant is dit positief, omdat er over één groepsbehandeling vanuit twee verschillende ergotherapeuten input komt. Aan de andere kant wordt de mening van de ergotherapeuten mogelijk beïnvloed door de andere. Zowel het praktijkonderzoek als literatuursearch waren uitgebreid, waardoor er op sommige aspecten in de probleemanalyse en resultaten minder gedetailleerd kon worden ingegaan.

CONCLUSIE

Om de zelfredzaamheid van CVA patiënten in ADL activiteiten te vergroten en een bijdrage te leveren aan meer betrokkenheid tijdens dagelijkse handelingen, is een lunchgroep in combinatie met werken aan individuele doelen (gericht op aankleden, loopvaardigheid en arm-handfunctie) een strategie die kan worden gebruikt. Hierbij worden de interventies taakgerichte training, bilaterale training en actieobservatie training gebruikt, zodat de ADL verbetert bij CVA patiënten in de acute fase.

AANBEVELINGEN

Hieronder staan de aanbevelingen beschreven voor het opzetten van groepsbehandeling voor CVA patiënten in het LUMC op basis van de resultaten van het afstudeeronderzoek.

Aanbevelingen groepsbehandeling

- Start met het opzetten van één groepsbehandeling. Een lunchgroep is hiervoor het meest geschikt, omdat het ervoor zorgt dat de patiënt meer zelf gaat doen en de zelfredzaamheid wordt vergroot.
- De ruimte op de neurologieafdeling is geschikt. Het is makkelijk bereikbaar en kan motiverend werken voor de verpleegkundige, omdat ze kunnen zien wat er gebeurt. Een geschikte groepsgrootte is maximaal vijf personen. Dit is het maximale aantal personen dat past in de ruimte op de afdeling neurologie.
- Een geschikt moment van de dag is van 12-13uur, met een duur van 45 tot 60 minuten, afhankelijk van de belastbaarheid van de patiënt. Indien een patiënt laag belastbaar is, is het ook mogelijk om alleen het eerste deel van de groepsbehandeling aan te sluiten. Het eerste deel van de groepsbehandeling (30 minuten) wordt besteed aan het lunchen (klaarmaken, nuttigen en opruimen). Het tweede deel (15-30 minuten) wordt besteed aan het werken aan individuele doelen gericht op arm-handfunctie, loopvaardigheden en aankleedoelen. Zorg ervoor dat de betrokken paramedicus voorafgaand aan de groepsbehandeling een doel opstelt.
- Geschikte interventies om in een groepsbehandeling te gebruiken zijn taakgerichte training, bilaterale training en actieobservatie training. De principes staan uitgewerkt in bijlage 7.
- Een geschikte frequentie is drie keer per week. Met deze frequentie geeft elke ergo- en fysiotherapeut de groepsbehandeling één keer per week.
- Zorg voor multidisciplinaire begeleiding van de groepsbehandeling door een ergotherapeut en fysiotherapeut. Bij een specifieke logopedische vraag is, kan de logopedist gevraagd worden om deel te nemen aan de groepsbehandeling. Bij multidisciplinaire begeleiding kunnen de doelen van de patiënten multidisciplinair worden aangepakt, kan een interdisciplinaire benadering worden toegepast en kan de groepsbehandeling vaker worden gegeven, omdat er meerdere therapeuten betrokken zijn.
- Zorg ervoor dat patiënten worden aangemeld voor de groepsbehandeling door paramedici, arts of verpleegkundige. De selectiecriteria voor deelname aan groepsbehandeling staan uitgewerkt in bijlage 7.

Aanbevelingen opzetten van groepsbehandeling

- Betrek een verpleegkundige bij het opzetten van de groepsbehandeling, hierdoor wordt er draagvlak gecreëerd onder de verpleegkundigen. Dit is van belang, omdat de verpleegkundigen ervoor zorgen dat de patiënten op tijd bij de groepsbehandeling aanwezig zijn.
- Evaluer de groepsbehandeling met de deelnemers aan het einde van de groepsbehandeling. Maak hiervoor een (standaard) formulier dat patiënten in hooguit vijf minuten kunnen invullen.
- Zorg ervoor dat het voor iedereen (verpleegkundige, artsen, therapeuten en andere collega's) duidelijk is dat de groepsbehandeling is gestart, door er bijvoorbeeld een feestelijke gelegenheid van te maken.

Aanbevelingen vervolgonderzoek

- Onderzoeken of er ook patiënten met andere neurologische aandoeningen kunnen worden geïnccludeerd voor de lunchgroep.
- Onderzoek doen naar het betrekken van de partner of familielid bij de groepsbehandeling.

- Meten van de huidige behandelfrequentie bij CVA patiënten (nulmeting), zowel van de fysiotherapie als ergotherapie, zodat er concrete doelen kunnen worden geformuleerd met betrekking tot het verhogen van de behandelfrequentie.

LITERATUURLIJST

- Capasso, N., Gorman, A., & Blick, C. (2010). Breakfast group in an acute rehabilitation setting: a restorative program for incorporating clients' hemiparetic upper extremities for function. *OT practice*, 15(8), 14–18. Geraadpleegd op 14 maart 2020, van https://www.researchgate.net/publication/294391260_Breakfast_group_in_an_acute_rehabilitation_setting
- Christie, L., Bedford, R., & McCluskey, A. (2011). Task-specific practice of dressing tasks in a hospital setting improved dressing performance post-stroke: A feasibility study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(5), 364–369. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00945.x>
- Coupar, F., Pollock, A., Van Wijck, F., Morris, J., & Langhorne, P. (2010). Simultaneous bilateral training for improving arm function after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 1–52. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006432.pub2>
- French, B., Thomas, L. H., Leathley, M. J., Sutton, C. J., McAdam, J., Forster, A., & Watkins, C. L. (2009). Repetitive Task Training for Improving Functional Ability After Stroke. *Stroke*, 40(4), 98–99. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.108.519553>
- Heijkers, J., & Kruijne, R. (2012). 13a Wonen en zorgen. In Kinébanian, A., Granse, M., & Van Hartingsveldt, M. (Red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (3^{de} editie, pp. 314-357). Amsterdam: Reed Business Education.
- Hubbard, I. J., Parsons, M. W., Neilson, C., & Carey, L. M. (2009). Task-specific training: evidence for and translation to clinical practice. *Occupational Therapy International*, 16(3–4), 175–189. <https://doi.org/10.1002/oti.275>
- Juckett, L. A., Wengerd, L. R., Faieta, J., & Griffin, C. E. (2020). Evidence-Based Practice Implementation in Stroke Rehabilitation: A Scoping Review of Barriers and Facilitators. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 7401205050p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.035485>
- Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht. (2015). Snel in beweging - oefengids beroerte. Utrecht: Stichting Revalidatiecentrum de Hoogstraat.
- Kennisnetwerk CVA Nederland. (2012, november). *Zorgstandaard CVA/TIA*. Geraadpleegd op 19 maart 2020, van <https://www.kennisnetwerkcvanl/wp-content/uploads/2018/09/Zorgstandaard-CVA-TIA-printversie.pdf>
- Kim, S. H., & Park, J. H. (2019). The Effect of Occupation-Based Bilateral Upper Extremity Training in a Medical Setting for Stroke Patients: A Single-Blinded, Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(12), 104335. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104335>
- Lee, M. J., Lee, J. H., Koo, H. M., & Lee, S. M. (2017). Effectiveness of Bilateral Arm Training for Improving Extremity Function and Activities of Daily Living Performance in Hemiplegic Patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(5), 1020–1025. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.12.008>
- Mehdizadeh, M., Hassani Mehraban, A., & Zahedyannasab, R. (2017). The Effect of Group-Based Occupational Therapy on Performance and Satisfaction of Stroke Survivors: Pilot Trail, Neuro-

Occupational View. *Basic and Clinical Neuroscience Journal*, 8(1), 69–76.
<https://doi.org/10.15412/j.bcn.03080109>

Moon, J. H., Park, K. Y., Kim, H. J., & Na, C. H. (2018). The Effects of Task-Oriented Circuit Training Using Rehabilitation Tools on the Upper-Extremity Functions and Daily Activities of Patients with Acute Stroke: A Randomized Controlled Pilot Trial. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 9(5), 225–230. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2018.9.5.03>

Nederlandse vereniging voor neurologie. (2017). *Richtlijn herseninfarct en hersenbloeding*. Geraadpleegd op 16 maart 2020, van
<https://nvc.nl/sites/nvc.nl/files/Richtlijnen%20aanmaken/Richtlijn%20herseninfarct%20en%20hersenbloeding.pdf>

Nilsen, D. M., Gillen, G., Geller, D., Hreha, K., Osei, E., & Saleem, G. T. (2014). Effectiveness of Interventions to Improve Occupational Performance of People With Motor Impairments After Stroke: An Evidence-Based Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 6901180030p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.011965>

Pelton, T., Van Vliet, P., & Hollands, K. (2012). Interventions for improving coordination of reach to grasp following stroke: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10(2), 89–102. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2012.00261.x>

Pollock, A., Farmer, S. E., Brady, M. C., Langhorne, P., Mead, G. E., Mehrholz, J., & Van Wijck, F. (2014). Interventions for improving upper limb function after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), 1–138. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010820.pub2>
Ponds, R., & Fasco, L. (2010). *Neuropsychologische behandeling* (1ste editie). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Rensink, M., Schuurmans, M., Lindeman, E., & Hafsteinsdóttir, T. (2009). Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 737–754. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04925.x>

Santeon. (2018). *Betere zorg voor CVA patiënten door samenwerking*. Geraadpleegd op 8 april 2020, van
https://www.martiniziekenhuis.nl/Global/Afbeeldingen/Expertisecentrum%20CVA/betere_zorg_voor_cva_patiënten_2018.pdf

Schouten, L., Murray, C., & Boshoff, K. (2011). Overcoming the long-term effects of stroke: qualitative perceptions of involvement in a group rehabilitation programme. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18(4), 198–207. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2011.18.4.198>

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.

Timmermans, A. A. A., Spooren, A. I. F., Kingma, H., & Seelen, H. A. M. (2010). Influence of Task-Oriented Training Content on Skilled Arm-Hand Performance in Stroke: A Systematic Review. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 24(9), 858–870. <https://doi.org/10.1177/1545968310368963>

Transmuralis. (2015). *Zorgen over grenzen*. Geraadpleegd op 9 maart 2020, van
<http://files.m13.mailplus.nl/user2110274/1390/Jaarverslag%202015%20V1.0.pdf>

Urton, M. L., Kohia, M., Davis, J., & Neill, M. R. (2007). Systematic literature review of treatment interventions for upper extremity hemiparesis following stroke. *Occupational Therapy International*, 14(1), 11–27. <https://doi.org/10.1002/oti.220>

Van Cranenburgh, B. H. W. F. (2017). *Neurorevalidatie*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Van Delden, A. E. Q., Peper, C., Beek, P. J., & Kwakkel, G. (2012). Unilateral versus bilateral upper limb exercise therapy after stroke: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(2), 106–117. <https://doi.org/10.2340/16501977-0928>

Van Ede, E., Janssen, E., Paulus, L., & Vermeer, D. (2012). *Knowledge Brokers Project 'Lunchgroep'*. Geraadpleegd op 9 maart 2020, van <https://docplayer.nl/66712117-Knowledge-brokers-project-lunchgroep.html>

Van Hartingsveldt, M., Logister-Proost, I., & Kinébanian, A. (2010). *Beroepsprofiel ergotherapeut* (1ste editie). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Van Schouwen, E. T. (2009). *Cognitieve revalidatie therapie*. Enkhuizen, Nederland: Hersenwerk.

