

ONDERZOEKSRAPPORT

Handreiking
Eerstelijns
Herstelzorg
Hersenletsel



Colofon

Publicatiedatum: 9 mei 2023

Dit onderzoeksrapport behoort bij de Handreiking Eerstelijns Herstelzorg Hersenletsel. Dit onderzoek is uitgevoerd door een samenwerkingsverband tussen Kennisnetwerk CVA Nederland (KNCN), Ergotherapie Nederland (EN), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf) en Vereniging van Revalidatieartsen (VRA).

Kennisnetwerk CVA Nederland

Gerbrich Douma, MSc | Junior-onderzoeker

Lucas Koester, MSc | Projectmedewerker

Bert Vrijhoef, PhD | Projectleider

Contact

Kennisnetwerk CVA Nederland

Oudlaan 4

3515 GA Utrecht

info@kennisnetwerkcv.nl

© Kennisnetwerk CVA Nederland 2023

Alle rechten voorbehouden. Niets in deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeer dit document als volgt: Douma G, Koester L, Vrijhoef HJM.

Onderzoeksrapport Handreiking Eerstelijns Herstelzorg Hersenletsel.

Kennisnetwerk CVA Nederland, Utrecht 2023.

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Introductie	4
Doel van de handreiking	5
Onderzoeksvragen	6
Methoden	7
Stappenplan	7
Dataverzameling en data-analyse	10
Interviews	10
Resultaten	12
Interviews	12
Uitvallers	17
Discussie	18
Conclusies	19
Aanvullende informatie	20
Subsidie	20
Referenties	21
Bijlage I	22
Overzicht auteurs en betrokken groepen/ personen	22
Bijlage II	23
Interviewguide	23
Bijlage III	27
Voorbeeld gebruikte zoektermen	27
Bijlage IV	28
Nederlandse en Internationale studies scoping review	28
Bijlage V	32
Lijst van 74 items die voorgelegd werden in de Delphi-studie	32

Introductie

Mensen die als gevolg van een cerebro vasculair accident (CVA) chronische zorg in de eerste lijn nodig hebben, ontvangen veelal niet de zorg die zij nodig hebben [1-3]. Het doorverwijzen van mensen met een CVA in de chronische fase verloopt vaak problematisch. Ook wordt in de eerste lijn vaak onvoldoende gebruik gemaakt van effectieve behandelmogelijkheden [4], wat kan leiden tot een suboptimale behandeling voor de cliënt en inefficiënte zorgverlening. Gezien de overeenkomsten in hulpvragen, is het aannemelijk dat hiervan ook sprake is in de zorg voor mensen met een ander niet aangeboren hersenletsel (NAH).

De geschetste problemen kunnen gedeeltelijk worden onderhouden door gebruik te maken van goed georganiseerde eerstelijns zorgnetwerken [5]. Netwerkvorming kan resulteren in betere implementatie van aanbevelingen uit richtlijnen, vermindering in zorgkosten, een hoger behandelvolume en een betere multidisciplinaire samenwerking [6]. Ook kunnen netwerken resulteren in een hoger kennisniveau, betere communicatie tussen zorgverleners en een hogere patiënttevredenheid [7,8].

Uit recent onderzoek onder eerstelijns CVA-zorgnetwerken blijkt dat deze resultaten niet zonder meer tot stand komen [9]. Dit onderzoek beschrijft de onderbouwing van CVA-zorgnetwerken vanuit een breed perspectief en doet aanbevelingen om kennislacunes aan te pakken. De auteurs concluderen dat

“over de inhoud en organisatie van zorg in de chronische fase in de eerste lijn nog geen consensus bestaat. Meer samenhang (zorginhoudelijke afstemming en organisatorische samenwerking) in de eerste lijn is nodig om betere afstemming in de zorg te krijgen.”[9]

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) ‘samen werken aan gezonde zorg’ wordt de nadruk gelegd op passende zorg en ondersteuning, samen met de patiënt, op de juiste plek en met nadruk op de gezondheid [10]. Hierbij wordt het belang van samenwerking in regionale netwerken en samenwerking over bestaande domeinen heen benoemd. Dit sluit aan bij het al eerder in gang gezette proces van substitutie, waarbij duurdere tweedelijns zorg verplaatst wordt naar de eerste lijn.

Om aan de uitkomsten van bovenstaande probleemanalyse inhoud te geven, is een samenwerking in de vorm van een consortium bestaande uit het Kennisnetwerk CVA Nederland (KNCN), Ergotherapie Nederland (EN), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) en Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) aangegaan. De rol van projectleider wordt ingevuld door de voorzitter van KNCN, die ook opdrachtnemer is namens het consortium. Het consortium zet zich in voor de ontwikkeling van een handreiking die betrekking heeft op eerstelijns herstellende zorg voor mensen met een CVA en traumatisch hersenletsel (THL). De ontwikkeling van de handreiking is gesubsidieerd door de Hersenstichting.

Doel van de handreiking

Het beoogde resultaat van de handreiking is dat deze bijdraagt aan het vergroten van de zichtbaarheid van eerstelijns behandelaren. Als gevolg daarvan wordt inzichtelijk welke behandelaren specifieke deskundigheid hebben ten behoeve van de keuze om direct bij een behandelaar uit te komen die de juiste zorg levert (i.e. passend bij de vraagstelling en de ernst van de aandoening). Deze therapeut wordt, op basis van patiëntvoorkeuren, -kenmerken en behandeldoelen, eenvoudig gevonden via een toegankelijke website. De samenwerking met andere eerstelijns therapeuten, het revalidatiecentrum en het ziekenhuis is voor deze cliënten goed op orde, doordat het wenselijk is dat

In deze handreiking worden aanbevelingen gedaan om de regionale samenwerking en de juiste inzet van zorgverleners te verbeteren.

de therapeuten deel uitmaken van een eerstelijns CVA/NAH-netwerk.

De handreiking is een openbaar document waarin in de toekomst ook andere zorgprofessionals kunnen worden

opgenomen, ten behoeve van het samen verlenen van passende zorg aan mensen met hersenletsel. In deze handreiking worden aanbevelingen gedaan om de regionale samenwerking en de juiste inzet van zorgverleners te verbeteren.

De definitie van eerstelijnszorg, zoals in de handreiking wordt gehanteerd, is dat sprake is van eerstelijnszorg wanneer de vergoeding ervoor gefinancierd wordt vanuit de zorgverzekeringswet. Hiermee wordt afgeweken van de definitie van de Rijksoverheid ^[11] die stelt dat 'Eerstelijnszorg is zorg waar u zelf

zonder verwijzing naartoe kunt gaan. Dit kan behandeling zijn door de huisarts, tandarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige'. Omdat mensen met hersenletsel binnen bijvoorbeeld de eerstelijns fysiotherapie gezien worden onder een chronische indicatie, waarvoor een verwijzing nodig is, wordt in de handreiking een brede definitie gehanteerd.

