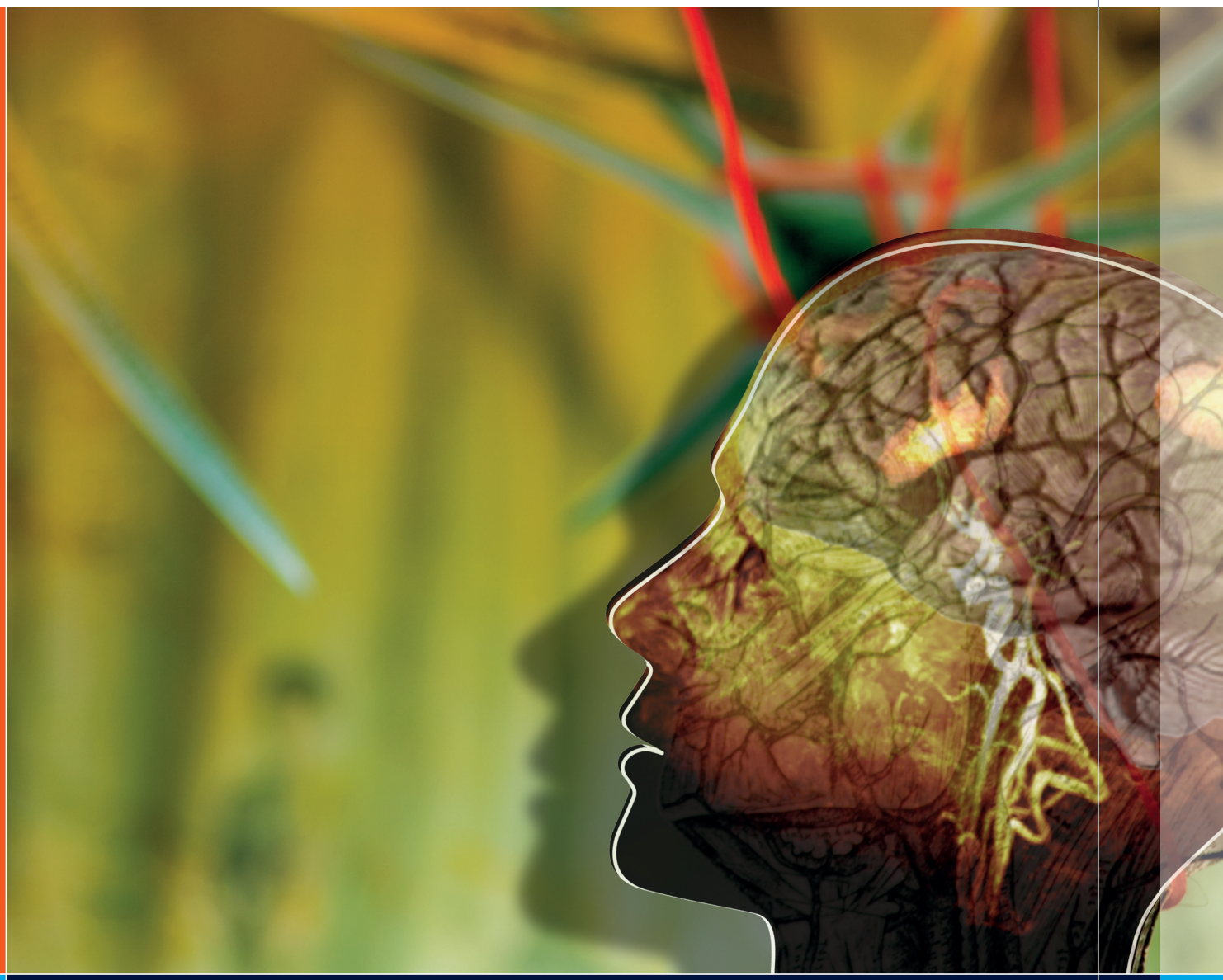
Maastricht University Leading in Learning!

MHeNs School for Mental Health and Neuroscience



Pilot-studie naar de uitvoerbaarheid en uitkomsten van Hersenz

Evaluatie van een behandelprogramma voor mensen in de chronische fase na niet-aangeboren hersenletsel

Maastricht University
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University

Pilot-studie naar de uitvoerbaarheid en uitkomsten van Hersenz

Evaluatie van een behandelprogramma voor mensen in de chronische fase na niet-aangeboren hersenletsel

Sanne Smeets
Jolanda van Haastregt
Caroline van Heugten

April 2016

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Opmaak: Smikhouse Maastricht

Met medewerking van:

Voorwoord

Dit rapport bevat het eindverslag van een onderzoek dat door Maastricht University is uitgevoerd in opdracht van Hersenz. De gegevens waarop het rapport is gebaseerd zijn opgeslagen bij Maastricht University. Indien gewenst kan een van de deelnemende organisaties aan het onderzoek nadere analyses uitvoeren op (delen van) de beschikbare gegevens. Dit gebeurt altijd in overleg en met schriftelijke toestemming van Maastricht University.