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker- Van Doorn, C., & Rosendal, H. (2015). *ZorgBasics - Praktijkgericht onderzoek* (1ste editie). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

Yoo, C., & Park, J. (2015). Impact of task-oriented training on hand function and activities of daily living after stroke. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(8), 2529–2531. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.2529>

Zhang, B., Kan, L., Dong, A., Zhang, J., Bai, Z., Xie, Y., & Peng, Y. (2019). The effects of action observation training on improving upper limb motor functions in people with stroke: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14(8), e0221166. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221166>

Internetbronnen

Knowledge broker netwerk. (2020, 23 maart). Geraadpleegd op 17 april 2020, van <https://www.kennisnetwerkcva.nl/kennisbank/knowledge-broker-netwerk/>

LUMC. (2014, 9 september). *Zorg en behandeling na een beroerte (CVA) | LUMC*. Geraadpleegd op 28 mei 2020, van <https://www.lumc.nl/patientenzorg/praktisch/patientenfolders/zorg-behandeling-beroerte>

LUMC. (2016, 24 september). *Revalidatiegeneeskunde | LUMC*. Geraadpleegd op 8 april 2020, van <https://www.lumc.nl/org/revalidatiegeneeskunde/>

Movisie. (z.d.). *Zelfredzaamheid*. Geraadpleegd op 26 maart 2020, van <https://www.movisie.nl/zelfredzaamheid>

Sint Maartenskliniek. (z.d.). *Groepsbehandelingen van de Cognitieve Behandelunit*. Geraadpleegd op 8 april 2020, van <https://www.maartenskliniek.nl/revalidatiegeneeskunde/hersenaandoeningen/groepsbehandelingen-van-de-cognitieve-behandelunit>

Ziekenhuis St Jansdal. (z.d.). *Lunchgroep*. Geraadpleegd op 8 april 2020, van <https://www.stjansdal.nl/folders/lunchgroep>

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: BEGRIPPENLIJST

Acute fase

De acute fase is de fase direct na de CVA. Deze fase duurt enkele dagen tot ruim twee weken. Vaak verblijft de patiënt in deze fase in het ziekenhuis. Tijdens deze fase staat het volgende centraal: voorkomen van complicaties en verergering van de hersenschade, observatie, diagnostiek en eerste behandeling. In deze fase wordt het vervolgtraject bepaald (LUMC, 2014, Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2017).

Basale ADL vaardigheden (BADL)

Onder basale ADL vaardigheden (BADL) wordt verstaan het zorgen voor jezelf, zoals douchen, toiletgang, aan- en uitkleden, eten, mobiliteit, persoonlijke hygiëne en verzorging, slapen en rusten (Heijkers & Kruijne, 2012).

Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (IADL)

Hieronder vallen activiteiten die interactie vereisen met de omgeving. Binnen mijn onderzoek richt ik mij op de volgende activiteiten van de IADL: maaltijden verzorgen/klaarmaken en huishoudelijke activiteiten. Deze activiteiten doen een groter beroep op het probleemoplossend vermogen en sociale interactie dan de BADL (Heijkers & Kruijne, 2012).

Triage²

Het is een dynamisch beslisproces met als doel welke revalidatiezorg of zorgtraject het meest passend is voor een patiënt. Hier wordt zo vroeg mogelijk mee gestart. Dit wordt gedaan voor patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis, waar problemen verwacht worden bij activiteiten en/of participatie (Proeftuinen geriatrie revalidatie, 2013, Kennisnetwerk CVA Nederland, 2012).

Zelfredzaamheid

“Het vermogen om dagelijkse activiteiten zelfstandig te kunnen doen” (Movisie, z.d.).

Knowledge broker netwerk CVA

Dit is een netwerk die organisaties ondersteunt om de kwaliteitsstandaarden te implementeren, zoals de richtlijn herseninfarct en hersenbloeding en de zorgstandaard CVA/TIA (“Knowledge broker netwerk”, 2020).

² Proeftuinen geriatrie revalidatie. (2013). *Leidraad Geriatrie Revalidatie Zorg* (Versie 1.1.). Geraadpleegd op 16 maart 2020, van <https://www.lumc.nl/sub/9600/att/1090174/Leidraad-Geriatrie-Revalidatie-2013>

BIJLAGE 2: ZOEKSTRATEGIE

Selectiecriteria

Inclusiecriteria

- Gericht op de ergotherapeutische en/of multidisciplinaire interventies
- Engels of Nederlands geschreven
- Full tekst beschikbaar
- Gepubliceerd tussen 2009 en 2020. Hiervoor is gekozen, omdat er veel onderzoek is gedaan naar ergotherapie en CVA.
 - o Bij het zoeken naar deelvraag 1 is er literatuur gezocht vanaf december 2012, omdat de ergotherapeutische interventies voor december 2012 in de ergotherapierichtlijn CVA (Steultjens et al., 2013) staan beschreven.
- Systematic review/meta-analyse, RCT, CCT, observationeel onderzoek, cohort onderzoek, case studie
 - o Aangezien er weinig artikelen zijn over ergotherapeutische groepsbehandeling bij CVA patiënten, wordt dit criteria in mindere mate meegenomen. Met het niveau van bewijs wordt wel rekening gehouden in de conclusie.
- De doelgroep zijn volwassenen met een CVA

Exclusiecriteria

- Interventies gericht op Virtual Reality
- Interventies gericht op games, zoals Nintendo Wii
- Interventies gericht op het gebruik van een robot
- Interventies gericht op visuele problemen (zoals hemianopsie) en neglect
- CIMT of MCIMT: dit kost te veel tijd voor een optimaal resultaat
- (Elektromyografische) biofeedback
- Huiswerk programma, omdat deze al aanwezig is op de afdeling neurologie.

BIJLAGE 3: LITERATUURSEARCH

BIJLAGE 3A: DEELVRAAG 1

Zoekhistorie

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S7	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND intervention AND ((activities of daily living OR ADL)) NOT ((cimt or constraint induced movement therapy or mcimt or modified constraint induced movement therapy)) NOT virtual reality NOT transcranial magnetic stimulation NOT ((care homes or residential care or nursing homes)) NOT ((robots OR robotics)) NOT acute	Limiters - Published Date: 20130101-20191231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (51) View Details Edit
S6	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND intervention AND ((activities of daily living OR ADL)) NOT ((cimt or constraint induced movement therapy or mcimt or modified constraint induced movement therapy)) NOT virtual reality NOT transcranial magnetic stimulation NOT ((care homes or residential care or nursing homes)) NOT ((robots OR robotics)) NOT acute	Limiters - Published Date: 20090101-20191231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (81) View Details Edit
S5	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND intervention AND ((activities of daily living OR ADL)) NOT ((cimt or constraint induced movement therapy or mcimt or modified constraint induced movement therapy)) NOT virtual reality NOT transcranial magnetic stimulation NOT ((care homes or residential care or nursing homes)) NOT ((robots OR robotics)) AND independence	Limiters - Published Date: 20090101-20191231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (19) View Details Edit
S4	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND intervention AND ((activities of daily living OR ADL)) NOT ((cimt or constraint induced movement therapy or mcimt or modified constraint induced movement therapy)) NOT virtual reality NOT transcranial magnetic stimulation NOT ((care homes or residential care or nursing homes)) NOT ((robots OR robotics))	Limiters - Published Date: 20090101-20191231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (92) View Details Edit
S3	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND intervention AND ((activities of daily living OR ADL))	Limiters - Published Date: 20090101-20191231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (120) View Details Edit
S2	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND intervention AND ((activities of daily living OR ADL))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (182) View Details Edit
S1	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND intervention	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (646) View Details Edit

BILATERALE TRAINING

Ergotherapierichtlijn CVA

Simultane bilaterale training (Coupar, Pollock, Van Wijck, Morris, & Langhorne, 2010); het bewijs ontbreekt dat het effectief is voor de bevordering van tweehandig handelen.

Databank: Cinahl, Pubmed, Academic Search Compete, Cochrane

Naam artikel	Auteurs	Jaartal	Soort onderzoek + doelgroep	Beschrijving interventie	Inhoud training (duur, frequentie, activiteiten)
The Effect of Occupation Based Bilateral Upper Extremity Training in a Medical Setting for Stroke Patients: A Single-Blinded, Pilot Randomized Controlled Trial.	Kim, Sun Ho; Park, Ji Hyuk	2019	RCT 20 CVA patiënten, ongeveer 8 à 9 dagen geleden sinds de CVA. Inclusiecriteria: - Gediagnosticeerd met CVA - Patiënten zonder cognitieve problemen volgens de MMSE - Fase 3 of meer in herstel van Brunnstom - Patiënten die het onderzoek begrijpen Exclusiecriteria: - Patiënten met eerdere CVA's of neurologische problemen - Patiënten die recent aan andere onderzoeken hebben deelgenomen of medicijn experimenten - Patiënten die tijdens de behandeling een CVA hebben gekregen - Patiënten met visuele perceptieproblemen	Allebei de groepen kregen fysio- en ergotherapie. De onderzoeksgroep kreeg bilaterale training van de bovenste extremiteit. Er was een significant verschil aangetoond in de uitvoering en tevredenheid van ADL activiteiten en IADL.	Totaal 20 sessies, 5 dagen per week, gedurende 4 weken. Een sessie duurt 20 minuten.