Onderzoeksvragen

De handreiking besteedt aandacht aan drie probleemgebieden en onderzoeksvragen:



Figuur 1

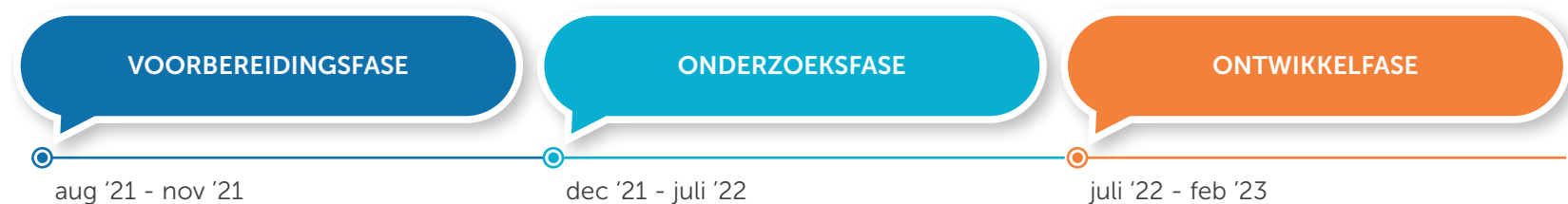
Methoden

Stappenplan

Voor de ontwikkeling van de handreiking werd een stappenplan bestaande uit drie fasen doorlopen: voorbereidingsfase, ontwikkelingsfase, en afrondingsfase (zie Figuur 2). De AQUA leidraad [12] werd hierbij ter inspiratie gebruikte. Per fase werden

opeenvolgende stappen gezet om de handreiking zo zorgvuldig mogelijk tot stand te brengen met de inbreng van mensen met hersenletsel, behandelaren en andere betrokkenen.

Figuur 2: Stappenplan



Vorbereidingsfase



Onderzoeksfase



Afrondingsfase



Dataverzameling en data-analyse

Interviews

De onderzoeksfase bestond uit drie verschillende onderdelen (zie figuur 2). Gestart werd met een knelpuntenanalyse. Het eerste onderdeel bestond uit het houden van individuele interviews met 23 experts. De interviews vonden plaats met 8 ervaringsdeskundigen, 8 behandelaren (ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten en revalidatieartsen) en 7 overige professionals (kaderhuisarts, verpleegkundig specialist, voorzitter regionaal neurologisch netwerk, vertegenwoordiger Parkinson-Net, vertegenwoordiger Hersenz en twee psychologen). Centrale interview thema's waren: knelpunten, oplossing(srichtingen) en bevorderende/belemmerende factoren bij implementatie. De interviews werden verricht aan de hand van een interviewguide (zie bijlage II), waarvan de onderwerpen werden vastgesteld met inbreng van de leden van de stuur- en projectgroep.

Voorafgaand aan de interviews werd informed consent gegeven en geïnterviewden konden elk moment aangeven te willen stoppen met het interview, zonder opgave van redenen. De interviews werden afgenomen door de onderzoeker, bij twee van de interviews luisterden respectievelijk de projectleider en de projectmedewerker vanuit het KNCN mee om inzicht te krijgen in het interviewproces. De interviews vonden op één na digitaal plaats via Microsoft Teams en duurden gemiddeld 42 minuten.

Analyse interviews

De thematische analyse ^[12] werd via een deductieve benadering uitgevoerd, waarbij de drie onderzoeksvragen leidend waren. Nadat alle interviews waren afgerond werden deze handmatig en woordelijk getranscribeerd door de onderzoeker (stap 1)

en vervolgens door middel van een open codering gecodeerd (stap 2). Hierop volgend werd gekeken in hoeverre de uitspraken van de geïnterviewden antwoord gaven op en gerelateerd waren aan de onderzoeksvragen (stap 3). Vervolgens werden de thema's gereviseerd en verfijnd door verder in kaart te brengen welke overkoepelende onderwerpen en thema's hieruit af te leiden waren en welke nieuwe onderwerpen door de geïnterviewden werden ingebracht (stap 4). Een tweede onderzoeker heeft de thematische analyse doorgelopen. De gevonden thema's werden tussen beide onderzoekers bediscussieerd en uiteindelijk vastgesteld. De onderwerpen uit de interviews werden samen met de uitkomsten uit de scoping review gestructureerd om de lijst met items voor de Delphi-studie vorm te geven (stap 5).

Scoping review

Het gerichte literatuuronderzoek (i.e. scoping review), met als doel om recente literatuur in relatie tot de onderzoeksvragen in kaart te brengen, vond gedeeltelijk parallel plaats aan de interviews en werd uitgevoerd aan de hand van hoofdstuk 11.2 uit The Joanne Briggs Institute Reviewer's handleiding ^[14]. Tussen december 2021 en april 2022 werden artikelen onafhankelijk door twee onderzoekers beoordeeld op relevantie. Deze artikelen waren afkomstig vanuit het vooronderzoek; de interviews; een systematische zoekopdracht in nationale en internationale kennisbanken en databases; en sneeuwbaaleffect op basis van de referenties van gevonden artikelen. De systematische zoekopdracht in nationale en internationale kennisbanken en databases werd door twee onderzoekers onafhankelijk uitgevoerd. In overleg werden de zoektermen voor de zoekopdracht vastge-

steld. Een zoekstring voor de databases werd ontwikkeld en in een logboek werden de zoekresultaten bijgehouden.

De internationale databases die werden geraadpleegd waren PubMed, CINAHL en PEDro. In bijlage III is een overzicht van de gebruikte zoektermen terug te vinden. Verder werd gezocht in de nationale richtlijndatabase (<https://richtlijndatabase.nl/>) en internationale richtlijndatabase (<https://guidelines.ebm-portal.com/>).

De gevonden artikelen werden vastgelegd op basis van auteur en publicatiedatum, vervolgens werden dubbele artikelen verwijderd. De inclusiecriteria welke gehanteerd zijn: volledige verkrijgbaarheid en de artikelen moesten in het Nederlands of het Engels geschreven zijn. Daarna werden de abstracts van de artikelen gescreend op bruikbaarheid in relatie tot de drie onderzoeksvragen. Mogelijk passende artikelen werden volledig gelezen, wanneer de inhoud van de artikelen een antwoord op de onderzoeksvragen bevatte en/of de uitkomsten relevant voor het onderzoek waren werden deze geïncludeerd en in een tabel opgenomen (zie bijlage IV).

Delphi-studie

Na de data-analyse werd de informatie verkregen uit de interviews en de literatuur voorgelegd aan een panel ten behoeve van de Delphi-studie. Het panel werd gevormd door personen die werden aangedragen door leden van de projectgroep en gebruikerscommissie. In totaal ontvingen 35 personen via SurveyMonkey een uitnodiging om deel te nemen. De aangeschreven ervaringsdeskundigen werd de mogelijkheid geboden om digitale of telefonische ondersteuning te ontvangen bij het invullen van de vragenlijst.