Inhoudsopgave

Samenvatting 7

1. Inleiding 9

2. Methode 11
   2.1 Interventie 11
   2.2 Onderzoeksopzet 13
   2.3 Methoden procesevaluatie 13
      2.3.1 Setting en deelnemers 13
      2.3.2 Dataverzameling en meetinstrumenten 14
      2.3.3 Data-analyse 17
   2.4 Methoden uitkomstenevaluatie 17
      2.4.1 Deelnemers 17
      2.4.2 Dataverzameling en meetinstrumenten 17
      2.4.3 Data-analyse 20
   2.5 Ethiek 20

3. Resultaten 21
   3.1 Respons en achtergrondkenmerken deelnemers 21
      3.1.1 Cliënten 21
      3.1.2 Naasten 25
      3.1.3 Behandelaars 26
   3.2 Procesevaluatie 27
      3.2.1 Werving en bereik 27
      3.2.2 Uitvoering: is de behandeling aangeboden zoals gepland? 30
      3.2.3 Tevredenheid 37
      3.2.4 Context: belemmerende factoren 42
   3.3 Uitkomstenevaluatie 44
      3.3.1 Primaire uitkomstmaten 44
      3.3.2 Secundaire uitkomstmaten 45

4. Discussie en aanbevelingen 47
   4.1 Deelnemers aan Hersenz 47
   4.2 Procesevaluatie 48
   4.3 Uitkomstenevaluatie 49
   4.4 Andere vormen van zorg in de chronische fase na hersenletsel waarnaar onderzoek is gedaan 50
   4.5 Kanttekeningen bij het huidige onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek 51
   4.6 Aanbevelingen voor de klinische praktijk 52
   4.7 Conclusie 53

Referenties 54

Appendix 1 Factsheet 56
Appendix 2 Checklists groepsbijeenkomsten 58
Appendix 3 Tevredenheidsvragenlijsten (incl. resultaten) 69

Samenvatting

Achtergrond en doelen

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is schade aan de hersenen onder meer veroorzaakt door een trauma, beroerte, herseninfarct of zuurstoftekort. Een deel van de mensen met NAH heeft last van blijvende gevolgen van het hersenletsel en zij en hun naasten ervaren belemmeringen in het dagelijks functioneren. Deze problemen vragen om langdurige en specifieke zorg in de chronische fase na hersenletsel. Voor deze groep mensen is sinds september 2014 een nieuw behandelprogramma beschikbaar, genaamd Hersenz. In het in dit rapport beschreven onderzoek wordt het Hersenz programma geëvalueerd. Het onderzoek bestond uit twee delen: een procesevaluatie en een uitkomstevaluatie. Het doel van de procesevaluatie was het evalueren van de uitvoerbaarheid van Hersenz en het op basis daarvan doen van aanbevelingen voor het aanscherpen en verbeteren van het behandelprogramma. Het doel van de uitkomstevaluatie was evalueren van de resultaten van Hersenz.

Methoden

Interventie

Hersenz is een zorgpad dat bestaat uit een samenhangend aanbod van verschillende behandelingen op cognitief, emotioneel en fysiek vlak. Het doel van Hersenz is dat de cliënt en zijn naasten zo zelfstandig mogelijk functioneren in de maatschappij en perspectief ervaren. Daarnaast wordt beoogd de zorglast voor de naasten te verminderen. Hersenz bestaat uit verschillende modules die plaatsvinden in groepen. Daarnaast vindt er individuele behandeling plaats in de thuissituatie. Cliënten volgen minimaal twee modules in combinatie met thuisbehandeling. In dit onderzoek is het basiszorgpad van Hersenz geëvalueerd. Dit bestaat uit thuisbehandeling, de cognitieve modules Omgaan met verandering, Grip op je energie en Denken en doen – Aandacht en geheugen en de fysieke modules In beweging A en B.

Onderzoeksopzet

De procesevaluatie betrof een multimethod onderzoek bestaande uit een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. De uitkomstenevaluatie bestond uit een ongecontroleerd pre-posttest onderzoek met metingen 0 tot 2 weken voor de start van de behandeling, gedurende de behandeling en 12 maanden na de start van de behandeling.

Setting en deelnemers

De deelnemers aan deze studie werden geworven door de volgende zorgorganisaties : Heliomare, InteraktContour, De Noorderbrug, Middin, SGL en SWZ. De deelnemers waren onder te verdelen in drie groepen: cliënten, naasten en behandelaars. Cliënten waren personen met NAH die waren aangemeld voor Hersenz bij een van de deelnemende zorgorganisaties. De naaste was iemand uit de omgeving van de cliënt (bijv. partner of ouder) die ook betrokken was bij de behandeling. Behandelaars waren diegenen die aan de deelnemende cliënten en naasten behandeling hebben gegeven.

Meetinstrumenten

In de procesevaluatie werd nagegaan in hoeverre de werving van cliënten voor Hersenz goed was verlopen en de beoogde doelgroep bereikt werd. Tevens werd nagegaan in hoeverre het behandelprogramma volgens plan werd uitgevoerd, in hoeverre de betrokkenen tevreden waren over het programma en welke factoren de uitvoering van het programma belemmerd hadden. Dit werd gemeten door middel van vragenlijsten, interviews en registratieformulieren. Voor de uitkomstenevaluatie werden meetinstrumenten (voornamelijk vragenlijsten) gebruikt in lijn met de behandeldoelen van Hersenz. Deze hadden betrekking op zelfstandig functioneren van de cliënt (participatie en zorgbehoeften), perspectief ervaren (behalen persoonlijke doelen en zelfwaarde) en de zorglast van de naaste. Daarnaast werden er enkele secundaire uitkomstmaten meegenomen met betrekking tot functioneren van de cliënt op verschillende functiegebieden (o.a. gemoedstoestand en sociale activiteiten), neuropsychiatrische symptomen en fysiek functioneren. Ook werd de tevredenheid van de naaste met zijn of haar leefsituatie gemeten.