Effectiveness of Bilateral Arm Training for Improving Extremity Function and Activities of Daily Living Performance in Hemiplegic Patients.	Lee, Min-Jae; Lee, Jung-Hoon; Koo, Hyun-Mo; Lee, Sun-Min	2017	RCT 30 CVA patiënten met een hemiparese 6 maanden na CVA Inclusiecriteria: Follow-up van minimaal 6 maanden na CVA, CVA patiënten met een hemiparese, score van 24 of meer op de MMSE (Koreaanse versie), fase 3 of meer in herstel van Brunnstom en zelfstandig kunnen zitten zonder hulpmiddelen. Exclusiecriteria: Visuele perceptieproblemen en cognitieve problemen, gewricht fracturen of beperkingen in de bewegingsuitslag (Range of Motion), vanwege neurologische of psychologische problemen niet kunnen deelnemen aan het motorisch programma.	Binnen dit onderzoek werd de effectiviteit van bilaterale arm training voor het verbeteren van de functie van de bovenste extremiteit en ADL onderzocht. Bilaterale training zou het gelijktijdig gebruik van de ledematen bevorderen en het is nuttig voor de motoriek. Er is aangetoond dat bilaterale training het centrale zenuwstelsel activeert en de hersenhelft stimuleert. Conclusie: bilaterale arm training in combinatie met ergotherapie lijkt meer effectief dan alleen ergotherapie voor de verbetering van de functie van de bovenste extremiteit en uitvoering van de ADL bij patiënten met een hemiparese.	Deelnemers van beide groepen ontvingen gedurende 8 weken 5 keer per week een algemene ergotherapie. Bij bilaterale training werden er 5 taken uitgevoerd: afwassen, koffiezetten, typen, fruit snijden en de was opvouwen.
Interventions for improving upper limb function after stroke (Review)	Pollock A, Farmer SE, Brady MC, Langhorne P, Mead GE, Mehrholz J, van Wijck F	2014	Systematische review Twee geïnccludeerde studies gericht op bilaterale training (Coupar, Ollock, Van Wijck & Langhorne, 2010 Van Delden, Peper, Kwakkel). Beide systematische reviews. Selectiecriteria Inclusiecriteria	Bij deze interventie wordt er gebruik gemaakt van activiteiten, waarbij beide armen tegelijkertijd dezelfde bewegingen uitvoeren. De	

			Cochrane en niet-Cochrane beoordeling van RCT's van CVA patiënten, waarin de interventies van de bovenste extremiteit werden vergeleken zonder behandeling, gebruikelijke zorg of alternatieve behandelingen. Er waren de meest recente en uitgebreide beoordeling werden gekozen.	belangrijkste gedachte achter deze interventie is koppeling tussen de ledematen, waardoor de interhemisferische remming opnieuw in evenwicht wordt gebracht. Waardoor de aangedane hemisfeer wordt geactiveerd en de aangedane ledemaat verbetert. Conclusie Er is bewijs van matige kwaliteit dat unilaterale armtraining gunstiger was dan bilaterale armtraining ter verbetering van de bovenste extremiteit en ADL (Van Delden et al., 2012). Volgens Coupar et al. (2010) ontbreekt het bewijs dat het effectief is voor het verbeteren van het tweehandig handelen.	
--	--	--	---	---	--

TAAKGERICHTE TRAINING

Ergotherapierichtlijn CVA

Een taakgeoriënteerde training heeft de volgende kenmerken:

- De training is relevant voor de patiënt en zijn context
- Het wordt variabel aangeboden
- Het kent herhaling
- Het maakt gebruik van het principe van intensiteit m.b.v. massed practice (een oefenschema met relatief lange rusttijden).
- Het is gericht op het herleren van een hele taak
- Tijdens de training wordt er positieve en tijdig feedback gegeven (Hubbard, 2009).

Voorwaarde voor de training is een goede taakanalyse uitvoeren.

Deze training sluit aan bij de werkwijze van de ergotherapie in Nederland, zoals beschreven in het (Van Hartingsveldt, Logister-Proost, & Kinébanian, 2010) en in grondslagen van de ergotherapie (Le Granse et al., 2012³).

Er is aangetoond dat taakgeoriënteerde training effectief is voor de verbetering in het dagelijks handelen. Alleen het trainen van motorische functies heeft geen invloed op de verbetering van het dagelijks handelen.

Databank: Cinahl, Pubmed, Academic Search Compete, Cochrane

Naam artikel	Auteurs	Jaartal	Soort onderzoek + doelgroep + selectiecriteria	Beschrijving interventie
Interventions for improving upper limb function after stroke (Review)	Pollock A, Farmer SE, Brady MC, Langhorn e P, Mead GE, Mehrholz J, van Wijck F	2014	Systematische review CVA patiënten	Taakspecifieke training bevat het oefenen van taken die relevant zijn voor het dagelijks leven, inclusief delen van een taak. Twee studies hebben onderzoek gedaan naar reik en grijp oefeningen (Pelton, 2012; Urton, 2007). Er kunnen geen conclusies worden getrokken, omdat de methodologische kwaliteit als slecht wordt beschouwd.
The Effects of Task Oriented Circuit Training Using Rehabilitation Tools on the Upper Extremity Functions and Daily Activities of Patients with Acute Stroke: A Randomized Controlled Pilot Trial.	Jong-Hoon Moon, Kyoung-Young Park, Hee-Jin Kim, Chang-Ho Na	2018	RCT Taakgerichte circuit training 18 patiënten met een acuut CVA Twee verschillende ziekenhuizen in Zuid Korea. Selectiecriteria: Inclusiecriteria - Acute CVA patiënten	De onderzoeksgroep kreeg taakgerichte circuittraining (TOCT) en de controlegroep kreeg (neurodevelopmental treatment). Taakgerichte training is een klinisch therapeutische benadering gebaseerd op revalidatieonderzoek en is gebaseerd op de principes van motorisch leren, motorische controle en neuroplasticiteit. Het is bedoeld voor patiënten met functionele beperkingen om zichzelf te motiveren; ze selecteren en voeren taken uit. Binnen deze training worden verschillende termen gebruikt: taakgebaseerde,

³ Le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2012). *Grondslagen van de ergotherapie* (3de editie). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

		- Binnen 30 dagen na de CVA - Hemiparese als gevolg van herseninfarct - Score van 24 of meer bij de MMSE - Geen ernstig gewrichtscontractuur of spierpijn - Brunnstrom-herstel stadium in de proximale en distale gebieden van 3 of lager - Voldoende uithoudingsvermogen om deel te nemen aan een trainingsprogramma van 30 minuten Exclusiecriteria: - Patiënten met cognitieve problemen, zoals apraxie en neglect - Patiënten met dementie Ernstige depressie	taakgerelateerde, activiteitgerelateerd, doelgericht en taakspecifiek. Circuittraining is een trainingsmethode waarbij de intensiteit van de training systematisch en geleidelijk wordt gecontroleerd waardoor verschillende activiteiten herhaaldelijk kunnen worden getraind. De controlegroep kreeg NDT om de functie van de romp en bovenste extremiteit te verbeteren. NDT heeft naast het verbeteren van spierspanning, reflexieve en abnormale bewegingspatronen, ook als doel sensomotorische elementen (gevoel, waarneming en geheugen) te normaliseren. Beide groepen ontvingen 30 minuten behandeling per dag, 5-6 keer per week gedurende 4 weken. TOCT bevat 6 verschillende taken, waarbij de patiënten elke 5 minuten een andere taak doen (zoals in een circuit). De taken moet makkelijk uitvoerbaar zijn in een klinische omgeving en de training moet gericht zijn op actieve bewegingen, de snelheid en frequentie geleidelijk verhogen, de patiënt aanmoedigen en de moeilijkheidsgraad verhogen als een patiënt vooruitgaat. <i>Resultaten</i> TOCT lijkt tot meer verbetering dan NDT. In dit onderzoek had de TOCT een positief effect op de verbetering van de bovenste extremiteit en neurale reorganisatie. Aangezien de NDT groep focuste op spiertonus en het stimuleren van de aangedane zijde bereikte deze groep een lager niveau van functioneel herstel dan de TOCT groep. De bevindingen suggereren dat de TOCT training effectief is voor het verbeteren van het functioneel herstel bij CVA patiënten. Er is echter geen significant verschil in de ADL gevonden. <i>Conclusie</i> Er kan worden geconcludeerd dat TOCT een positief effect heeft op verbetering van de bovenste extremiteit en op functioneel herstel. Binnen het onderzoek zijn er "revalidatie tools" gebruikt en geen ADL taken. Er is geen significante verbetering in de uitvoering van de ADL.
--	--	---	--

Effect of a Task Oriented Rehabilitation Program on Upper Extremity Recovery Following Motor Stroke: The ICARE Randomized Clinical Trial.	Winstein CJ, Wolf SL, Dromerick AW, Lane CJ, Nelsen MA, Lewthwaite R, Censits, Azen SP	2016	RCT 304 CVA patiënten Gemiddelde leeftijd 60,7 jaar Selectiecriteria Inclusiecriteria - Ouder dan 21 jaar - Infarct of bloeding volgens de WHO criteria - Hemiparese van de bovenste extremiteit - Vinger extensie - Niet meer dan 6 extramurale ergotherapie behandelingen - Afwezigheid van traumatisch of niet vasculair hersenletsel en subarachnoïdale of primaire intraventriculaire bloeding	Gestructureerde taakgerichte training van de bovenste extremiteit, het "Accelerated Skill Acquisition Program (ASAP)". Het programma is gebaseerd op de volgende principes: taakspecifiek, intensief, samenwerken, zelfgestuurd en patiënt gecentreerd 3 keer per week gedurende 10 weken. Het doel van het onderzoek was om de effectiviteit van de taakgerichte benadering te testen tijdens de poliklinische revalidatie binnen een maand na de CVA. Er zijn twee behandelstrategieën onderzocht bij patiënten waarbij matige motorische beperkingen van de arm; intensieve, taakgerichte training met hoge herhaling en ongestructureerde ergotherapie met twee verschillende frequenties, 30 uur en een lagere frequentie, alleen observatie. De deelnemers van het onderzoek zijn in 3 groepen onderverdeeld: ASAP, DEUCC, UCC. De DEUCC en UCC groep kregen poliklinische ergotherapie, volgens de normale werkwijze (volgens richtlijnen). <i>Conclusie</i> Er zijn geen significante verbeteringen bij CVA patiënten gevonden in de onderzoeksgroep. Met name bij matige stoornissen van de bovenste extremiteit leek de interventie geen effect te hebben.
Influence of Task-Oriented Training Content on Skilled Arm-Hand Performance in Stroke: A Systematic Review	Annick A. A. Timmermans, Annemie I. F. Spooren, MSc, Herman Kingma, MD, Henk A. M. Seelen	2010	Systematische review 528 CVA patiënten (16 onderzoeken). Onderzoeken geïnccludeerd t/m maart 2009, waarin de effecten van taakgerichte training werden geëvalueerd. Inclusiecriteria: - RCT - 1 voorwaarde van het onderzoek moet gericht zijn op actieve taakgerichte	Er zijn 15 factoren onderzocht die kenmerkend zijn voor taakgerichte training. Het is onduidelijk welke factoren bijdragen aan herstel. Taakgerichte training is nog een onduidelijk begrip. Het doel van deze studie was om helder te krijgen welke onderdelen een rol spelen bij taakgerichte training. Daarnaast is er onderzocht of er verband is tussen het aantal onderdelen in taakgerichte training en de grootte van het behandel-effect. Ook is er de invloed van taakgerichte arm training op het functionele resultaat (vaardigheids- of activiteitsniveau) onderzocht. Hoe meer factoren er in een training naar voren komen hoe beter het resultaat van de behandeling is, dat geldt niet. Wel zijn er een aantal factoren waarbij er een beter behandel-effect is. Namelijk: 1. Het geven van feedback