In de Delphi-studie werden 74 verschillende items beoordeeld, onderverdeeld op basis van de drie eerder beschreven uitgangsvragen. De lijst met items is terug te vinden in bijlage V. Voordat de Delphi-studie van start ging, werden de items voorgelegd aan en vastgesteld door de projectgroep en gebruikerscommissie. Het panel binnen de Delphi-studie werd gevraagd om de 74 items via een Likert schaal te beoordelen, waarbij de score 1 gelijk stond aan totaal irrelevant en score 9 aan uiterst relevant. Op basis van de literatuur ^[15] werd voor het bepalen van de mate van consensus een afkappunt van 75% gehanteerd. Hierbij werd ervan uitgegaan dat een score van 7, 8 of 9 (uiterst) relevant was en een score van 1, 2, of 3 (totaal) irrelevant. Op deze wijze werd duidelijk onderscheid gemaakt tussen de items waarover voldoende consensus en onvoldoende consensus werd bereikt. Naast het afkappunt werd, als voorwaarde voor het bereiken van consensus, gehanteerd dat minder dan 15% van de deskundigen een score tussen de 1-3 aangeeft ^[16]. Verder werd aan de deelnemers van de Delphi-studie gevraagd om in SurveyMonkey per uitgangsvraag een top 3 aan te geven van de items die volgens hen het meest belangrijk zijn in relatie tot de uitgangsvraag.

Bijeenkomsten groepen – Expert opinion

Naast de verschillende vormen van dataverzameling vonden gedurende de ontwikkeling van de handreiking inhoudelijke bijeenkomsten plaats van de stuurgroep, projectgroep en gebruikerscommissie. Deze groepen bestonden uit afgevaardigden vanuit de betrokken beroepsorganisaties in het project: EN, KNGF, NVLF en VRA; ervaringsdeskundigen; en een afgevaardigde van Zorgverzekeraars Nederland. Zij leverden op basis van expert opinion hun input ten behoeve van het onderzoek en de handreiking.

Resultaten

Interviews

Voor de knelpuntenanalyse werden tussen januari en maart 2022 in totaal 23 semigestructureerde interviews ^[17] afgenomen. De geïnterviewden bestonden uit ervaringsdeskundigen (n=8), waarbij twee interviews plaatsvonden in aanwezigheid

van en met partners; behandelaren afkomstig uit de verschillende beroepsgroepen uit dit onderzoek, ergotherapeuten (n=2), fysiotherapeuten (n=2), logopedisten (n=2) en revalidatieartsen (n=2); en overige zorgprofessionals (n=7), zie tabel 1a en 1b.

Doelgroep/ geïnterviewden	Leeftijd (jaren)	Aard aandoening	Tijd sinds aandoening	Geslacht
Doelgroep 1				
Ervaringsdeskundige I	62	Traumatisch hersenletsel	2 jaar	V
Ervaringsdeskundige/ naaste II	68/53	Beroerte	7 jaar	M/V
Ervaringsdeskundige III	61	Beroerte	12 jaar	M
Ervaringsdeskundige IV	48	Beroerte t.g.v. van hersentumor	14 jaar	M
Ervaringsdeskundige V	52	Beroerte	8 jaar	V
Ervaringsdeskundige VI	26	Beroerte	3 jaar	V
Ervaringsdeskundige/ naaste VII	57/55	Beroerte	4 jaar	M/V
Ervaringsdeskundige VIII	64	Beroerte	3 jaar	M

Tabel 1a. Achtergrondinformatie geïnterviewden: Ervaringsdeskundigen

Doelgroep/ geïnterviewden	Geslacht	Professie of functie	Werkervaring als behandelaar (jr)
Doelgroep 2			
Behandelaar I	V	Fysiotherapeut	28
Behandelaar II	V	Ergotherapeut	13
Behandelaar III	V	Fysiotherapeut	14
Behandelaar IV	V	Revalidatiearts	29
Behandelaar V	M	Revalidatiearts	22
Behandelaar VI	V	Logopedist	11
Behandelaar VII	V	Ergotherapeut	19
Behandelaar VIII	V	Logopedist	8
Doelgroep 3			
Professional I	V	Verpleegkundig Specialist	17
Professional II	V	Vertegenwoordiger Hersenz	6
Professional III	M	Voorzitter regionaal neurologie netwerk	5
Professional IV	V	Vertegenwoordiger ParkinsonNet	6
Professional V	V	GZ-psycholoog	2
Professional VI	V	GZ-psycholoog en regiebehandelaar Hersenz	4
Professional VII	V	Kaderhuisarts Hart en Vaatziekten	8

Tabel 1b. Achtergrondinformatie geïnterviewden: Behandelaren en professionals

Analyse individuele interviews

De thematische analyse van de interviews leverde 605 codes op, die werden onderverdeeld in 66 thema's aan de hand van de onderzoeksvragen:

Onderzoeksvraag 1

180 codes, onder te verdelen in 27 thema's;

Onderzoeksvraag 2

158 codes, onder te verdelen in 21 thema's;

Onderzoeksvraag 3

171 codes, onder te verdelen in 7 thema's.

Daarnaast kwamen in de interviews andere onderwerpen, niet direct gerelateerd aan de onderzoeksvragen, naar voren. Dit leverde 96 codes op die onder te verdelen waren in 11 thema's. Hieronder (figuur 3) volgt een voorbeeld van de uitwerking in codes, leidend tot een thema wat aansluit bij een van de drie onderzoeksvragen. De gevonden thema's werden als te beoordelen item opgenomen in de Delphi-studie.

Figuur 3. Voorbeeld uitwerking in codes, leidend tot een thema.

Uitgangsvraag 3:
De vindbaarheid van de juiste therapeut is beperkt en zowel mensen met hersenletsel als zorgverleners missen het overzicht hierin.

Codes

Doelgroep 1:
Lastig om de juiste therapeut te vinden
Therapeut zoeken via Google
Weet niet wie je treft, of er een klik is
Welke therapeut heeft welke ervaring
Zelf therapeut zoeken via internet

Doelgroep 2:
15 jaar geleden al netwerk opgericht met hetzelfde belang, verwijzers waren op zoek naar de juiste behandelaars
Ondanks het netwerk kunnen mensen ons moeilijk vinden
Zorgen dat je goed bekend staat, kwaliteit leveren en mond op mond reclame vergroot vindbaarheid
Therapeuten worden gevonden
Cliënt moet lang zoeken om de juiste therapeut te vinden

Doelgroep 3:
Het is onduidelijk welke professional welke kennis heeft en waar de professionals te vinden zijn, een overzicht ontbreekt

Thema
Vindbaarheid
therapeuten

Scoping review

De geïdentificeerde artikelen (zie voor de tabellen bijlage IV), werden onafhankelijk door twee onderzoekers beoordeeld, resulterend in de selectie van 11 Nederlandse bronnen en 13 internationale bronnen. Deze bronnen werden gebruikt voor het identificeren van items voor de Delphi-studie alsook voor het onderbouwen van de uiteindelijke aanbevelingen in de handreiking.