Resultaten

Achtergrondkenmerken deelnemers

Deelnemers aan deze studie waren tussen september 2014 en januari 2015 gestart met de Hersenz behandeling. Aan de voormeting (max. 2 weken voor de start van de behandeling) deden 62 cliënten mee. Meer dan de helft was man met een gemiddelde leeftijd van 52 jaar. Gemiddeld genomen hadden de cliënten vijf jaar geleden hersenletsel opgelopen. Voor meer dan de helft (54%) van de cliënten was dit een CVA. Daarnaast deden 35 naasten mee aan de voormeting. De meerderheid van de naasten was vrouw en de gemiddelde leeftijd was 53 jaar. Vierenzeventig procent van de naasten was de partner van de cliënt. Bij de nameting (ongeveer 12 maanden na de start van Hersenz) deden nog 47 cliënten en 24 naasten mee met het onderzoek.

Resultaten procesevaluatie

Cliënten waren over het algemeen voldoende aanwezig bij de groepsbijeenkomsten en hun inzet was goed. De inhoud van de groepsbehandelingen werden niet altijd volgens protocol uitgevoerd. Vaak genoemde redenen hiervoor waren tijdgebrek, de groepsdynamiek of de mening van de trainer. Aanbevolen wordt om de inhoud van de groepsbehandelingen op deze punten nog een kritisch te bekijken. Cliënten waren zeer tevreden over Hersenz. De rapportcijfers voor de modules varieerden van 8.0 tot 8.5. Voor Hersenz als geheel gaven cliënten een 8.7. Ook de naasten waren tevreden, zij gaven een 7.8 gemiddeld voor Hersenz.

Resultaten uitkomstenevaluatie

De resultaten van de uitkomstenevaluatie zijn begin maart 2016 gepubliceerd in een factsheet. Deze factsheet is te vinden in Appendix 1. Met betrekking tot zelfstandig functioneren was te zien dat cliënten verbeterden op hun tevredenheid met participatie en hun zorgbehoeften namen af. De participatie frequentie en de ervaren participatie restricties veranderden niet. Op het gebied van perspectief was een verbetering op de individuele doelen te zien en een afname in zelfwaardering. Naasten ervoeren minder zorglast. Met betrekking tot gedrag was er een afname in neuropsychiatrische symptomen. Daarnaast lieten cliënten verbeteringen in hun fysiek functioneren zien en waren naasten meer tevreden met hun leven, in het bijzonder met de vrije tijd.

Conclusie

De onderzoeksresultaten geven een positieve indruk van de uitkomsten van Hersenz. Op enkele punten kan het programma worden aangepast wat betreft de omvang en inhoud. Verder grootschalig en gecontroleerd onderzoek naar de resultaten op lange termijn en de maatschappelijke opbrengsten wordt aanbevolen. Daarnaast is het van belang om goed in kaart te brengen welke behandelmogelijkheden er in Nederland voor mensen met hersenletsel in de chronische fase beschikbaar zijn en welke vorm van zorg voor wie het meest geschikt en daarmee mogelijk ook het meest effectief zal zijn. Aangezien dit per regio kan verschillen is een regionale sociale kaart met daaraan gekoppeld goede ketenafspraken van belang.

1. Inleiding

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is schade aan de hersenen die is ontstaan na de geboorte. NAH kan onder meer veroorzaakt worden door een trauma, beroerte, herseninfarct of zuurstoftekort. In Nederland krijgen jaarlijks naar schatting 130.000 nieuwe mensen een NAH (Hersenz, Vilans, & Hersenstichting Nederland, 2015). Een groot deel van de getroffenen probeert na behandeling in het ziekenhuis en na eventuele revalidatie, het dagelijkse leven weer op te pakken. Echter ongeveer 650.000 mensen in Nederland hebben last van blijvende gevolgen van het hersenletsel (Hersenz et al., 2015). Men heeft klachten en stoornissen op fysiek, cognitief, emotioneel, gedragsmatig en sociaal gebied. Deze gevolgen belemmeren het dagelijks functioneren van de persoon met NAH en zijn of haar naasten. Deze problemen vragen om langdurige en specifieke zorg in de chronische fase die nu nog vaak ontbreekt of niet voldoende is (Geboers, Visser-Meily, Schepers, & van den Bos, 2010; Smeets, van Heugten, Geboers, Visser-Meily, & Schepers, 2012).

Om deze reden is vanuit verschillende gehandicaptenzorginstellingen in Nederland het initiatief ontstaan om een behandelaanbod te ontwikkelen voor deze groep patiënten. Dit aanbod, genaamd Hersenz, is een zorgpad (een samenhangend aanbod van verschillende behandelingen) op cognitief, emotioneel en fysiek vlak. De behandeling is ingericht op basis van de meest recente professionele en wetenschappelijke inzichten. Hersenz wordt sinds september 2014 aangeboden in zes zorginstellingen. Begin 2015 hebben zich nog eens zes organisaties aangesloten bij Hersenz. Voor meer informatie over Hersenz: www.hersenz.nl.

Het doel van Hersenz is dat de cliënt en zijn naasten zo zelfstandig mogelijk functioneren in de maatschappij en perspectief ervaren. Met perspectief ervaren wordt hierbij het stellen en bereiken van persoonlijke doelen en het ervaren van zelfwaardering bedoeld. Daarnaast wordt beoogd de zorglast voor de naasten te verminderen.

Omdat Hersenz een nieuw behandelaanbod betreft, is het van belang om de behandeling te evalueren. Maastricht University heeft daarom op verzoek van Hersenz een wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar de uitvoerbaarheid en uitkomsten van Hersenz. Het onderzoek bestond uit twee delen: een procesevaluatie en een uitkomstevaluatie.