			arm-hand training bij CVA patiënten - De taakgerichte training moet goed worden beschreven in het artikel - Uitkomstmaten van activiteitsniveau u moeten worden gebruikt d.m.v. registratie van kinematische parameters tijdens armbewegingen of armbewegingste st op activiteitsniveau u - Geschreven in Nederlands, Engels, Frans of Duits - Deelname van minimaal 10 patiënten in het onderzoek Exclusiecriteria - CIMT	Van feedback is er bekend dat het positieve invloed heeft op het motorisch leren. Hoewel hier beperkt bewijs beschikbaar van is bij CVA patiënten. De keuze van geschikte en afgestemde feedback is zeer complex en is afhankelijk van het type hersenletsel (soort, locatie in de hersenen) en het stadium van leren van de patiënt. Daarnaast is er bekend dat het geleidelijk verminderen van de feedback resulteert tot betere leereffecten en generaliseerbaarheid. 2. Gedistribueerde training (een oefenschema met relatief lange rusttijden) Mogelijke verklaringen dat een gedistribueerde praktijk positieve invloed heeft is dat er minder vermoeidheid optreedt dan in massapraktijk, de hoeveelheid cognitieve inspanning die men bereid is te geven hoger is. 3. Een duidelijk functioneel doel Werken met een duidelijk doel is een manier om doelen te stellen die de efficiëntie en effectiviteit van de revalidatie kunnen verhogen. Zelfs na de training zullen patiënten hiermee oefenen. 4. Willekeurige oefeningen (in elke behandeling worden de oefeningen willekeurig uitgevoerd). Willekeurige oefeningen leiden tot betere motorische prestaties. Patiënten zullen de functionele doelen vaker blijven doen en daardoor betere resultaten krijgen. Een gemeenschappelijk kenmerk van de 4 componenten hierboven is dat het bijdraagt aan het optimaliseren van de motorische prestaties in het langetermijngeheugen.
Impact of task-oriented training on hand function and activities of daily living after stroke	Chanuk Yoo, JuHyung Park	2015	RCT 32 CVA patiënten Inclusiecriteria - Infarct of bloeding minder dan 6 maanden geleden, voorafgaand aan de training - Resultaten van handmatige spiertest van de	Taakgerichte training is gericht op het verbeteren van de controle strategie door moeilijkheden op te lossen d.m.v. verschillende interventies. Tijdens taakgerichte training maken CVA patiënten verschillende bewegingen, waardoor hun aanpassingsvermogen verbeterd. Ook wordt deze training gebruikt voor functionele verbetering en neuromusculaire systemen te vergemakkelijken. Taakgerichte training kan het evenwicht, beweging en taakprestaties verbeteren.

			aangedane had waren hoger dan “redelijk” met spontane beweging - Herkenningsvermogen was voldoende voor communicatie en aanwijzingen op te volgen - Patiënten konden zelfstandig bewegen met of zonder rolstoel, voor meer dan 30 minuten	Binnen deze RCT wordt er onderzoek gedaan naar verandering in handfunctie en dagelijkse activiteiten. De taakgerichte training bevatte eten (gebruik maken van een mok en lepel), aankleden (aankleden van een shirt, riem en rits gebruiken), persoonlijke hygiëne (handdoek gebruiken, tandenpoetsen, kammen), opstaan en zitten van een stoel. De training was 30 minuten per dag gedurende 4 weken. De deelnemers kregen mondelinge uitleg en begeleiding over de training onder begeleiding van een therapeut. <i>Conclusie</i> Taakgerichte training verbetert significant de handfunctie en ADL.
--	--	--	---	---

REPETITIVE TASK TRAINING

Ergotherapie richtlijn CVA

Volgens de systematische review van French et al. (2009) is er nog geen bewijs gevonden voor de effectiviteit op het kunnen gebruiken van de arm en hand in de dagelijkse activiteiten.

Naam artikel	Auteurs	Jaartal	Soort onderzoek + doelgroep	Beschrijving interventie
Effectiveness of Interventions to Improve Occupational Performance of People With Motor Impairments After Stroke: An Evidence-Based Review	Dawn M. Nilsen, Glen Gillen, Daniel Geller, Kimberly Hreha, Ellen Osei, Ghazala T. Saleem	2015	Systematische review	RTP is een overkoepelende term die wordt gebruikt om trainingsbenaderingen te beschrijven die doelgericht zijn, geïndividualiseerde taken bevatten met frequente herhalingen van een taakgerelateerde of taakspecifieke beweging. De training wordt frequent herhaald en het is taakgericht. Er zijn verschillende vormen; taakspecifieke training, herhaalde taaktraining, herhaalde motorische training, circuittraining. <i>Conclusie</i> Er kan worden geconcludeerd dat het effectief is voor verbetering van activiteiten en participatie, maar dat het nog niet bekend is welke effecten eraan bijdragen voor verbetering.
Interventions for improving upper limb function after stroke (Review)	Pollock A, Farmer SE, Brady MC, Langhorne P, Mead GE, Mehrholz J, van Wijck F	2014	Systematische review	RTP bevat herhaaldelijk oefenen van taken (bij voorkeur hele taak) waarbij de oefenintensiteit wordt gecombineerd met functionele relevantie. Het heeft als doel de spierzwakte te verminderen en de basis te vormen voor het motorisch leren. Herhaling verwijst naar het herhaald oefenen van nieuwe functionele vaardigheden en niet naar het reproduceren van identieke bewegingen. Belangrijke onderdelen zijn: functionele relevantie van de taak en kennis van resultaten en prestaties worden verondersteld dat ze het leren tijdens herhaalde training verbeteren. <i>Conclusie</i> Bewijs toonde aan dat repetitive task training de functie van de bovenste extremiteit niet verbetert. Er wordt geen uitspraak gedaan over verbetering van ADL.

SPIEGELTHERAPIE

Boek neurorevalidatie

Spiegeltherapie houdt in dat er gebruik wordt gemaakt van een sagittaal geplaatste spiegel om, via bewegingen van het niet-aangedane ledemaat, bewegingen van het gestoorde ledemaat zichtbaar te maken. "Via de sagittaal geplaatste spiegel krijgen de hersenen (illusoire) informatie over bewegingen van de aangedane arm of hand". De actieve mobiliteit van de paretische arm/hand blijkt met deze methode aanzienlijk toe te nemen.

Voorwaarden:

- Enige restfunctie lijkt voordeliger, maar is niet noodzakelijk.
- De patiënt moet enig inzicht hebben in de methode. Ook bereid om thuis met de methode te oefenen.

Ergotherapie richtlijn CVA

"Op basis van 4 originele onderzoeken naar het effect van spiegeltherapie voor de bovenste extremiteit op dagelijks handelen, concludeert een systematische review dat er mogelijk bewijs is voor effectiviteit (Thieme, 2012⁴)."

Naam artikel	Auteurs	Jaartal	Soort onderzoek + doelgroep	Beschrijving interventie	Inhoud training (duur, frequentie, activiteiten)
Effectiveness of Interventions to Improve Occupational Performance of People With Motor Impairments After Stroke: An Evidence-Based Review	Dawn M. Nilsen, Glen Gillen, Daniel Geller, Kimberly Hreha, Ellen Osei, Ghazala T. Saleem	2015	Systematische review CVA patiënten met motorische beperkingen Evidence-based review	Er wordt een spiegel geplaatst in sagittale positie tussen de extremiteit. De patiënt wordt gestimuleerd om zich te richten op de aangedane zijde. Terwijl de niet-aangedane zijde verborgen blijft achter de spiegel.	
Interventions for improving upper limb function after stroke (Review)	Pollock A, Farmer SE, Brady MC, Langhorne P, Mead GE, Mehrholz J, van Wijck F	2014	Systematische review	Het is gebaseerd op visuele stimulatie.	
Mirror therapy for improving motor function after stroke	Thieme H, Morkisch N, Mehrholz J, Pohl M, Behrens J, Borgetto B, Dohle C	2018	Systematische review 62 studies (57 RCT), 1982 patiënten dat spiegeltherapie vergeleek met een andere interventie. Gemiddelde leeftijd van 59 jaar. Inclusiecriteria: - RCT's	Door spiegeltherapie worden verschillende hersengebieden gestimuleerd door beweging, sensatie en pijn.	Drie tot zeven keer per week, tussen de 15 en 60 minuten per sessie voor twee tot acht weken. Gemiddeld vijf keer per week, 30 minuten per sessie gedurende 4 week.

⁴ Thieme, H., Bayn, M., Wurg, M., Zange, Ch., Pohl, M., Behrens, J. (2012). Mirror therapy for patients with severe arm paresis after stroke: a randomized controlled trial. Clin Rehabil.

			- Gerandomiseer de trials die spiegeltherapie vergeleken met een controle interventie voor CVA patiënten		
--	--	--	--	--	--

FOUTLOOS LEREN

Boek neurorevalidatie

Foutloos leren

Deze methode van leren houdt in dat er verhinderd wordt dat tijdens het leerproces fouten worden gemaakt door een directieve handelwijze van de therapeut. Daarnaast kan dit worden bereikt door de taken aanzienlijk te vereenvoudigen en de moeilijkheidsgraad zeer geleidelijk op te voeren. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar deze methode van leren. Maar het is wel aannemelijk dat het nuttig kan zijn bij het leren van bijvoorbeeld dagelijkse handelingen (bij apraxie), routes vinden (bij ruimtelijke stoornissen) en huishoudelijke taken.

Databank Cochrane

Naam artikel	Auteurs	Jaartal	Soort onderzoek + doelgroep	Beschrijving interventie
Effectiveness of Occupation-Based Interventions to Improve Areas of Occupation and Social Participation After Stroke: An Evidence-Based Review	Timothy J. Wolf, Adrianna Chuh, Tracy Floyd, Karen McInnis, Elizabeth Williams	2015	Mount et al. (2007) ⁵ , RCT: vergeleek foutloos leren met trial en error leren bij mensen met geheugenproblemen na CVA.	De groepen leerden twee taken: transfer en sokken aantrekken met een hulpmiddel.

⁵ Mount, J., Pierce, S. R., Parker, J., DiEgidio, R., Woessner, R., & Spiegel, L. (2007). Trial and error versus errorless learning of functional skills in patients with acute stroke. *NeuroRehabilitation*, 22, 123–132

MENTAAL OEFENEN

Boek neurorevalidatie

Deze methode houdt in dat er bewegingen of handelingen mentaal worden verricht. Mentaal oefenen is niet hetzelfde als visualiseren. Bij visualiseren stelt de patiënt zich voor hoe de beweging eruit ziet en bij mentaal oefenen wordt de beweging in gedachte gemaakt.

De achterliggende gedachte bij deze methode is dat er grotendeels dezelfde hersengebieden worden geactiveerd als bij de werkelijke beweging. Alleen wordt de primaire motorische schors niet of minder geactiveerd.