Delphi-studie

Voor deelname aan de Delphi-studie werden 35 personen aangeschreven, hiervan reageerden 26 deelnemers, waarvan 25 (71%) de volledige vragenlijst beantwoordden. Het panel van 25 personen in de eerste ronde van de Delphi-studie bestond uit ervaringsdeskundigen (n=6); behandelaren uit de verschillende beroepsgroepen, ergotherapeuten (n=2), fysiotherapeuten (n=6), logopedisten (n=7) en revalidatieartsen (n=3); en overige zorgprofessionals (n=1). Het panel bestond uit vijf mannen en twintig vrouwen. De groep met ervaringsdeskundigen betrof drie mannen en drie vrouwen. De behandelaren waren twee mannen en zeventien vrouwen. De meerderheid van de behandelaren (n=14) is werkzaam in de eerste lijn, of in een combinatie van eerste en tweedelijns zorg. De gemiddelde tijd om de vragenlijst te beantwoorden, bedroeg 20,40 min. (SD 7,2).

In de eerste ronde werden de deelnemers gevraagd om 74 items te beoordelen (zie bijlage V). Na de eerste ronde in de Delphi-studie was voor 95% van de items in voldoende mate consensus bereikt. Aan de deelnemers van de Delphi-studie werd gevraagd of volgens hen onderwerpen misten. Als gevolg hiervan werden vier items toegevoegd aan de overgebleven

items uit de eerste ronde. De uitkomsten van de vraag een top 3 van belangrijkste items te benoemen is gebruikt voor het bepalen van de prioritering van de onderwerpen in de handreiking en wordt in de tabel (tabel II) hieronder weergegeven.

Belangrijkste items Delphi-studie	n
n=aantal keer benoemd in top 3	

Kennisseniveau en vaardigheden therapeuten	
Ervaringsdeskundigen:	
1. Hersenletsel specifieke scholing	4
2. Maatwerk leveren	3
3. Multi-/ interdisciplinair samenwerken	2
3. Coping stijlen (manier van omgaan met)	2
Behandelaren en professional:	
1. Hulpvraag gericht werken	8
2. Hersenletsel specifieke scholing	7
2. Maatwerk leveren	7
2. Multi-/ interdisciplinair samenwerken	7
2. Specialisme in hersenletsel	7

Juiste zorg op het juiste moment binnen regionale samenwerking	
Ervaringsdeskundigen:	
1. Kennis delen	3
2. Ervaringsnetwerken gericht op het uitwisselen van ervaringen	2

2. Formele netwerken op beleidsniveau	2
2. Live overdracht tussen therapeuten (warme overdracht)	2
2. Afspraken maken over samenwerking	2
Behandelaren en professional:	
1. Financiering voor multi/ interdisciplinair overleg	9
2. Multidisciplinaire samenwerking	8
2. Interdisciplinaire samenwerking	8
3. Kennis delen	5
3. 'Spin in het web', coördinator van zorg	5

Vindbaarheid therapeuten	
Ervaringsdeskundigen:	
1. Verwijzen vanuit ziekenhuis/ revalidatiecentrum naar eerste lijn	6
2. Wegwijzer Hersenletsel (website met aanbod therapeuten)	5
3. Behoefte aan een kennisbank (website met verzameling kennis)	3
Behandelaren en professional:	
1. Verwijzen vanuit ziekenhuis/ revalidatiecentrum naar eerste lijn	17
2. Wegwijzer Hersenletsel (website met aanbod therapeuten)	9
3. Behoefte aan een kennisbank (website met verzameling kennis)	8

Tabel 2. Top 3 items op basis eerste ronde Delphi-studie per probleemgebied en doelgroep

Voor de tweede ronde van de Delphi-studie werden dezelfde 25 deelnemers uitgenodigd om deel te nemen. Hiervan vulden 17 deelnemers (68%) de tweede vragenlijst in. Van deze 17 deelnemers waren er vijf ervaringsdeskundige en 12 professional. In de tweede ronde werden acht items beoordeeld (vier items uit de eerste ronde en de vier toegevoegde onderwerpen). De gemiddelde tijd om de tweede vragenlijst te beantwoorden, bedroeg 7,2 minuten (SD 3,6). Na de analyse van de tweede ronde bleek dat voor 6 van de 8 items (75%) in voldoende mate consensus was bereikt. Als gevolg hiervan was na twee rondes voor 97% van alle voorgelegde items in voldoende mate consensus bereikt.

Vanwege deze hoge mate van consensus is een oorspronkelijk geplande derde ronde komen te vervallen. Voor de twee items, waarover na de tweede Delphi ronde nog in onvoldoende mate consensus was bereikt, lopen de toelichtingen uiteen. Voor het item 'Beeldbellen met de cliënt en zorgverlener' werd in de meest gevallen benadrukt dat een live overdracht essentieel is voor de behandeling, maar dat beeldbellen niet de enige of juiste manier daarvoor is. Het item 'Onderscheid beroerte en traumatisch hersenletsel' werd vanuit diverse kanten toegelicht. Meerdere keren werd benoemd dat veelal de lange termijn gevolgen gelijk zijn en de behandeling daardoor ook gelijkwaardig kan zijn, maar dat men als behandelaar wel bewust moet zijn van de oorzaak en het ontstaan van het letsel.

Bijeenkomsten groepen – Expert opinion

KNCN faciliteerde een stuurgroep met vertegenwoordigers van de eerdergenoemde beroepsverenigingen, de stuurgroep is 12 keer bijeengekomen. De stuurgroep hield oog op de inhoudelijke voortgang, onderhield contact met de achterban (i.e. verenigingen) en werd bij elk belangrijk besluit meegenomen. Ook in de projectgroep participeerden de betrokken beroepsverenigingen, ieder vaardigde een lid af voor de projectgroep. In samenspraak met een ervaringsdeskundige, de onafhankelijk voorzitter en de projectleider stelden zij de werkwijze van de projectgroep nader vast. De projectgroep kwam zeven keer samen en voerde samen met de onderzoeker het projectplan uit. Daarnaast participeerde een gebruikerscommissie met wederom een afvaardiging van de beroepsverenigingen, ervaringsdeskundigen en vertegenwoordiging van Zorgverzekeraars Nederland. De gebruikerscommissie toetste de conceptversie van de handreiking op inhoud en toepasbaarheid. Er hebben zes bijeenkomsten van de gebruikerscommissie plaatsgevonden. De leden van de stuur- en projectgroep en gebruikerscommissie waarborgden inhouds- en ervaringsdeskundigheid in alle fasen. De onderzoeker en de projectmedewerker van het KNCN waren aanwezig bij de bijeenkomsten van bovengenoemde groepen. In bijlage I zijn de namen van de betrokkenen vermeld.

Tijdens de vijfde bijeenkomst van de projectgroep werd de behoefte uitgesproken voor het vatten van de kennis en vaardigheden voor eerstelijns behandelaren in een stroomschema en/of tabel. In een iteratief proces, waarbij zowel de projectgroep leden als de stuurgroep leden betrokken waren, werd een aanzet gegeven voor het beschrijven van 'kennisdomeinen'. In de handreiking is deze aanzet opgenomen, met daarbij de

aanbeveling aan de verschillende beroepsverenigingen om deze verder te ontwikkelen en te definiëren voor het eigen vakgebied.