Het doel van de procesevaluatie is het evalueren van de uitvoerbaarheid en implementatie van Hersenz zodat een mogelijke relatie kan worden gelegd tussen de specifieke elementen van het programma en de uitkomsten daarvan (Saunders, Evans & Jodhi, 2005). Op basis van de procesevaluatie kunnen aanbevelingen worden gedaan voor het aanscherpen en verbeteren van het behandelprogramma. De procesevaluatie is opgesteld aan de hand van het framework van Saunders, Evans en Jodhi (2005), waarbij aandacht wordt besteed aan de werving en het bereik van Hersenz (recruitment en reach), de uitvoering van het Hersenz programma volgens plan (fidelity, dose delivered en dose received exposure), de tevredenheid van de betrokkenen over Hersenz (dose received satisfaction) en factoren die de uitvoering van Hersenz hebben belemmerd (context). Voor de procesevaluatie zijn de volgende onderzoeksvragen gesteld:

1. <u>Werving en bereik</u>
    a. Door wie worden cliënten naar Hersenz verwezen? (werving)
    b. Welke belemmeringen zijn er voor het aanmelden van cliënten? (werving)
    c. Welke cliënten hebben gebruikt gemaakt van Hersenz? (bereik)
2. <u>Uitvoering</u>
    a. Is de behandeling aangeboden zoals gepland?
    b. In hoeverre waren de cliënten betrokken bij de behandeling?
3. <u>Tevredenheid</u>
    a. Zijn cliënten en naasten tevreden over de behandeling?
    b. Zijn de behandelaars (zorgverleners) tevreden over de behandeling?
    c. Welke verbeterpunten zijn er volgens cliënten, naasten en behandelaars?
4. <u>Context</u>
    a. Welke factoren hebben de uitvoering van de behandeling belemmerd?

Het doel van de uitkomstevaluatie is het evalueren van de resultaten van Hersenz. Daartoe is een ongecontroleerd pre-posttest onderzoek uitgevoerd, waarbij de veranderingen in functioneren een jaar na de start van de behandeling zijn gemeten ten opzichte van het begin van de behandeling. De primaire onderzoeksvragen zijn gebaseerd op de behandeldoelen van Hersenz en luiden:

1. Zelfstandig functioneren
    a. In hoeverre is er een verandering opgetreden in de participatie van de cliënt?
    b. In hoeverre is er een verandering opgetreden met betrekking tot de zorgbehoeften van de cliënt en naaste?
2. Perspectief
    a. In hoeverre zijn de persoonlijke doelen van de cliënten behaald?
    b. In hoeverre is er verandering opgetreden in de zelfwaardering van de cliënt?
3. Zorglast naaste:
    a. In hoeverre is de zorglast van de naaste veranderd?

Naast de primaire onderzoeksvragen zijn er ook enkele secundaire onderzoeksvragen gesteld:

Cliënt:

a. In hoeverre zijn er veranderingen opgetreden op de volgende functiegebieden: fitheid, gevoelens, dagelijkse activiteiten, sociale activiteiten en algemene gezondheid?
b. In hoeverre zijn er gedragsveranderingen opgetreden bij de cliënt?
c. In hoeverre is het fysiek functioneren van cliënten veranderd?

Naaste:

a. In hoeverre zijn er verandering opgetreden in de tevredenheid van naasten met hun leven?

In het volgende hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode nader toegelicht. Vervolgens worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd en besproken. Het rapport wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek.

2. Methode

2.1 Interventie

Hersenz is een behandelprogramma voor mensen met NAH die problemen ondervinden bij het oppakken van hun dagelijkse leven met het hersenletsel. Hersenz is een behandelprogramma dat wordt uitgevoerd in de chronische fase en is gericht op het zo zelfstandig mogelijk functioneren van de cliënt in de maatschappij, door middel van het leren omgaan met de gevolgen van NAH. Hierbij wordt beoogd de cliënt perspectief te laten ervaren door middel van het stellen en bereiken van persoonlijke doelen en het vergroten van de zelfwaardering. Daarnaast wordt beoogd de zorglast voor de naasten te verminderen. Hersenz bestaat uit behandeling thuis in combinatie met minimaal twee en maximaal vijf modules die plaatsvinden in groepen. De behandelaar en de cliënt bepalen samen welke modules gevolgd gaan worden door de cliënt op grond van de door de cliënt ervaren problematiek. Het basiszorgpad van Hersenz bestaat uit drie cognitieve modules (Omgaan met verandering, Grip op je energie en Denken en doen – Aandacht en geheugen) en twee fysieke modules (In beweging A en B). Dit zorgpad is onderzocht in deze studie. De duur en aard van de behandeling varieert per cliënt en is afhankelijk van de gekozen modules. Voor elk onderdeel is een handleiding (trainersmap) beschikbaar voor de behandelaars, die de opzet en aanpak van de behandeling omschrijft. Daarnaast is er een handboek waar gegevens met betrekking tot de uitvoering van Hersenz in beschreven staan, zoals de in- en exclusiecriteria voor deelname en de achtergrond van de behandelaars. De gegevens uit dit handboek en de handleidingen voor behandelaars zijn gebruikt om het behandelproces te evalueren.

Hieronder worden de onderdelen van Hersenz nader toegelicht.

Kennismaking en advies (individueel, maximaal 6 weken)
In maximaal zes weken tijd, in zoveel bijeenkomsten als nodig, maken de thuisbehandelaar, cliënt en naaste(n) kennis met elkaar en wordt er een individueel behandelplan opgesteld. In het behandelplan staan persoonlijke doelen waaraan de cliënt wil werken in het traject. Cliënten bekijken samen met de thuisbehandelaar welke onderdelen van Hersenz zij het beste kunnen volgen om de gestelde persoonlijke doelen te bereiken. Zo nodig vindt aanvullende diagnostiek plaats.