Voorwaarden:

- De bewegingen die mentaal worden uitgevoerd moeten bewust beschikbaar zijn in het declaratief of expliciet geheugen.
- Om de methode voor de patiënt aanvaardbaar of aannemelijk te maken, moet de patiënt de methode begrijpen. Hiervoor is een bepaalde mate van intelligentie en/of ontwikkeling nodig.
- Het moet mogelijk zijn, met name bij pariëtaal letsel lijkt de relatie tussen mentaal bewegen en het daadwerkelijk bewegen verstoord.

Ergotherapiegerichtlijn CVA

Er wordt geconcludeerd dat deze vorm van training beperkt effectief is op het verbeteren van motorische vaardigheden in combinatie met andere trainingsvormen. Over het verbeteren van het dagelijks handelen wordt geen uitspraak gedaan.

Naam artikel	Auteurs	Jaartal	Soort onderzoek + doelgroep	Beschrijving interventie	Inhoud training (duur, frequentie, activiteiten)
Effectiveness of Interventions to Improve Occupational Performance of People With Motor Impairments After Stroke: An Evidence-Based Review	Dawn M. Nilsen, Glen Gillen, Daniel Geller, Kimberly Hreha, Ellen Osei, Ghazala T. Saleem	2015	CVA patiënten met motorische beperkingen Evidence based review (systematische review)	Mentaal oefenen: een behandelmethode waarbij de patiënt mentaal de stappen van een fysieke activiteit doorloopt. De daadwerkelijke bewegingen voert de patiënt niet uit. Deze interventie wordt meestal gecombineerd met taakgerichte training	
Interventions for improving upper limb function after stroke (Review)	Pollock A, Farmer SE, Brady MC, Langhorne P, Mead GE, Mehrholz J, van Wijck F	2014	Systematische review	Het wordt ook wel mentale of motorische beeldvorming genoemd. Het is een methode waarbij de daadwerkelijke beweging niet wordt uitgevoerd. Bij CVA patiënten wordt er cognitief geoefend met specifieke activiteiten door de taakuitvoering van een activiteit mentaal voor te stellen.	

ACTIE OBSERVATIE

Naam artikel	Auteurs	Jaartal	Soort onderzoek + doelgroep	Beschrijving interventie
Effectiveness of Interventions to Improve Occupational Performance of People With Motor Impairments After Stroke: An Evidence-Based Review	Dawn M. Nilsen, Glen Gillen, Daniel Geller, Kimberly Hreha, Ellen Osei, Ghazala T. Saleem	2015	Systematische review	Patiënten observeren andere personen tijdens het uitvoeren van functionele bewegingen met als doel de bewegingen te imiteren. <i>Conclusie</i> Bij chronische CVA patiënten verbetert het de functie van de bovenste extremiteit, activiteiten en participatie. Bij acute CVA heeft het ook een significant effect aangetoond voor verbetering van de bovenste extremiteit.
The effects of action observation training on improving upper limb motor functions in people with stroke: A systematic review and meta-analysis	Bingbing Zhang, Laidi Kan, Anqin Dong, Jiaqi Zhang, Zhongfei Bai, Yi Xie, Qianhao Liu, Yuzhong Peng	2019	Systematische review en meta-analyse Zeven studies (276 CVA patiënten) zijn geïncludeerd. Twee artikelen (112 patiënten), waarbij de CVA minder dan 1 maand geleden was. Inclusiecriteria - CVA patiënten met problemen in de bovenste extremiteit - De patiënten ontvingen tenminste 5 AOT sessies - RCT - Gepubliceerd in Engels of Chinees	Actie observatie training (AOT) is een relatief nieuwe interventie, met als doel het verbeteren van de bovenste extremiteit bij CVA patiënten. Bij AOT moeten de deelnemers acties observeren via een video of uitgevoerd door andere mensen. Daarna doen de deelnemers meerdere keren de acties na en oefenen ze de waargenomen acties. Er zijn twee verschillende soorten: taak gebaseerde AOT en beweging gebaseerde AOT. Taakgebaseerde AOT lijkt effectiever te zijn voor het activeren van de spiegelneuronen. Aangezien deze neuronen gevoeliger zijn voor object gerelateerde acties. <i>Conclusie</i> De meta-analyse toont een significant effect aan voor

				het verbeteren van de motorische functies van de bovenste extremititeit. Hierbij lijkt taakgebaseerde AOT effectiever te zijn dan bewegings gebaseerde AOT.
--	--	--	--	--

BIJLAGE 3B: DEELVRAAG 2

Zoekhistorie

S12	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND group intervention NOT virtual reality NOT robots NOT ((mcimt OR cimt))	Limiters - Published Date: 20100101-20201231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (266) View Details Edit
S11	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND group intervention AND independence	Limiters - Published Date: 20100101-20201231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (34) View Details Edit
S10	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND group intervention AND ((adls OR adi OR activities of daily living)) AND independence	Limiters - Published Date: 20100101-20201231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (21) View Details Edit
S9	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND group intervention AND ((adls OR adi OR activities of daily living))	Limiters - Published Date: 20100101-20201231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (101) View Details Edit
S8	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND group intervention	Limiters - Published Date: 20100101-20201231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (325) View Details Edit
S7	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND group intervention	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (430) View Details Edit
S6	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND group intervention AND acute care	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (2) View Details Edit
S5	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND group therapy	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (446) View Details Edit
S4	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND group therapy	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (0) View Details Edit
S3	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND group intervention	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (430) View Details Edit
S2	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND ((group intervention OR group therapy OR group treatment))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (875) View Details Edit
S1	 ((stroke OR cerebrovascular accident OR cva)) AND occupational therapy AND group	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (2,515) View Details Edit

ACTIVITEITGERICHTE GROEPEN

Naam artikel	Auteurs	Jaartal	Doelgroep/deelnemers	Beschrijving programma
Breakfast group in an acute rehabilitation setting: a restorative program for incorporating clients' hemiparetic upper extremities for function.	Capasso N; Gorman A; Blick C	2010	Case study (niet-experimenele studie) Exclusiecriteria (is beperkt): Vermoeidheid bij de patient of een verminderd vermogen om deel te nemen aan het revalidatieprogramma.	De ontbijtgroep geeft patiënten met een hemiparese dagelijks de gelegenheid om te oefenen met een functionele taak, eten. Het is gedeeltelijk ontwikkeld vanwege de beperkte tijd van de ergotherapeuten in de ochtend. Het is als aanvulling op de individuele therapie. Met name de taak (eten) bleek een ideale manier om de patiënten te betrekken bij een zinvolle, functionele en dagelijkse taak. Sessies zijn met name gericht op herstel en op het verbeteren van het gebruik van de motoriek van de bovenste extremiteit. Er wordt vaak opgemerkt dat patiënten niet automatisch de aangedane hand betrekken bij activiteiten. Er wordt gewerkt om de patiënten zo onafhankelijk mogelijk te maken. Het is gericht op de interventie "repetitieve taakgerichte training". <i>Groep protocol</i> De groep bestaat uit vier tot zes patiënten en wordt begeleid door twee ergotherapeuten. Het is van maandag tot vrijdag van 8.00-9.00. De eerste 30 minuten wordt besteed aan het ontbijt en de tweede helft staat in het teken van een oefensessie, waarbij patiënten bezig zijn met specifieke activiteiten op basis van de doelen van het individu. Het is geschikt voor patiënten die moeite hebben met eten en drinken door een combinatie van fysiek, cognitief, perceptueel of visuele beperkingen. De meeste patiënten zijn er 2 à 3 weken. Patiënten geven aan dat de groep elkaar support, ze kunnen met elkaar ervaringen delen. Dit wordt als prettig ervaren, omdat de deelnemers van de groep met vergelijkbare uitdagingen worden geconfronteerd. Tijdens de ontbijtgroep moedigen patiënten elkaar aan. Na minimaal 1 week deelname aan de ontbijt laat de ergotherapeut de

				deelnemer een enquête invullen met 6 vragen (4 punt likertschaal). De vragen zijn gericht op hoe de patiënt aankijkt tegen het bereiken van doelen, voordeel van de ontbijtgroep, het verwerven van vaardigheden. De ontbijtgroep wordt door de deelnemers als positief ervaren. Een opmerking van een deelnemer is onder andere dat de deelnemer nieuwe strategieën heeft geleerd om zelf te eten.
The Effect of Group-Based Occupational Therapy on Performance and Satisfaction of Stroke Survivors: Pilot Trail, Neuro-Occupational View	Maryam Mehdizadeh, Afsoon Hassani Mehraban, Roohollah Zahediyanasab	2017	RCT 14 chronische CVA patiënten, gemiddelde leeftijd 52 jaar. Gemiddeld 18 maanden na CVA Inclusiecriteria: - CVA met hemiparese - Zelfstandig kunnen lopen, met of zonder stok - Geen neurologische voorgeschiedenis - MMSE van 22 of meer - In staat zijn om therapeutische opdrachten te begrijpen en uit te voeren	Er waren zes groepssessies gepland. Tijdens de groepsbehandeling werd de nadruk gelegd op: mobiliteit, knutselen en koken. Door de dynamiek en participatie in een groepstherapie kan de motivatie van de patiënt worden vergroot. Daarnaast verbetert het ook de activiteiten en sociale mobilisatie, zodat het de kwaliteit van leven kan verbeteren. Binnen dit onderzoek is er onderzocht wat het effect van groepstherapie voor invloed heeft op de uitvoering van ADL en de tevredenheid van chronische CVA patiënten. Onderzoeksgroep ontvangt de groepsbehandeling. De controlegroep ontvangt individuele ergotherapie. 6 sessies van elk 120 minuten. De groep bestond uit 7 deelnemers. Het groepsprogramma zag er als volgt uit: - Mobiliteit oefeningen voor de bovenste en onderste extremiteit (20 minuten) - Knutselactiviteiten, zoals kleuren, keramiek en beeldhouwen (40 minuten) - Activiteiten met betrekking tot koken en eten, zoals snijden, eten pellen, eetgerei verplaatsen (40 minuten) Twee ergotherapeuten gaven de groepsbehandeling. Binnen dit programma werd de nadruk gelegd op het uitvoeren van ADL, het gebruik van hulpmiddelen en bimanuele technieken om taken uit te voeren. Conclusie