Uitvallers

In oktober 2022 werd door het KNGF medegedeeld dat zij intern overleg moest plegen voordat er inhoudelijke feedback geleverd kon worden op de conceptversie van de handreiking. Zij gaf aan met een voorstel en input te komen ten aanzien van het vraagstuk competenties, vaardigheden en netwerkvorming. In december 2022 berichtte het KNGF dat zij geen verdere medewerking en deelname verleende aan de verdere ontwikkeling en autorisatie van deze handreiking. Ook na een verzoek vanuit de andere consortiumleden bleef het KNGF bij haar standpunt. Omdat tijdens de dataverzameling het KNGF betrokken was en de bij het onderzoek betrokken fysiotherapeuten door diverse betrokken zijn aangewezen en hebben bijgedragen aan het onderzoek, zijn de resultaten en de handreiking niet aangepast na het besluit van het KNGF om de handreiking niet te autoriseren. Zo is getracht recht te doen aan de inhoudelijke input die ontvangen is van fysiotherapeuten betrokken bij dit onderzoek.

Discussie

In dit onderzoeksrapport is inzicht gegeven in het onderzoeksproces waar de 'Handreiking Eerstelijns Herstelzorg Hersenletsel' op gebaseerd werd. Door middel van interviews, een scoping review en een Delphi-studie werden data verzameld die na analyse werden verwerkt tot een handreiking. Naast de data-verzameling werd gebruik gemaakt van expert-opinion in de vorm van verschillende groepen die bij de ontwikkeling van de handreiking betrokken waren.

De data die werden verzameld in de onderzoeksfase is uitgebreider en omvattender dan in de handreiking is weergegeven. De handreiking moet dan ook worden gezien als een groei-document, waarin de huidige stand van zaken en geïdentificeerde onderwerpen beknopt zijn weergegeven. Op dit moment beperkt de inhoud van de handreiking zich tot de onderwerpen die als belangrijk zijn aangeduid in de Delphi-studie en waarover door middel van expert opinion in voldoende mate consensus is bereikt. In de toekomst kan de handreiking verder worden uitgebreid en/of aangevuld.

Door het in elke fase betrekken van de drie verschillende doelgroepen (mensen met hersenletsel, behandelaren en overige professionals), werd bevorderd dat zorgverleners de drie problemen kunnen aanpakken in de praktijk en draagt dit naar verwachting bij aan het commitment voor uiteindelijke implementatie van de handreiking. Dit zal worden onderzocht in een implementatieonderzoek (gestart in december 2022.) Voor

een landelijke implementatie van de handreiking door KNKN is een subsidie toegekend.

Bij het samenstellen van de handreiking is uitvoerig discussie gevoerd over de populatie waarop de handreiking zich richt. De cliëntengroep met hersenletsel is groot en divers ^[18]. Om de gevonden aandachtspunten en aanbevelingen zo toepasbaar mogelijk te laten zijn, is besloten om mensen met matig tot ernstige vormen van hersenletsel, ontstaan door een beroerte of door een trauma, als doelgroep te hanteren. Hierbij is uitgegaan van de definities gehanteerd door de Hartstichting ^[19] en de Hersenstichting ^[20].

In de handreiking worden aanbevelingen beschreven welke gericht zijn aan de verschillende beroepsverenigingen en hun achterban. Voorafgaand en tijdens het onderzoek werd duidelijk dat, hoewel de resultaten vanuit het onderzoek vragen om duidelijke statements, de handreiking geen concrete eisen mag bevatten. De beroepsverenigingen hebben aangegeven om zelf de aandachtspunten verder vorm te geven en eventueel in concrete eisen om te zetten.

EN, NVLF en de VRA hebben de handreiking geautoriseerd, het KNGF heeft ervoor gekozen de handreiking niet te autoriseren.

Conclusies

Voor het onderzoek ten behoeve van het ontwikkelen van de 'Handreiking Eerstelijns Herstelzorg Hersenletsel' werd op diverse manieren data verzameld, namelijk via interviews, een scoping review en een Delphi-studie. Vanuit de data worden in de handreiking aanbevelingen beschreven voor drie probleemgebieden: de onduidelijkheid met betrekking tot de kennis en vaardigheden van behandelaren in de eerste lijn; de samenwerking in regionale netwerken; en de vindbaarheid van behandelaren voor mensen met hersenletsel en hun verwijzers.

Duidelijk werd dat het voor behandelaren wenselijk is om expertise te ontwikkelen in het behandelen van mensen met hersenletsel, door o.a. het opdoen van werkervaring en het volgen van scholing. Het als behandelaar transparant zijn over je (on)mogelijkheden, het toepassen van samen beslissen en kunnen communiceren op een wijze die aansluit bij de situatie van de client zijn verder genoemd als vaardigheden. Er is een aanzet gegeven voor het schetsen van kennisdomeinen waaraan behandelaren zouden moeten voldoen. Dit kan door de beroepsverenigingen verder uitgewerkt worden. Daarnaast wordt het multidisciplinair samenwerken gezien als sleutelpunt bij het behandelen van mensen met hersenletsel.

Ook voor het vormgeven en verbeteren van samenwerken in de eerste lijn is de multidisciplinaire samenwerking, op verschillende niveaus, van belang. Een vergoeding voor multidisciplinair overleg is noodzakelijk om goede zorg te kunnen leveren.

Afspraken over de samenwerking en een warme overdracht dragen hier ook aan bij. Er is behoefte aan een coördinator van zorg, met kennis van de regionale sociale kaart, die een spin-in-het-web functie kan vervullen.

De verwijzingen naar behandelaren voor mensen met hersenletsel verlopen op dit moment voornamelijk vanuit tweedelijns instellingen naar de eerste lijn, maar er wordt ook veel verwezen binnen informele netwerken. De vindbaarheid van behandelaren kan vergroot worden door gebruik te maken van een databank waarin therapeuten zijn opgenomen. Hiervoor bestaan initiatieven, die verder ontwikkeld kunnen worden. Naast de vindbaarheid werd ook een ander probleem geïdentificeerd, namelijk de schaarste aan gespecialiseerde behandelaren.

Naast het beantwoorden van de drie eerder geschetste probleemgebieden zijn er in het onderzoek overige onderwerpen naar voren gekomen, ook deze worden in de handreiking beschreven, te weten: het onderscheid tussen beroerte en traumatisch hersenletsel en de behoefte aan psychologische zorg in de eerste lijn voor mensen met hersenletsel.

Aanvullende informatie

Het onderzoeksteam wil graag de ervaringsdeskundigen, hun naasten en de professionals bedanken voor de bijdragen die zij in tijd en kennis hebben geleverd.

Subsidie

De ontwikkeling van de 'Handreiking Eerstelijns Herstelzorg Hersenletsel' werd gesubsidieerd door de Hersenstichting. De Hersenstichting had geen rol in de studieopzet, gegevensverzameling, gegevensanalyse, gegevensinterpretatie of het schrijven van dit verslag.