Behandeling thuis (individueel, gemiddeld 2 uur per 2 weken gedurende de hele behandeling)
In de behandeling thuis onderhoudt de behandelaar het contact met het cliëntsysteem en coördineert hij het traject. Het cliëntsysteem omvat de cliënt en zijn naasten (o.a. familie, vrienden, werkgever). De thuisbehandelaar ondersteunt het systeem bij het omgaan met het hersenletsel en de veranderde situatie en rollen, draaglast en draagkracht. Ook werkt hij met de cliënt en aan de integratie van het geleerde in het dagelijks leven of geeft hij individuele therapie, bijvoorbeeld gericht op verliesverwerking. Daarbij wordt gebruik gemaakt van diverse interventies waaronder cognitieve gedragstherapie, systeemgericht werken, oplossingsgerichte gespreksvoering en psycho-educatie. De thuisbehandelaar bewaakt de samenhang in het traject, onder meer via het multidisciplinaire overleg. De thuisbehandelaar is een gedragswetenschapper of een medewerker met een Hbo-opleiding en aanvullend geschoold in de thuisbehandeling van Hersenz.

Omgaan met verandering (groep, 14 weken, 1x per week, 2 uur)
De module 'Omgaan met verandering' is gericht op bewustwording van en leren omgaan met de gevolgen van het hersenletsel, zodat de cliënt meer inzicht krijgt in de veranderingen in rollen en mogelijkheden en dat hij beter leert omgaan met deze veranderingen en eventuele verlieservaringen. De cliënt leert ook eigen persoonlijke doelen te stellen en daaraan te werken. Het doel is dat de cliënt zelf inzicht krijgt in de gevolgen van het hersenletsel en meer grip krijgt op zijn leven. De module bestaat uit 12 groepsbijeenkomsten en twee individuele doelengesprekken. In het individuele doelengesprek aan het begin van de module stelt de cliënt samen met de groepsbehandelaar, thuisbehandelaar en naaste persoonlijke doelen waar gedurende de module aan gewerkt gaat worden. Aan het eind van de module worden deze doelen geëvalueerd in het tweede individuele doelengesprek. De behandelgroepen bestaan uit minimaal 4 en maximaal 8 cliënten en worden gegeven door één of twee behandelaars. Dit zijn gedragswetenschappers of medewerkers met een Hbo-opleiding die aanvullend geschoold zijn in de cognitieve modules. De groepsbijeenkomsten vinden plaats op locaties van de organisaties die daarvoor geschikt waren (bijvoorbeeld activiteitencentra).

Grip op je energie (groep, 14 weken, 1x per week, 2 uur)
In de module 'Grip op je energie' leert de cliënt beter omgaan met vermoeidheid en zijn beperkte belastbaarheid. De interventies zijn gericht op het anders leren omgaan met verminderde energie. Bijvoorbeeld door activiteiten beter te verdelen en door het doorbreken van negatieve gedachtepatronen en het vervangen van deze gedachten door functionele gedachten. Deze module is samengesteld op grond van de behandeling COGRAT (Zedlitz, Fasotti, & Geurts, 2011) en de module 'vermoeidheid na hersenletsel' uit 'Niet Rennen maar Plannen' (A. Baars-Elsinga, Geusgens, Visser-Meily, & van Heugten, 2012). De module bestaat uit 12 groepsbijeenkomsten en twee individuele doelengesprekken. In het individuele doelengesprek aan het begin van de module stelt de cliënt samen met de groepsbehandelaar, thuisbehandelaar en naaste persoonlijke doelen waar gedurende de module aan gewerkt gaat worden. Aan het eind van de module worden deze doelen geëvalueerd in het tweede individuele doelengesprek. De behandelgroepen bestaan uit minimaal 4 en maximaal 8 cliënten en worden gegeven door één of twee behandelaars. Dit zijn gedragswetenschappers of medewerkers met een hbo-opleiding en aanvullende scholing in de cognitieve modules. De groepsbijeenkomsten vinden plaats op locaties van de organisaties die daarvoor geschikt waren (bijvoorbeeld activiteitencentra).

Denken en doen - Aandacht en geheugen (groep, 14 weken, 1x per week, 2 uur)
Het doel van de module 'Denken en doen – Aandacht en geheugen' is de invloed van cognitieve beperkingen te minimaliseren. Gewerkt wordt aan het inzetten en uitbreiden van bestaande vaardigheden en of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag. Er wordt stilgestaan bij de gevolgen van aandachts- en geheugenproblemen voor het dagelijks leven en het ermee omgaan door het toepassen van ondersteunende strategieën en/of hulpmiddelen. Om doelgericht te leren werken worden bij elke bijeenkomst actiepunten geformuleerd, die de cliënt mee naar huis neemt. De week erna worden deze geëvalueerd. De module bestaat uit 12 groepsbijeenkomsten en twee individuele doelengesprekken. In het individuele doelengesprek aan het begin van de module stelt de cliënt samen met de groepsbehandelaar, thuisbehandelaar en naaste persoonlijke doelen waar gedurende de module aan gewerkt gaat worden. Aan het eind van de module worden deze doelen geëvalueerd in het tweede individuele doelengesprek. De behandelgroepen bestaan uit minimaal 4 en maximaal 8 cliënten en worden gegeven door één of twee behandelaars. Dit zijn gedragswetenschappers of medewerkers met een Hbo-opleiding en aanvullende scholing in de cognitieve modules. De groepsbijeenkomsten vinden plaats op locaties van de organisaties die daarvoor geschikt waren (bijvoorbeeld activiteitencentra). In het onderzoek werd naar deze module gerefereerd als de module Denken en doen. In de rest van dit rapport zal dan ook de module Denken en doen – Aandacht en geheugen benoemd worden als de module Denken en doen.