				Er waren significante verschillen in de uitvoering van ADL. Daarnaast beïnvloedt het de uitvoering en tevredenheid, volgens het COPM.
Overcoming the long-term effects of stroke: qualitative perceptions of involvement in a group rehabilitation programme	Linda Schouten, Carolyn Murray, Kobie Boshoff	2011	Kwalitatief onderzoek; vier groep leden zijn geïnterviewd en drie therapeuten van het programma. Chronische CVA patiënten Inclusiecriteria: - CVA - Doorverwijzing van een dokter of andere medische professional - In staat zijn om naar het toilet te gaan (zelfstandig of met hulp van een verzorger) - Zelfstandig thuis wonen - In staat zijn om te participeren in het groep programma	Het groepsprogramma werd gefaciliteerd door een ergotherapeut en een fysiotherapeut. Als een logopedist nodig was werd hij/zij in consult gevraagd, maar was er niet standaard bij. Het groepsprogramma had de volgende doelen: - Fysiek: verbeteren van de controle over bewegingen, coördinatie, spierkracht en balans - Cognitief: verbeteren van communicatieve vaardigheden, concentratie, zelfvertrouwen en vermogen van het gebruiken van ontspanningsoefeningen - Functioneel: bevorderen van deelname aan dagelijkse activiteiten en bevorderen van onafhankelijkheid en zelfmanagement Opbouw groepsprogramma: - Fysiotherapie behandeling: fysieke activiteiten, zoals wandelen, loopband, circuittraining en Nintendo Wii sport - Korte pauze - Ergotherapie behandeling: functionele activiteiten zoals koken, fijn motorische taken en cognitieve activiteiten (quiz en woordpuzzels) Ontspanningsactiviteiten en recreatiespellen 1 keer per week, acht weken lang. Maximaal 6 deelnemers aan een groep. Conclusie De deelnemers ervoeren psychosociale factoren als belangrijke voordelen van het groepsprogramma. Hiermee wordt bedoeld dat de deelnemers iets te doen hebben, leeftijdsgenoten. Daarnaast voelde de deelnemers zich er ook bij horen, omdat ze allemaal een CVA hebben doorgemaakt. Sociale isolatie is een veel voorkomend probleem na een CVA. De deelnemers van deze groep komen op deze manier met andere mensen in contact. De groepsleden kregen de

				gelegenheid om persoonlijke verhalen over hun CVA ervaring te delen. Dit kan de patiënt helpen bij het aanpassen van de zelfidentiteit na een CVA.
Task-specific practice of dressing tasks in a hospital setting improved dressing performance post-stroke: A feasibility study.	Christie, Lauren Bedford, Rebecca McCluskey, Annie	2011	119 CVA patiënten Gemiddelde leeftijd: 74,3 jaar Er zat gemiddeld 14,2 dagen tussen de stroke-unit en de groepsbehandeling. Onbekend of dit de dagen zijn nadat de patiënt een CVA heeft gehad. Cohort onderzoek - Pre-test design: waarbij vooraf en achteraf een meting is gedaan. Inclusiecriteria - CVA - Medisch stabiel - Problemen met aankleden	Het doel van het onderzoek was om de haalbaarheid en de resultaten van een groep gebaseerd, taak specifieke aankleed programma te onderzoeken bij CVA patiënten. De setting is intramurale zorg in een ziekenhuis. 1 uur durende groep, 2 keer per week. De groepsgrootte varieerde van 2 à 3 deelnemers tot 10 deelnemers. In totaal namen de deelnemers gemiddeld 4 keer deel aan de groepsbehandeling. Er werd gewerkt aan aankleedoelen, die vooraf zijn opgesteld. Doelen zijn gericht op de onderste en/of bovenste extremiteit. De therapie is onder supervisie van een ergotherapeut. Er wordt gebruik gemaakt van de principes van taakgerichte training, namelijk doelen en feedback voor het optimaliseren van de uitvoering. De doelen waren gericht op "buitenste laag" kleding uit respect voor de patiënten, zoals: shirt en andere kledingstukken voor het bovenlichaam, broeken, sokken en schoenen. De individuele sessies werden niet vervangen, omdat in deze sessies dingen werden geoefend zoals de BH en onderbroek aantrekken. <i>Conclusie</i> Taakspecifieke training van aankleed taken in groepsverband was haalbaar en er waren klinisch significante verschillen in de uitvoering van aankleden tijdens de klinische revalidatie.
Knowledge Brokers Project 'Lunchgroep'	Edith van Ede Erik Janssen Linda Paulus Dorien Vermeer	2012	Projectverslag van knowledge brokers CVA. Er is een effectmeting gedaan van de lunchgroep. Deze is	Het project is uitgevoerd in het Jeroen Bosch ziekenhuis. De lunchgroep is dagelijks. Hierbij zijn 3 paramedici en 1 verpleegkundige aanwezig.

			afgenomen bij 14 patiënten. Daarnaast zijn deze patiënten geobserveerd om te bepalen in welke mate zij worden gestimuleerd door de verpleegkundige om zelf actief bezig te zijn tijdens de lunch. Ook is onder de medewerkers een enquête uitgezet over hoe er revaliderend gewerkt wordt op de afdeling. Inclusiecriteria - CVA patiënten die niet zelfstandig hun lunch kunnen klaarmaken, eten en opruimen - CVA patiënten die wel zelfstandig hun lunch kunnen klaarmaken, maar doelen hebben gericht op het opruimen, klaarmaken of nuttigen. Exclusiecriteria - CVA patiënten die niet één uur kunnen zitten - CVA patiënten die niet in staat zijn om orale voeding te eten - CVA patiënten die ten gevolge van ernstige neuropsychologische en/of gedragsstoornissen niet in een groep kunnen functioneren	De lunchgroep had verschillende doelen. Het verbeteren van de veiligheid en zelfstandigheid tijdens het lunchen, hierbij hoort klaarmaken, nuttigen en opruimen. Daarnaast heeft het ook als doel lotgenotencontact en werken aan individuele doelen. De verpleegkundige bepaalt bij de intake of een CVA patiënt voldoet aan de inclusiecriteria van de lunchgroep. Indien een patiënt voldoet wordt hij/zij aangemeld voor de lunchgroep. Als een patiënt de eerste dag nog niet voldoende belastbaar is om mee te doen, wordt het dagelijks her beoordeeld of het wel mogelijk is. De lunchgroep duurt 75 minuten. Voorafgaand aan de lunchgroep stemmen de medewerkers onderling af wie welke deelnemende patiënt begeleidt. De verpleegkundige zorgen dat de deelnemers aanwezig zijn. Er wordt tijdens de lunch zoveel mogelijk door patiënten gedaan, zoals tafel dekken, afruimen etc. <i>Resultaten</i> Na het invoeren van de lunchgroep is de behandelintensiteit met 25% per week toegenomen. Daarnaast heeft de CVA patiënt 85% extra oefentherapie naast de reguliere therapie. Ook heeft 35% van de CVA patiënten door de lunchgroep meer lotgenotencontact. Het percentage dat wordt gestimuleerd om zelf brood te smeren is met 64% toegenomen.
--	--	--	--	---

Naam artikel	Auteurs	Jaartal	Doelgroep/deelnemers	Beschrijving programma
The Effects of Task Oriented Circuit Training Using Rehabilitation Tools on the Upper Extremity Functions and Daily Activities of Patients with Acute Stroke: A Randomized Controlled Pilot Trial.	Jong-Hoon Moon, Kyoung-Young Park, Hee-Jin Kim, Chang-Ho Na	2018	RCT Taakgerichte circuit training 18 patiënten met een acuut CVA Twee verschillende ziekenhuizen in Zuid Korea. Selectiecriteria: Inclusiecriteria - Acute CVA patiënten - Binnen 30 dagen na de CVA - Hemiparese als gevolg van herseninfarct - Score van 24 of meer bij de MMSE - Geen ernstig gewrichtscontractuur of spierpijn - Brunnstrom-herstel stadium in de proximale en distale gebieden van 3 of lager - Voldoende uithoudingsvermogen om deel te nemen aan een trainingsprogramma van 30 minuten Exclusiecriteria: - Patiënten met cognitieve problemen, zoals apraxie en neglect - Patiënten met dementie - Ernstige depressie	De onderzoeksgroep kreeg taakgerichte circuittraining (TOCT) en de controlegroep kreeg (neurodevelopmental treatment). Taakgerichte training is een klinisch therapeutische benadering gebaseerd op revalidatieonderzoek en is gebaseerd op de principes van motorisch leren, motorische controle en neuroplasticiteit. Het is bedoeld voor patiënten met functionele beperkingen om zichzelf te motiveren; ze selecteren en voeren taken uit. Binnen deze training worden verschillende termen gebruikt: taakgebaseerde, taakgerelateerde, activiteitgerelateerd, doelgericht en taakspecifiek. Circuittraining is een trainingsmethode waarbij de intensiteit van de training systematisch en geleidelijk wordt gecontroleerd waardoor verschillende activiteiten herhaaldelijk kunnen worden getraind. De controlegroep kreeg NDT om de functie van de romp en bovenste extremiteit te verbeteren. NDT heeft naast het verbeteren van spierspanning, reflexieve en abnormale bewegingspatronen, ook als doel sensomotorische elementen (gevoel, waarneming en geheugen) te normaliseren. Beide groepen ontvingen 30 minuten behandeling per dag, 5-6 keer per week gedurende 4 weken. TOCT bevat 6 verschillende taken, waarbij de patiënten elke 5 minuten een andere taak doen (zoals in een circuit). De taken moet makkelijk uitvoerbaar zijn in een klinische omgeving en de training moet gericht zijn op actieve bewegingen, de snelheid en frequentie geleidelijk verhogen, de patiënt aanmoedigen en de moeilijkheidsgraad verhogen als een patiënt vooruitgaat. <i>Resultaten</i>

				TOCT lijkt tot meer verbetering dan NDT. Volgens Jang et al., is de duur en frequentie van een taak van belang voor de verbetering van de bovenste extremiteit en de neurale reorganisatie bij CVA patiënten. In dit onderzoek had de TOCT een positief effect op de verbetering van de bovenste extremiteit en neurale reorganisatie. Aangezien de NDT groep focuste op spiertonus en het stimuleren van de aangedane zijn bereikte deze groep een lager niveau van functioneel herstel dan de TOCT groep. De bevindingen suggereren dat de TOCT training effectief is voor het verbeteren van het functioneel herstel bij CVA patiënten. Er is echter geen significant verschil in de ADL gevonden. <i>Conclusie</i> Er kan worden geconcludeerd dat TOCT een positief effect heeft op verbetering van de bovenste extremiteit en op functioneel herstel. Binnen het onderzoek zijn er "revalidatie tools" gebruikt en geen ADL taken. Er is geen significante verbetering in de uitvoering van de ADL.
--	--	--	--	--

Bilaterale training

Bij deze interventie wordt er gebruik gemaakt van activiteiten, waarbij beide armen tegelijkertijd dezelfde bewegingen uitvoeren. Het heeft als doel het gelijktijdig gebruik van ledematen bevorderen en verbetering van de motoriek. De belangrijkste gedachte achter deze interventie is de koppeling tussen de ledematen, waardoor de interhemisferische remming opnieuw in evenwicht wordt gebracht. Waardoor de aangedane hemisfeer wordt geactiveerd en de aangedane ledemaat verbetert. Ook is er aangetoond dat bilaterale training het centrale zenuwstelsel activeert en de hersenhelft stimuleert (Pollack et al., 2014, Lee, Lee, Koo, & Lee, 2017, p. 1022).