Referenties

- [1] Taule T et al. Scand striving for a life worth living: stroke survivors' experience of home rehabilitation. *J Caring Scie* 2015.
- [2] Pindus DM, et al. Stroke survivors' and informal caregivers' experience of primary care and community care services – A systematic review and meta-ethnography. *Plos One* 2018;13(4): e0196185.
- [3] Otterman NM, et al. Development and validity of an innovative test to asses guideline-consistent clinical reasoning by physical therapists in stroke rehabilitation. *J Rehabil Med* 2019;51:418-25.
- [4] Arwert HJ, et al. Recommendations for stroke networks in primary care. *J Phys Med Rehabil Disabil* 2019;5:039.
- [5] Bosch et al. Effectiveness of patient care teams and the role of clinical expertise and coordination: a literature review. *Med Care Res Res* 2009;66(6 Suppl):5S-35S.
- [6] Muijen-Drop JH. Succes- en faalfactoren van een reumanetwerk, wat werkt wel, wat werkt niet? *Ned Tijdschr Reumatologie* 2015;1:48-53.
- [7] Verhoef et al. Deskundigheidsbevordering en netwerkvorming van fysiotherapeuten op het gebied van reumatische aandoeningen: het Fyranet project. *Ned Tijdschr voor Health professionals in de Reumatologie* 2000;3:5-9.
- [8] Verhoef et al. A system of networks and continuing education for physical therapists in rheumatology: a feasibility study. *Int J Integr Care* 2014;4:e19.
- [9] Borcherts J et al. Passende zorg en substitutie in zorgnetwerken voor mensen met een CVA. *Eerstelijns CVA Netwerken*, januari 2018.
- [10] ActiZ et al. Integraal Zorg Akkoord, samen werken aan gezonde zorg. [Internet]. Available from: <https://open.overheid.nl/repository/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/1/pdf/Integraal%20Zorg%20Akkoord.pdf>. [Accessed 26th October 2022].
- [11] Rijksoverheid. [Internet]. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg> [Accessed 26th October 2022].
- [12] Zorginstituut Nederland. AQUA-Leidraad. [Internet]. Available from: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkel-tools-ontwikkelen/aqua-leidraad.pdf>. *Versie januari 2021*. [Accessed 26th October 2022].
- [13] Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In Cooper, H, Camic, P., Long DL, Panter AT, Rindskopf D, Sher KJ. Editors. *APA Handbook of research methods in psychology. V ol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. Washington: American Psychological Association; 2012.
- [14] The JBI Scoping Review Network. The Joanne Briggs Institute Reviewer's Manual. [Internet]. Available from: <https://jbi.global/scoping-review-network/resources>. [Accessed 3rd January 2021].
- [15] Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs*. 2006;53(2):205-212. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x
- [16] Gerritsen A, Jacobs M, Henselmans I, et al. Developing a core set of patient-reported outcomes in pancreatic cancer: A Delphi survey. *Eur J Cancer*. 2016;57:68-77. doi:10.1016/j.ejca.2016.01.001
- [17] Evers, J *Kwalitatief interviewen: Kunst én kunde*. 2nd ed. Amsterdam, Netherlands: Boom Lemma uitgevers. 2015.
- [18] Hersenstichting. Hersenaandoeningen. [Internet]. Available from: <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen-overzicht/>. [Accessed 23th August 2022]
- [19] Hartstichting. Beroerte. [Internet]. Available from: <https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/beroerte>. [Accessed 23th August 2022].
- [20] Hersenstichting. Traumatische Hersenletsel [Internet]. Available from: <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/traumatisch-hersenletsel/>. [Accessed 23th August 2022]

Overzicht auteurs en betrokken groepen/ personen

Kennisnetwerk CVA Nederland

Gerbrich Douma, junior-onderzoeker

Lucas Koester, projectmedewerker

Bert Vrijhoef, projectleider

Projectgroep

Henk Arwert, VRA

Lizet van Ewijk, NVLF

Edith van Houts, Ergotherapie Nederland

Harm Ormel, KNGF

Ruud van der Veen, KNGF

Pieter van Wijk, onafhankelijk voorzitter (voormalig huisarts)

Gebruikerscommissie

Gea Broekema, ervaringsdeskundige

Brigitta Faber, NVLF

Janneke Fleuren, Ergotherapie Nederland

Frank Willem Hogervorst, ervaringsdeskundige

Eva Janssen, Zorgverzekeraars Nederland

Erik Prinsen, KNGF

Maarten Tolsma, VRA

Stuurgroep

Jeanine Brink, NVLF

Bouwien Douwes, KNGF

Paulien Goossens, VRA

Lucelle van de Ven, Ergotherapie Nederland

Interviewgide

Topic-lijst ervaringsdeskundigen

Introductie

Ik ben als onderzoeker verbonden aan het project 'ontwikkelen handreiking Eerstelijns Herstelzorg', een samenwerking tussen verschillende (para)medische beroepsverenigingen en Kennisnetwerk CVA Nederland. Het doel is om een handreiking te ontwikkelen die antwoord geeft op drie probleemgebieden:

- 1. Welke kennis en vaardigheden hebben de fysiotherapeut, ergotherapeut en logopedist nodig om goede zorg te kunnen verlenen aan mensen met een CVA of een ander Niet Angeboren Hersenletsel?;*
- 2. Wat is nodig voor goede afstemming en samenwerking tussen zorgverleners en zorgorganisaties in een regio?;*
- 3. Wat is nodig voor ervaringsdeskundigen om op tijd de juiste zorgverlener(s) te kunnen vinden?*

Een eerste stap in het ontwikkelen van deze handreiking is het interviewen van ervaringsdeskundigen. Dit om zorg door fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten voor mensen met hersenletsel in de thuisomgeving goed te laten aansluiten op de zorg die zij in het ziekenhuis of de revalidatie-instelling hebben ontvangen.

Wat ik graag wil weten is jouw mening en ervaringen met de hiervoor beschreven probleemgebieden.

Vandaag houden we een individueel interview, dit zal maximaal 45 minuten duren. Voorafgaand aan dit interview heb je informatie gekregen over het onderzoek. Daarin staat onder andere dat het interview zal worden opgenomen en dat alle gegevens hieruit anoniem zullen worden verwerkt. De uitkomsten van dit interview zullen gebruikt worden bij het ontwikkelen van de handreiking.

Zijn er nog vragen naar aanleiding van deze informatie?

Zou je voor mij dit kunnen bevestigen dat je akkoord gaat met de inhoud van het toestemmingsformulier? (informed consent)

Zou je je eerst kort voor willen stellen?

- Persoonlijk informatie; naam en regio
- Kun je aangeven op welke manier je ervaringsdeskundige bent?
- Zet je je kennis als ervaringsdeskundige in?

Allereerst ben ik benieuwd of je de eerder beschreven probleemgebieden herkent?

Kun je wat vertellen over je ervaringen met therapeuten? (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten)

Als het gaat over de kennis en vaardigheden van therapeuten, wat zou je daarover kunnen vertellen?

- Herken je dat er bij therapeuten onduidelijkheid is over de nodige kennis en vaardigheden om mensen met hersenletsel te kunnen behandelen?
- Waarover bestaat deze onduidelijkheid en voor wie geldt dit?
- Wat maakt een therapeut volgens jou bevoegd en bekwaam voor het behandelen van mensen met hersenletsel? Waarom?
- Waar liggen jouw behoeften in de kennis en vaardigheden van therapeuten?
- In hoeverre sluiten de huidige professionele mogelijkheden aan op de wensen en behoeften van mensen met hersenletsel? Als niet, waarom niet?
- Heb je zelf oplossingen bedacht of gevonden om de nodige kennis en vaardigheden van therapeuten beter in kaart te brengen? Welke oplossingen zijn dit?