In beweging A en B (groep, 14 weken, 2x per week, 2 uur)
De cliënt volgt in twee aansluitende modules een bewegingsprogramma gebaseerd op Fitstroke (van de Port et al., 2009) of het aan Fitstroke verwante Neurogym (deel A) en Graded Activity Training (GAT;(deel B; gebaseerd op Zedlitz et al., 2011). Deze programma's worden aangevuld met themagerichte interventies vanuit de psychomotorische therapie. Doel van Fitstroke, Neurogym en GAT is de functionele mobiliteit (balans, kracht) te vergroten waardoor cliënt beter kan functioneren in zijn omgeving en zijn zelfredzaamheid toeneemt. Fitstroke en Neurogym zijn taakgericht trainingsprogramma's op basis van circuittraining. GAT is gericht op conditieopbouw en het vergroten van de maximale kracht van bovenlichaam en benen. De psychomotorische interventies zijn gericht op het ervaren en leren toepassen van het geleerde uit de cognitieve modules Omgaan met verandering en Grip op je energie. De twee modules die onder 'In beweging' vallen lopen dan ook synchroon aan deze cognitieve modules. Deel A loopt parallel aan Omgaan met verandering en Deel B loopt parallel aan Grip op je energie. Als het bij Grip op je energie bijvoorbeeld gaat over ontspannen, dan oefenen cliënten ontspanningstechnieken tijdens In beweging B. De behandelgroepen bestaan uit minimaal 6 en maximaal 8 cliënten en worden gegeven door één of twee psychomotorische therapeuten of fysiotherapeuten met aanvullende scholing in de fysieke modules. De groepsbijeenkomsten vinden plaats op locaties van de organisaties die daarvoor geschikt waren (bijvoorbeeld activiteitencentra).

De fysieke modules kunnen indien gewenst los van de cognitieve modules gevolgd worden en vice versa.

Hoofdbehandelaar
Naast de hierboven genoemde thuis- en groepsbehandelaars is een hoofdbehandelaar betrokken bij de behandeling van de cliënt. De hoofdbehandelaar is een gedragswetenschapper (bij voorkeur GZ-psycholoog) en is eindverantwoordelijk voor de behandeling. De hoofdbehandelaar kan taken delegeren naar andere behandelaars en fungeert dan als back-up en supervisor van de andere behandelaar. Het is dus mogelijk dat de hoofdbehandelaar niet elke cliënt daadwerkelijk behandelt en bijvoorbeeld alleen cliënten behandelt met complexe problematiek.

Naasten
Behandeling thuis is gericht op het hele cliëntsysteem. Dit zijn de mensen waarmee de cliënt in het dagelijks leven te maken heeft. Dit zijn voornamelijk naasten zoals gezinsleden, familie en vrienden. De naasten zijn zo mogelijk ook aanwezig bij de individuele bijeenkomsten van alle modules waarin doelen worden gesteld en geëvalueerd. Daarnaast wordt gedurende het traject een aantal bijeenkomsten voor naasten georganiseerd over relevante thema's. Hoeveel bijeenkomsten dit zijn staat niet gespecificeerd in het handboek van Hersenz.

2.2 Onderzoeksopzet

Het onderzoek bestond uit twee delen: een procesevaluatie en een uitkomstenevaluatie. De procesevaluatie had een multimethod design bestaande uit een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. De uitkomstenevaluatie had een ongecontroleerd pre-posttest design met metingen 0 tot 2 weken voor de start van de thuis- en/of groepsbehandeling (voormeting), gedurende de behandeling (tussenmetingen) en 12 maanden na de start van de behandeling (nameting). Het onderzoek had betrekking op de groepsmodules en behandeling thuis. Het onderdeel Kennismaking en advies is niet onderzocht. De methoden van de procesevaluatie en de uitkomstenevaluatie worden in de volgende twee paragrafen beschreven.

2.3 Methoden procesevaluatie

2.3.1 Setting en deelnemers
De deelnemers aan deze studie weden geworven door de volgende zorgorganisaties : Heliomare (regio Noord-Holland), InteraktContour (regio's Overijssel, Gelderland, Flevoland en Utrecht), De Noorderbrug (regio's Groningen, Friesland, Drenthe en Overijssel), Middin (regio Zuid-Holland), SGL (regio Limburg) en SWZ (regio's Noordoost- en Zuidoost-Brabant). De deelnemers zijn onder te verdelen in de volgende drie groepen: cliënten, naasten en behandelaars.

Cliënten
Cliënten waren personen met NAH die waren aangemeld voor Hersenz bij een van de deelnemende zorgorganisaties. De deelnemende cliënten zijn gestart met het Hersenz behandeltraject tussen september 2014 en januari 2015.

Voor deelname aan het onderzoek moest de cliënt 18 jaar of ouder zijn. De in- en exclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek waren verder gelijk aan de criteria voor deelname aan het Hersenz behandeltraject. De hoofdbehandelaar van de cliënt bepaalde of de cliënt geschikt was voor deelname aan Hersenz en daarmee het onderzoek.

De inclusie criteria voor deelname aan Hersenz zijn:
- Cliënt heeft aantoonbaar NAH.
- Cliënt is primair (medisch specialistisch) uitbehandeld.
- Cliënt heeft enige motivatie zich te ontwikkelen (op tenminste één participatiegebied).
- Cliënt heeft enig ziekte-inzicht.
- Cliënt heeft enig vermogen tot zelfreflectie.
- Cliënt heeft enig empathisch vermogen.
- Cliënt heeft enige geheugenfunctie.
- Cliënt kan zich enige tijd concentreren.
- Cliënt is in staat in een groep te functioneren.
- Cliënt is in staat een gesprek in een groep te volgen en zich in een groep uit te drukken.
- Cliënt is in staat de training in een groep bij te wonen qua frequentie en doorlooptijd.