Taakgeoriënteerde training

Taakgerichte training is een klinisch therapeutische benadering gebaseerd op revalidatieonderzoek en is gebaseerd op de principes van motorisch leren, motorische controle en neuroplasticiteit. Het is bedoeld voor patiënten met functionele beperkingen om zichzelf te motiveren; ze selecteren en voeren taken uit (Yoo & Park, 2015, Moon, Park, Kim, & Na, 2018).

Een taakgeoriënteerde training heeft de volgende kenmerken (Steultjens et al., 2013, Timmermans, Spooren, Kingma, & Seelen, 2010, p. 862):

- De training is relevant voor de patiënt en zijn context
- Het wordt variabel aangeboden
- Het kent herhaling
- Het maakt gebruik van het principe van intensiteit m.b.v. massed practice (een oefenschema met relatief lange rusttijden).
- Het is gericht op het herleren van een hele taak
- Tijdens de training wordt er positieve en tijdig feedback gegeven (Hubbard, 2009).

Een gemeenschappelijk kenmerk van de 4 componenten hierboven is dat het bijdraagt aan het optimaliseren van de motorische prestaties in het langetermijngeheugen (Timmermans et al., 2010, p. 862).

Voorwaarde voor de training is een goede taakanalyse uitvoeren.

Deze training sluit aan bij de werkwijze van de ergotherapie in Nederland, zoals beschreven in het (Van Hartingsveldt, Logister-Proost, & Kinébanian, 2010) en in Grondslagen van de ergotherapie (Le Granse et al., 2012).

Repetitive task training

RTP is een overkoepelende term die wordt gebruikt om trainingsbenaderingen te beschrijven die doelgericht zijn, geïndividualiseerde taken bevatten met frequente herhalingen van een taakgerelateerde of taakspecifieke beweging. De training wordt frequent herhaald en het is taakgericht (Nilsen et al., 2014, Pollock et al., 2014).

Foutloos leren

Ondanks dat foutloos leren een methode van leren is en geen interventie, kwam het wel naar voren in een systematische review (Wolf et al., 2014⁶) en in het boek neurorevalidatie (Van Cranenburgh, 2017). Deze methode van leren houdt in dat er verhinderd wordt dat tijdens het leerproces fouten worden gemaakt door een directieve handelwijze van de therapeut. Daarnaast kan dit worden bereikt door de taken aanzienlijk te vereenvoudigen en de moeilijkheidsgraad zeer geleidelijk op te voeren. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar deze methode van leren. Maar het is wel

⁶ Wolf, T. J., Chuh, A., Floyd, T., McInnis, K., & Williams, E. (2014). Effectiveness of Occupation-Based Interventions to Improve Areas of Occupation and Social Participation After Stroke: An Evidence-Based Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 6901180060p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.012195>

aannemelijk dat het nuttig kan zijn bij het leren van bijvoorbeeld dagelijkse handelingen (bij apraxie), routes vinden (bij ruimtelijke stoornissen) en huishoudelijke taken (Van Cranenburgh, 2017). In het systematische review (Wolf et al., 2014) werden er in een RCT (Mount et al., 2007) twee groepen vergeleken, waarbij foutloos leren werd vergeleken met trial en error bij mensen met geheugenproblemen na een CVA. De groepen leerden twee taken: transfer en sokken aantrekken met een hulpmiddel.

Aangezien deze benadering veel één op één aandacht vereist, is dit niet mogelijk om in een groepsbehandeling te gebruiken. Tijdens een groepsbehandeling moet de therapeut zijn aandacht verdelen over meerdere patiënten.

Mentaal oefenen

Deze methode houdt in dat er bewegingen of handelingen mentaal worden verricht. Bij mentaal oefenen wordt de beweging in gedachte gemaakt. De interventie wordt meestal gecombineerd met taakgerichte training (Van Cranenburgh, 2017, Nilsen et al., 2014, Pollock et al., 2014).

De achterliggende gedachte bij deze methode is dat er grotendeels dezelfde hersengebieden worden geactiveerd als bij de werkelijke beweging. Alleen wordt de primaire motorische schors niet of minder geactiveerd (Van Cranenburgh, 2017). Voor deze interventie is veel concentratie nodig voor de patiënt. Hierdoor is deze methode alleen geschikt voor individuele therapie en niet voor groepsbehandeling.

Spiegeltherapie

Spiegeltherapie houdt in dat er gebruik wordt gemaakt van een sagittaal geplaatste spiegel om, via bewegingen van het niet-aangedane ledemaat, bewegingen van het gestoorde ledemaat zichtbaar te maken. De patiënt wordt gestimuleerd om zich te richten op de aangedane zijde. Terwijl de niet aangedane zijde verborgen blijft achter de spiegel. “Via de sagittaal geplaatste spiegel krijgen de hersenen (illusoire) informatie over bewegingen van de aangedane arm of hand” (Van Cranenburgh, 2017). Daarnaast worden verschillende hersengebieden gestimuleerd door beweging, sensatie en pijn. De actieve mobiliteit van de paretische arm/hand blijkt met deze methode aanzienlijk toe te nemen (Van Cranenburgh, 2017, Nilsen et al., 2014). In een systematische review over spiegeltherapie (Thieme et al., 2018⁷) was de gemiddelde frequentie van de therapie vijf keer per week gedurende vier weken en de gemiddelde duur 30 minuten per week. Deze interventie is niet geschikt voor groepsbehandeling, omdat dit erg confronterend kan zijn voor de patiënt in de acute fase. Dit is niet wenselijk om in groepsverband uit te voeren. Ook is het qua materiaal niet haalbaar, als er voor iedere deelnemer een spiegel nodig is.

Actie observatie

In een systematisch review (Nilsen et al., 2014) naar de effectiviteit van interventies voor het verbeteren van bij CVA patiënten met motorische problemen als onderdeel van de EBP project van de ‘American Occupational Therapy Association’ kwam de interventie ‘actie observatie training (AOT)’ naar voren. Dit houdt in dat patiënten andere personen observeren tijdens het uitvoeren van functionele bewegingen met als doel de bewegingen te imiteren. Het is een relatief nieuwe interventie, met als doel het verbeteren van de bovenste extremiteit bij CVA patiënten. Bij AOT moeten de deelnemers acties observeren via een video of andere personen observeren uitgevoerd tijdens het uitvoeren van functionele bewegingen met als doel de bewegingen te imiteren. Daarna doen de deelnemers meerdere keren de acties na en oefenen ze de waargenomen acties (Zhang et al., 2019). Er zijn twee verschillende soorten: taak gebaseerde AOT en beweging gebaseerde AOT. Taakgebaseerde AOT lijkt effectiever te zijn voor het activeren van de spiegelneuronen. Aangezien deze neuronenvoeliger zijn voor object gerelateerde acties.

⁷ Thieme, H., Morkisch, N., Mehrholz, J., Pohl, M., Behrens, J., Borgetto, B., & Dohle, C. (2018). Mirror therapy for improving motor function after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008449.pub3>

BIJLAGE 5: INTERVIEWPROTOCOL

BIJLAGE 5A: INTERVIEWPROTOCOL ERGOTHERAPEUTEN

Introductie

Doel van het interview

Het doel is om de ervaringen en (beweeg)redenen van ergotherapeuten voor een klinische groepsbehandeling voor CVA patiënten in de acute fase na te gaan.

Doel van het onderzoek

Het afstudeeronderzoek richt zich op het onderzoeken van de mogelijkheden voor een ergotherapeutische en/of multidisciplinaire groepsbehandeling voor klinische volwassen CVA patiënten op de afdeling neurologie in het LUMC. Met als resultaat de zelfredzaamheid in ADL activiteiten te vergroten, hetgeen bijdraagt aan een betere kwaliteit van zorg voor de patiënt. Vinden jullie het goed als ik het interview opneem? Zodat ik het kan terugluisteren en verwerken. Daarna vernietig ik gelijk de opname.

Topiclijst

Topics	Voorbeeldvragen
Gegevens ergotherapeut	Hoelang werkt u als ergotherapeut? Hoelang werkt u al met CVA patiënten in de acute fase? Heeft u hier voor ook al ervaring met groepsbehandeling? En was dit een positieve of negatieve ervaring?
Algemene gegevens groepsbehandeling	Met welk type groepsbehandeling heeft u ervaring bij CVA patiënten in de acute fase? Wat is de doelgroep? Alle CVA patiënten? Hoe groot is de groep? Is dit volgens u een geschikte aantal deelnemers? Kunt u dit toelichten? Is het een vaste groep? Of kunnen er bij elke bijeenkomst nieuwe patiënten instromen (wat zijn hier de voor- en nadelen van)? Hoe wordt er bepaald wie er kan deelnemen aan de groepsbehandeling? Hoe/door wie wordt dit voorgelegd aan de patiënt? Wie is er aanwezig bij de groepsbehandeling (therapeuten, verpleegkundige, etc.)? Hoe vaak vindt de groepsbehandeling plaats? Wat is de duur van de groepsbehandeling? Op welk tijdstip/moment van de dag vindt de groepsbehandeling plaats?
Inhoud groepsbehandeling	Wordt er tijdens de groepsbehandeling gebruik gemaakt van bepaalde principes/interventies? Is de groepsbehandeling gebaseerd op literatuur/onderzoeken? Hoe ziet de groepsbehandeling eruit (qua opbouw)? Heeft het een vast programma, van een aantal bijeenkomsten met een vooraf bepaalde inhoud, doel of thema? Of wordt de inhoud per bijeenkomst bepaald?

	Wordt de inhoud bepaald met de therapeuten of in overleg met de deelnemers?
Aanleiding	Wat is voor u/jullie afdeling de reden geweest dat er is gekozen voor een groepsbehandeling?
Resultaten	Wat is uw eigen ervaring met de groepsbehandeling? Wat levert het op voor de patiënt? Wat vindt de patiënt van de groepsbehandeling? Wat levert het op voor de therapeut? Heeft u veranderingen opgemerkt sinds de groepsbehandeling? Hoe hebben jullie de groepsbehandeling geëvalueerd?
Implementeren*	Hoe zijn jullie gestart met de groepsbehandeling? En hoe hebben jullie de groepsbehandeling voorbereid (met wie, wat was daarvoor nodig qua tijd en geld)? Welke factoren droegen bij aan het succes van de groepsbehandeling? Zijn er groepsbehandelingen die weer zijn gestopt en waarom? Waar liepen jullie tegenaan (zoals logistieke uitdagingen, personeelstekort)? Waren er individuele verschillen van de (ergo)therapeut die bijdroegen aan een bevordering of moeizamer verloop van de groepsbehandeling? Stond het (multidisciplinair/ergotherapeutisch) team achter de keuze voor groepsbehandeling? Hoe was de ondersteuning vanuit de organisatie? En vanuit het management? Hoe stonden/reageerden de patiënten op de groepsbehandeling? Wat voor reacties kregen jullie terug? Hoe hebben jullie de groepsbehandelingen geïntroduceerd naar de rest van het team (bijv. via een presentatie, workshop)?
Afsluiting	Heeft u tips/adviezen voor het opzetten van een groepsbehandeling? Is er nog iets dat u verder kwijt wilt?