- Wat bedoel je precies met...?
- Kun je me meer vertellen over...?
- Kun je mij een voorbeeld geven van...?
- Ik weet niet zeker of ik je goed begrepen heb, kun je mij daarover meer vertellen?
- Ik weet niet wat je bedoelt met Kun je mij voorbeelden geven?
- Je vertelde.... Kun je mij daarover meer vertellen?
- Je vertelde net over.... Ik zou ook nog graag iets willen weten over....
- Hoe ervaar je het?
- Wat vind je ervan?
- Wat betekent dat voor jou?

- Wat zijn volgens jou bevorderende factoren bij implementatie van deze oplossingen/ richtingen? Waarom?
- Wat zijn volgens jou belemmerende factoren bij de implementatie van deze oplossingen/ richtingen? Waarom?

Wat kun je vertellen over de afstemming en samenwerking tussen verschillende therapeuten bij jou in de regio?

- Zou je kunnen omschrijven wat voor jou de juiste zorg op het juiste moment inhoudt?
- Herken je het benoemde probleem m.b.t. het kunnen vinden van de juiste zorg op het juiste moment?
- Kun je voorbeelden geven over regionale samenwerking en hoe je dit ervaren hebt?
- Heb je zelf oplossingen gevonden, of heb je gemerkt dat er oplossingen zijn om de juiste zorg op het juiste moment binnen de regionale samenwerking aan te kunnen bieden? Welke?
 - Wat zijn volgens jou bevorderende factoren van deze oplossingen/ richtingen? Waarom?
 - Wat zijn volgens jou belemmerende factoren van deze oplossingen/ richtingen? Waarom?

Het derde probleem wat geschetst werd, is de vindbaarheid van de juiste therapeut, zowel voor patiënten als voor zorgverleners. Kun je hier ook wat over vertellen?

- Heb je zelf problemen ervaren met het vinden van de juiste therapeuten? Zo ja, wanneer?
- Heb je zelf kennis van de mogelijkheden van de verschillende professionals?

Voorbeelden juiste zorg, juiste moment:

- Is het voor jou duidelijk welke zorgverlener op welk moment ingeschakeld kan/ moet worden?
- Vindt er communicatie tussen de verschillende zorgverleners plaats, op welke manier?
- Vindt er overdracht van gegevens en informatie plaats, op welke manier? Sluit dit aan bij de voor jou wenselijke manier van zorg ontvangen?
- Wordt er binnen de regio gewerkt met een aanspreekpunt/ casemanager/ dashboard?
- Bij wie ligt de regie? Is er sprake van samen regie?

-
- Op welk moment speelde het probleem van het vinden van de juiste therapeuten?
 - Heb je zelf oplossingen bedacht of gevonden om de juiste therapeut te kunnen vinden? Welke?
 - Hoe zou de ideale situatie voor jou er uit zien voor het vinden van de juiste therapeut?
 - Wat zijn volgens jou bevorderende factoren bij de implementatie van deze oplossingen/situatie? Waarom?
 - Wat zijn volgens jou belemmerende factoren bij de implementatie van deze oplossingen/situatie? Waarom?

Zijn er volgens jou bevorderende en belemmerende factoren in de ontwikkeling en implementatie van de handreiking?

Is er nog iets anders wat je kwijt wilt of wil je ergens op terug komen?

Bijlage III

Voorbeeld gebruikte zoektermen

stroke AND collaboration AND primary care AND physiotherapy

stroke AND collaboration AND primary care AND physiotherapist

stroke AND collaboration AND primary care AND occupational therapist

stroke AND collaboration AND primary care AND occupational therapy

stroke AND collaboration AND primary care AND speech therapist

stroke AND collaboration AND primary care AND speech and language therapy

stroke AND collaboration AND primary care AND continuity AND care

stroke AND collaboration AND primary care AND integrated AND care

stroke AND collaboration AND primary care AND quality AND care

Bijlage IV

Nederlandse en Internationale studies scoping review

Onderzoeksvraag 1, kennis en vaardigheden

Onderzoeksvraag 2, juiste zorg op het juiste moment

Onderzoeksvraag 3, vindbaarheid therapeuten

Nederlandse studies

Auteur(s)	Jaar van publicatie	Belangrijkste bevindingen m.b.t. onderzoeksvraag
Van Heugten et al.	2021	Hersenletselnetwerken vormen. Versterken van regionale netwerken door elkaar en elkaars expertise te leren kennen. Geschoolde professionals; netwerkvorming; coördinatoren/consulenten; nazorgmogelijkheden; inzet ervaringsdeskundigen Aanbevelingen voor het vergroten van de vindbaarheid worden gegeven; gebruik van breinlijn, (regionale) keuzewijzer en betrouwbare websites
Vluggen et al.	2021	In het artikel wordt aangegeven dat er geen vastgestelde revalidatie bestaat in de thuissituatie.
Stiekema et al.	2020 (&2018 NL-versie)	Het is moeilijk om op het juiste moment de juiste ondersteuning te krijgen. Professionals moeten cliëntgericht en vraag gestuurd werken. Behoeftte aan een casemanager hersenletsel (Aanbevelingen 1-6 & 8)

Auteur(s)	Jaar van publicatie	Belangrijkste bevindingen m.b.t. onderzoeksvraag
Van der Veen et al.	2019	<p>Professionalisering bevorderen door nazorg gecoördineerd door een 'key agent' en gestructureerde communicatiemogelijkheden</p> <p>Therapie die geboden kan worden hangt af van de verzekering van de cliënt</p> <p>Cliëntgerichte behandeling is belangrijk.</p> <p>Aan huis behandelen heeft voordelen m.b.t. maatwerk en generaliseren.</p> <p>Professionals hebben scholing op het gebied van neurologie nodig en moeten regelmatig cliënten na CVA behandelen, transparantie in deskundigheid</p> <p>Het is onduidelijk welke professional welke kennis heeft en waar de professionals te vinden zijn, een overzicht ontbreekt</p> <p>Interprofessionele samenwerking ontbreekt en er zijn niet voldoende mogelijkheden voor overleg</p> <p>Advies regio specifieke strategieën te ontwikkelen voor het slagen van implementatie</p>
Arwert et al.	2019	<p>Gebrek aan tijd en geld is grootste obstakel voor eerstelijns netwerkzorg, korte lijnen en 'bottom up' structuur zijn succesfactoren.</p>
Borcherts et al.	2018	<p>Deze rapportage vormt de aanleiding voor het onderzoek. Het is onduidelijk welke kennis en vaardigheden therapeuten werkzaam in de eerste lijn moeten hebben om passende zorg te kunnen verlenen.</p> <p>Het is een uitdaging hoe de juiste zorg op het juiste moment geboden kan worden.</p> <p>De wens bestaat om de zichtbaarheid en vindbaarheid van therapeuten te vergroten en inzichtelijk te maken.</p>
Minkman et al.	2013 (proefschrift 2011)	<p>Heb binnen ketenzorg aandacht voor de individuele behoefte van de cliënt</p> <p>Casemanagement voor complexe vragen</p> <p>Generalisten waar het kan, specialisten waar het moet</p>
Veerbeek et al.	2017	<p>Aanvullende punten vanuit de richtlijn:</p> <p>Regelmatig CVA cliënten behandelen</p> <p>Screenen op valrisico</p>