De exclusie criteria voor deelname aan Hersenz zijn:

- Progressieve ziekte (bijvoorbeeld Parkinson, MS, Dementie, Huntington).
- Forse afasie.
- Forse geheugenproblemen.
- Forse gedragsproblematiek (lichte gedragsproblemen hoeven geen belemmering te zijn mits de veiligheid van alle betrokkenen is gewaarborgd en de behandeling niet verstoord wordt).
- Overheersende psychiatrische problematiek (waaronder ernstige depressie).
- Overheersende verslavingsproblematiek.
- De aanwezigheid van eventuele problemen die spelen in het leven van de cliënt of in het systeem die het resultaat van de behandeling sterk negatief zullen beïnvloeden. Te denken valt aan problemen zoals conflicten, juridische procedures, grote financiële problemen of een verhuizing.

Ten behoeve van het in kaart brengen van het bereik van Hersenz werden per organisatie cliënten gevolgd die mogelijk geschikt zouden kunnen zijn voor Hersenz. Deze cliënten meldden zich tussen 15 februari en 31 maart 2015 met een zorgvraag bij één van de deelnemende organisaties. Deze groep potentiële cliënten staat los van de hierboven beschreven cliënten die tussen september 2014 en januari 2015 zijn gestart met Hersenz.

Naasten

De naaste was iemand uit de omgeving van de cliënt (bijv. partner of ouder) die ook betrokken was bij de behandeling. Per cliënt deed er maximaal één naaste mee aan het onderzoek. Naasten werden uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek als zij 18 jaar of ouder waren, nauw betrokken waren bij het behandeltraject van de cliënt (i.e. voornemens waren om (indien nodig) bij de thuisbehandeling en de doelengesprekken van de cognitieve modules aanwezig te zijn) en voldoende taal en communicatievaardigheden hadden om de vragenlijsten betrouwbaar te kunnen invullen. Deze inschatting werd gemaakt door de thuisbehandelaar. Naasten konden alleen meedoen aan het onderzoek als de betreffende cliënt ook meedeed aan het onderzoek.

Behandelaars

Behandelaars waren diegenen die aan de deelnemende cliënten en naasten behandeling hebben gegeven. Dit zijn hoofdbehandelaars, thuisbehandelaars en groepsbehandelaars. Behandelaars zijn (GZ-)psychologen, gedragswetenschappers, psychomotorisch therapeuten, fysiotherapeuten of anderszins hbo of wo functionerend. De behandelaars van de cognitieve modules en de thuisbehandeling worden ook cognitief trainers genoemd. Volgens het handboek vallen hier gedragswetenschappers onder of medewerkers op hbo-niveau functionerend.

2.3.2 Dataverzameling en meetinstrumenten

Demografische kenmerken, NAH kenmerken en medische gegevens

Deze gegevens werden door de thuisbehandelaar of onderzoeksassistent verzameld tijdens de voormeting aan de hand van een invulformulier, tenzij anders aangegeven.

Cliënten

De volgende demografische gegevens met betrekking tot de cliënt werden verzameld: geboortedatum, geslacht, opleidingsniveau, werksituatie voor en na het letsel en huidige woonsituatie. De volgende NAH gerelateerde gegevens werden verzameld bij de cliënt: de oorzaak van het hersenletsel en de datum waarop het hersenletsel is opgelopen. Om een globaal beeld te krijgen van het cognitief functioneren van de cliënten werd de Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005) afgenomen door de thuisbehandelaar of onderzoeksassistent. De MoCA bestaat uit tien items gericht op aandacht/concentratie, executief functioneren, taal, geheugen, rekenen, visuoconstructie, conceptueel denken en oriëntatie in tijd en plaats. De totale score loopt van 0-30: scores lager dan 26 zijn indicatief voor cognitieve stoornissen in een CVA-populatie (Pendlebury, Mariz, Bull, Mehta, & Rothwell, 2012). Met betrekking tot de medische gegevens van de cliënt werd informatie verzameld over co-morbide aandoeningen naast het hersenletsel en de ontvangen zorg in de afgelopen 6 maanden.

Naasten

De volgende demografische gegevens van de naaste werden verzameld: geboortedatum, geslacht en relatie tot de patiënt.

Werving en bereik

In tabel 1 staat een overzicht van de informatie die werd verzameld voor de procesevaluatie en de manier waarop dit was gebeurd. Wat betreft de werving zijn gegevens verzameld over de verwijzer en belemmeringen met betrekking tot de werving. De gegevens met betrekking tot de verwijzer zijn verzameld door de onderzoeksassistenten. De belemmeringen met betrekking tot werving zijn op twee manieren in kaart gebracht. In december 2015 hebben de behandelaars eenmalig een digitale vragenlijst ingevuld over hun tevredenheid met Hersenz. Hierin was een vraag opgenomen over belemmeringen voor de uitvoering van Hersenz. Antwoorden op deze vraag die betrekking hadden op de werving van cliënten werden hieruit geselecteerd door de hoofdonderzoeker (eerste auteur). Daarnaast werden er in diezelfde periode focusgroepen georganiseerd voor de behandelaars. Eén focusgroep met de hoofdbehandelaars van een half uur en daarnaast één focus groep per organisatie (zes in totaal) van één uur. Deze focusgroepen werden geleid door de hoofdonderzoeker. In deze focusgroepen werd specifiek gevraagd naar belemmeringen voor werving.

Tabel 1. Overzicht van de uitkomstmaten voor de procesevaluatie.