*Op basis van de resultaten van het artikel van Juckett et al. (2020)

Afsluiting

- Controleren van de topics
- Vragen

Introductie

Doel van het interview

Achterhalen hoe ervan uit patiëntperspectief tegen een groepsbehandeling in de acute fase (ziekenhuisfase) wordt aangekeken. Het interview zal uiterlijk 30 minuten duren.

Doel van het onderzoek

Het afstudeeronderzoek richt zich op het onderzoeken van de mogelijkheden voor een ergotherapeutische en/of multidisciplinaire groepsbehandeling voor mensen die CVA hebben gehad op de afdeling neurologie in het LUMC. Met als resultaat de zelfredzaamheid in ADL activiteiten te vergroten, hetgeen bijdraagt aan een betere kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Vindt u het goed als ik het interview opneem? Zodat ik het kan terugluisteren en verwerken. Daarna vernietig ik gelijk de opname.

Heeft u vooraf aan het interview een vraag?

Topiclijst

Topics	Voorbeeldvragen
Gegevens deelnemer	Hoelang geleden heeft u een CVA doorgemaakt? Wat is uw leeftijd? Hoelang bent u opgenomen geweest in het ziekenhuis?
Ziekenhuisopname	Welke behandelingen/behandelingen heeft u gehad? Hoe vond u het aantal behandelingen/therapiemomenten in het ziekenhuis? Was dit volgens u een geschikt aantal momenten of was dit te veel/te weinig?
Ervaring met groepsbehandeling	Heeft u in het ziekenhuis of tijdens de revalidatie groepsbehandeling gehad? Wat vond u van groepsbehandeling? Kunt u dit toelichten? Met wat voor soort groepsbehandeling heeft u ervaring?
Groepsbehandeling tijdens ziekenhuisopname	Wat zou u van een groepsbehandeling vinden tijdens de ziekenhuisopname? En waarom staat u er positief/negatief tegenover? Heeft u tips of adviezen voor de groepsbehandeling? Wat zou volgens u prettig zijn? Waar had u behoefte aan tijdens de ziekenhuisopname? Wat (lijkt) voor u de waarde van groepsbehandeling? Motivatie, lotgenotencontact, leren van anderen in dezelfde situatie, gezelligheid, ervaringen uitwisselen Wat lijkt voor u een geschikt onderwerp voor een groepsbehandeling (wat zou u willen doen tijdens een groepsbehandeling)? Ontbijtgroep,

	lunchgroep, kookgroep, arm-handgroep, aankleedgroep
Afsluiting	Heeft u tips of adviezen aan de therapeuten in het ziekenhuis waar ze rekening mee kunnen houden? Heeft u tips of adviezen aan de therapeuten voor het opstarten van de groepsbehandeling? Is er nog iets wat u verder kwijt wilt?

Afsluiting

- Controleren van de topics
- Opname stoppen

Vragenlijst

Multidisciplinair team afdeling neurologie

Mijn afstudeeronderzoek richt zich op het onderzoeken van de mogelijkheden voor een ergotherapeutische en/of multidisciplinaire groepsbehandeling voor klinische volwassen CVA patiënten op de afdeling neurologie in het LUMC. Met als resultaat de zelfredzaamheid in ADL activiteiten te vergroten, hetgeen bijdraagt aan een betere kwaliteit van zorg voor de patiënt. Om uw mening en ideeën over groepsbehandeling en mogelijk eerdere ervaring met groepsbehandeling na te gaan hoop ik dat u deze vragenlijst in wilt vullen. De resultaten worden anoniem verwerkt. Dit vraagt maximaal 15 minuten van uw tijd.

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

1. Wat is uw beroep?
 - ✓ Ergotherapie
 - ✓ Fysiotherapie
 - ✓ Logopedie
 - ✓ Oefentherapie
2. Hoelang werkt u in het LUMC?
.....jaren.
3. Heeft u naast deze setting ook ervaring binnen andere settings (bijv. revalidatiecentrum)?
 - ✓ Nee
 - ✓ Ja, namelijk
4. Heeft u ervaring met het opzetten of geven van een groepsbehandeling?
 - ✓ Ja (ga door naar vraag 5)
 - ✓ Nee (ga door naar vraag 7)
5. Met welke groepsbehandeling heeft u ervaring en in welke setting?
6. Kunt u aangeven of dit een positieve of negatieve ervaring was en dit toelichten?
Positief, omdat
Negatief, omdat
7. Bent u van mening dat multidisciplinaire groepsbehandeling op de afdeling neurologie van het LUMC zinvol is?
 - ✓ Ja
 - ✓ Nee
 - ✓ Neutraal
8. Waarom is de multidisciplinaire groepsbehandeling volgens u wel of niet zinvol?
.....
9. Zou u multidisciplinaire groepsbehandeling aan CVA patiënten willen geven?
 - ✓ Ja
 - ✓ Nee
10. Zou u samen met een collega (van dezelfde of met een andere discipline) een groepsbehandeling willen begeleiden?

- ✓ Ja (ga door naar vraag 11)
- ✓ Nee (ga door naar vraag 12)

11. Met welke discipline wilt u een groepsbehandeling begeleiden (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ✓ Ergotherapie
- ✓ Fysiotherapie
- ✓ Logopedie
- ✓ Oefentherapie

12. Hoe vaak per week is volgens u een groepsbehandeling haalbaar?

- ✓ 1 keer per week
- ✓ 2-3 keer per week
- ✓ 4-5 keer per week
- ✓ Vaker dan 5 keer per week
- ✓ Anders, namelijk:

13. Wat lijkt een geschikte duur voor een groepsbehandeling?

- ✓ ½ uur
- ✓ 1 uur
- ✓ 1 ½ uur
- ✓ 2 uur
- ✓ Anders, namelijk

14. Wat is volgens u een geschikte groepsgrootte?

.....

15. Hoeveel therapeuten zijn voor deze groepsgrootte volgens u nodig om de groepsbehandeling te begeleiden?

.....

16. Wat lijkt u een geschikt onderwerp of thema voor een groepsbehandeling aan CVA patiënten op de afdeling neurologie?

- ✓ Ontbijtgroep (ontbijt bereiden/ontbijten)
- ✓ Lunchgroep (lunch bereiden/lunchen)
- ✓ Arm-handfunctie
- ✓ Kookgroep
- ✓ Aankleedgroep
- ✓ Anders, namelijk:

17. Wilt u nog iets kwijt wat niet aan bod is gekomen met betrekking tot groepsbehandeling? Dan kunt u dat hieronder aangeven.

Opbouw groepsbehandeling

De lunchgroep ziet er als volgt uit:

- Eerste deel: dertig minuten besteden aan lunchen (klaarmaken, nuttigen en opruimen)
- Tweede deel: werken aan individuele doelen gericht op arm-handfunctie, loopvaardigheden, aankleeddoelen (gericht op onderste of bovenste extremiteit). Vooraf door de betrokken paramedici een doel opstellen voor de groepsbehandeling.

In- en exclusiecriteria deelname groepsbehandeling

Inclusiecriteria:

- Patiënten die minimaal 45 minuten in een rolstoel of stoel kunnen zitten
- Patiënten die dusdanig wakker zijn en cognitief mee kunnen doen
- Patiënten die medisch stabiel zijn

Exclusiecriteria:

- Patiënten die aan het infuus zitten die nog moet worden ingesteld, waardoor er de hele tijd een piepend geluid is.
- Patiënten die enorm ontremd of schreeuwerig zijn

Interventies tijdens groepsbehandeling

Bilaterale training

Bij deze interventie wordt er gebruik gemaakt van activiteiten, waarbij beide armen tegelijkertijd dezelfde bewegingen uitvoeren. Het heeft als doel het gelijktijdig gebruik van ledematen bevorderen en verbetering van de motoriek. De belangrijkste gedachte achter deze interventie is de koppeling tussen de ledematen, waardoor de interhemisferische remming opnieuw in evenwicht wordt gebracht. Waardoor de aangedane hemisfeer wordt geactiveerd en de aangedane ledemaat verbetert. Ook is er aangetoond dat bilaterale training het centrale zenuwstelsel activeert en de hersenhelft stimuleert (Pollack et al., 2014, Lee, Lee, Koo, & Lee, 2017, p. 1022).

Taakgeoriënteerde training

Taakgerichte training is een klinisch therapeutische benadering gebaseerd op revalidatieonderzoek en is gebaseerd op de principes van motorisch leren, motorische controle en neuroplasticiteit. Het is bedoeld voor patiënten met functionele beperkingen om zichzelf te motiveren; ze selecteren en voeren taken uit (Yoo & Park, 2015, Moon, Park, Kim, & Na, 2018).

Een taakgeoriënteerde training heeft de volgende kenmerken (Steultjens et al., 2013, Timmermans, Spooren, Kingma, & Seelen, 2010, p. 862):

- De training is relevant voor de patiënt en zijn context
- Het wordt variabel aangeboden
- Het kent herhaling
- Het maakt gebruik van het principe van intensiteit m.b.v. massed practice (een oefenschema met relatief lange rusttijden).
- Het is gericht is op het herleren van een hele taak
- Tijdens de training wordt er positieve en tijdig feedback gegeven (Hubbard, 2009).

Een gemeenschappelijk kenmerk van de 4 componenten hierboven is dat het bijdraagt aan het optimaliseren van de motorische prestaties in het langetermijngeheugen (Timmermans et al., 2010, p. 862).

Voorwaarde voor de training is een goede taakanalyse uitvoeren.

Deze training sluit aan bij de werkwijze van de ergotherapie in Nederland, zoals beschreven in het (Van Hartingsveldt, Logister-Proost, & Kinébanian, 2010) en in Grondslagen van de ergotherapie (Le Granse et al., 2012).

Actie observatie

In een systematisch review (Nilsen et al., 2014) naar de effectiviteit van interventies voor het verbeteren van bij CVA patiënten met motorische problemen als onderdeel van de EBP project van de 'American Occupational Therapy Association' kwam de interventie 'actie observatie training (AOT)' naar voren. Dit houdt in dat patiënten andere personen observeren tijdens het uitvoeren van functionele bewegingen met als doel de bewegingen te imiteren. Het is een relatief nieuwe interventie, met als doel het verbeteren van de bovenste extremiteit bij CVA patiënten. Bij AOT moeten de deelnemers acties observeren via een video of andere personen observeren uitgevoerd tijdens het uitvoeren van functionele bewegingen met als doel de bewegingen te imiteren. Daarna doen de deelnemers meerdere keren de acties na en oefenen ze de waargenomen acties (Zhang et al., 2019). Er zijn twee verschillende soorten: taak gebaseerde AOT en beweging gebaseerde AOT. Taakgebaseerde AOT lijkt effectiever te zijn voor het activeren van de spiegelneuronen. Aangezien deze neuronenvoeliger zijn voor object gerelateerde acties.