Auteur(s)	Jaar van publicatie	Belangrijkste bevindingen m.b.t. onderzoeksvraag
Berns et al.	2015	Aanvullende punten vanuit de richtlijn: Aanpassingsleutel voor geschreven tekst voor PMA (bijlage 8B)
Steultjes et al.	2013	Aanvullende punten vanuit de richtlijn: In kaart brengen copingstijl Aandacht voor draaglast mantelzorger

Internationale studies

Auteur(s)	Jaar van publicatie	Belangrijkste bevindingen m.b.t. onderzoeksvraag
Pedersen et al.	2021	Overdrachten moeten gericht zijn op hulpvragen in de eerste lijn en uitnodigen tot samenwerken.
Di Carlo et al.	2021	Overgangen in zorg, lacunes in kennis, toegang tot middelen en zorgteam, gebrek aan steun en zorgverzekering (USA)
Walder et al.	2020	Er is behoefte aan begrepen worden door de therapeut, inspelen op de behoefte van de patiënt, het betrekken bij besluitvorming en het verstrekken van informatie.
Juckett et al.	2020	Hoewel er EBP's voor ergotherapeuten m.b.t. de revalidatie na een beroerte bestaan, moet er aandacht zijn voor implementatie strategieën om dit toe te kunnen passen.
Parappilly et al.	2019	In de thuissituatie ontstaat er ruimte voor informatieverstrekking en/of secundaire preventie. Tijdens de acute fase is hier geen ruimte voor.
Norrving et al.	2018	Een van de geformuleerde doelstellingen is: Wat zijn de minimale opleidingscriteria voor beroerte-experts (artsen, verpleegkundigen of therapeuten)?
Lou et al.	2016	Thuis is een fijne plek voor vroege revalidatie, wanneer daar de juiste ondersteuning geboden kan worden.
Martinsen et al.	2015	Toegang tot follow-up is lastig, maatwerkzorg wordt gemist

Auteur(s)	Jaar van publicatie	Belangrijkste bevindingen m.b.t. onderzoeksvraag
Dworzynski et. al.	2015	<p>Er bestaan grote verschillen in nationale revalidatie programmas, eenduidigheid is nodig.</p> <p>Een multidisciplinair revalidatie team bestaat uit: arts; verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, klinisch psychologen, revalidatieassistenten en maatschappelijk werkers</p> <p>Er is een tekort aan eerstelijns psychologen en logopedisten</p> <p>De overdracht tussen het ziekenhuis en huis moet volledig zijn.</p>
Tholin H. & Forsberg A.	2014	<p>Evidence based werken is belangrijk in revalidatie na een beroerte. Het aanbod moet op de client worden afgestemd.</p> <p>Communicatie over follow-up is belangrijk.</p>
Carlsson et al.	2010	<p>Om veilige zorg te kunnen bieden moet er sprake zijn van gestandaardiseerde informatie vastlegging en overdracht</p>
Venketasybramanian et al.	2008	<p>De 'family physician' wordt gezien als procesbewaker na ontslag wanneer een specialist niet meer betrokken hoeft te zijn. Een 'stroke nurse' kan de rol van coördinator van zorg vervullen.</p>
Ski & O'Connell	2007	<p>Het belang van follow up wordt benadrukt. Voorlichting vanuit het ziekenhuis is wenselijk om de mantelzorg beter voor te bereiden op wat komen gaat.</p>

Bijlage V

Lijst van 74 items die voorgelegd werden in de Delphi-studie

Kennisniveau en vaardigheden therapeuten (ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten)
Specialisme in hersenletsel
Generalisten
Hersenletsel specifieke scholing
Multi-/ interdisciplinair samenwerken
Transparantie in deskundigheid
Maatwerk leveren
Vraag gestuurd werken
Cognitieve revalidatie
Hulpmiddelen/ voorzieningen
Coping stijlen
Arm- handfunctie training
Preventie schouderklachten
Oedeempreventie (arm/hand)
Kracht en conditie opbouw
Leefstijladviezen/ secundaire preventie
Loop/ gangbeeld analyse
Screening op valrisico
Balanstraining
Spasticiteitsbehandeling
Stoornisgerichte (cognitief linguïstische) afasietherapie gericht op het verbeteren van de taal
(Functionele) afasietherapie gericht op het verbeteren van de communicatie

Kennisniveau en vaardigheden therapeuten (ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten)
Dysarthrie behandeling t.b.v. spraakstoornis
Dysfagie behandeling t.b.v. slikstoornis
Aan huis behandeling
Behandeling in een oefenzaal
Werkervaring
Vlieguren maken
Minimale caseload
Affiniteit met hersenletsel
Communicatie
Kunnen luisteren
Kennisnetwerken gericht op het opdoen en uitwisselen van kennis
Kennis up to date houden
Terug verwijzen naar 2e/3e lijn
Juiste zorg op het juiste moment binnen regionale samenwerking
Formele netwerken op beleidsniveau
Ervaringsnetwerken gericht op het uitwisselen van ervaringen
Kennis delen
Informele netwerken
'Bottom-up' benadering in netwerkorganisatie
Uniformiteit in netwerken
Centrale ondersteuning voor netwerken
Kwaliteitscertificering van netwerken
Netwerk coördinator
Communicatie via Siilo (medische berichtendienst voor professionals)

Kennisniveau en vaardigheden therapeuten (ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten)
Warme overdracht
Multidisciplinair overleg
Multidisciplinaire samenwerking
Interdisciplinaire samenwerking
Afspraken maken over samenwerking
Beeldbellen met de client en zorgverlener t.b.v. overdracht
Financiering voor multi/inter disciplinair overleg
Casemanager hersenletsel
'Spin in het web', coördinator van zorg
Vindbaarheid therapeuten
Verwijzen vanuit tweede/derde lijn naar eerste lijn
Verwijzen binnen informele netwerken
Behoefte aan een website met therapeuten
Behoefte aan een kennisbank
Regionale keuzewijzer
Wegwijzer Hersenletsel
Schaarste gespecialiseerde ergotherapeuten
Schaarste gespecialiseerde fysiotherapeuten
Schaarste gespecialiseerde logopedisten
Schaarste afasietherapeuten
Overige onderwerpen
Behoefte aan handreiking
Implementatie handreiking kost investering in tijd
Implementatie handreiking kost investering in geld

Kennisniveau en vaardigheden therapeuten (ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten)

'Blended' aanbieden van de handreiking

Visuele ondersteuning in de handreiking

Ervaringsdeskundigheid

Open staan voor therapie

Financiële aspecten client

Verzekeringsstatus client

Onderscheid beroerte en traumatisch hersenletsel

Vindbaarheid door de huisarts

Kennisniveau van de huisarts