Onderdeel procesevaluatie	**Verzamelde gegevens**	**Meetinstrument**						
		V-0	**Vm**	**Gb**	**V-12**	**Fb**	**Zh**	**D**
Werving	Verwijzer naar Hersenz	+						
	Ervaren belemmeringen door behandelaars				+	+		
Bereik	Instroom cliënten							
	Aantal cliënten die wel of niet Hersenz zijn gaan volgen. Indien niet, waarom niet.						+	
Uitvoering	Achtergrond hoofdbehandelaar							+
	Gevolgde onderdelen							+
	Gevolgde bijeenkomsten							+
	Groepsgrootte							+
	Inhoud groepsbijeenkomsten			+				
	Achtergrond trainers							+
	Betrokkenheid cliënt			+				
	Betrokkenheid systeem							+
Tevredenheid	Mening cliënten		+		+			
	Mening naasten				+			
	Mening behandelaars				+	+		
Context	Mening behandelaars over belemmerende factoren						+	+

V-0=vragenlijst cliënt bij voormeting; Vm=Vragenlijst cliënt na afloop van een module (tussenmeting); Gb=geregistreerd door groepsbehandelaar gedurende de module (tussenmetingen); V-12=vragenlijst cliënt bij nameting na 12 maanden; Fb=focusgroep interview met behandelaars 15 maanden na de start van Hersenz; Zh=informatie verzameld a.d.h.v. een registratieformulier door zorgbemiddelaars en (hoofd)behandelaars gedurende het onderzoek; D=data verzameld door onderzoeksassistent uit registratiesystemen en contact met behandelaars gedurende het onderzoek.

Het bereik van Hersenz werd gemeten door de instroom naar Hersenz tussen 15 februari 2015 en 31 maart 2015 in kaart te brengen. De volgende gegevens van cliënten werden geregistreerd door zorgbemiddelaars en (hoofd)behandelaars: geslacht, leeftijd (categorie), type letsel, via welk kanaal de cliënt zich had aangemeld, of de cliënt geschikt was voor Hersenz en voldeed aan de inclusiecriteria en of de cliënt uiteindelijk Hersenz ging volgen. Indien de cliënt Hersenz niet ging volgen werd geregistreerd waarom niet en welke zorg de cliënt dan eventueel zou krijgen.

Uitvoering

In tabel 1 staat weergegeven welke gegevens verzameld zijn met betrekking tot de uitvoering van het behandelprogramma en hoe deze gegevens verzameld zijn. In tabel 2 staat een overzicht van hoe volgens de handleidingen voor behandelaars en het handboek Hersenz het programma uitgevoerd zou moeten zijn. Deze

gegevens zijn geregistreerd door de onderzoeksassistenten, met uitzondering van de inhoud van de sessies en de betrokkenheid van de cliënten. Deze gegevens zijn aangeleverd door de behandelaren van de groepsmodules.

Tabel 2. Verzamelde gegevens m.b.t. de uitvoering van Hersenz

Gegevens	Uitvoering (plan volgens handboek of handleidingen)
Achtergrond hoofdbehandelaar	Gedragswetenschapper; voorkeur GZ-psycholoog
Welke onderdelen gevolgd door cliënt?	Thuisbehandeling + minimaal 2 groepsmodules
Thuisbehandeling	Gemiddeld twee uur per twee weken
Omgaan met verandering	14 weken 1x per week = 14
In beweging	2 x 14 weken 2x per week = 56
Grip op je energie	14 weken 1x per week = 14
Denken en doen	14 weken 1x per week = 14
Aantal gevolgde bijeenkomsten cliënt	Minimaal 3/4 aanwezig zijn
Groepsgrootte per module	Minimaal 6 - maximaal 8
Inhoud van de groepsbijeenkomsten	Inhoud volgens de trainingsmappen
Achtergrond trainers	
Thuisbehandeling	CT
Omgaan met verandering	CT
In beweging	PMT of fysio
Grip op je energie	CT
Denken en doen	CT
Betrokkenheid van de cliënt	Niet gespecificeerd
Betrokkenheid systeem	
Aanwezigheid bij thuisbehandeling	Niet gespecificeerd
Aantal gegeven naaste bijeenkomsten	Niet gespecificeerd
Aantal gevolgde naaste bijeenkomsten	Niet gespecificeerd

CT=Cognitief Trainer (gedragswetenschapper of functionaris Hbo-niveau functionerend; PMT=Psychomotorisch Therapeut; Fysio=Fysiotherapeut

Voor het registreren of de inhoud van de groepsbijeenkomsten volgens protocol is uitgevoerd is een checklist gemaakt waarin alle onderdelen per bijeenkomst konden worden afgevinkt. De behandelaren gaven antwoord op de vraag of het betreffende onderdeel aan bod is gekomen in de training. De antwoordmogelijkheden waren als volgt: Ja, (overwegend) volgens map (i.e. handleiding); Nee, geen tijd (er was onvoldoende tijd om het onderdeel te behandelen); Nee, vergeten (het onderdeel is onbewust overgeslagen door de trainers); Nee, groepsdynamiek (het onderdeel is bewust overgeslagen door de trainers, omdat door de groepsdynamiek een andere invulling gewenst of nodig was); Nee, instructie onduidelijk (het onderdeel is bewust overgeslagen door de trainers, omdat de instructie onduidelijk was); Nee, mening trainer (het onderdeel is bewust overgeslagen door de trainers, omdat de trainers het onderdeel bijvoorbeeld niet goed of zinvol vonden); Anders (ingevuld als de andere opties niet van toepassing waren).

De betrokkenheid van cliënten in de groepsmodules is gemeten met de *Pittsburgh Rehabilitation Participation Scale* (PRPS; Lenze et al., 2004). Dit is een eenvoudig instrument waarmee per behandel sessie de inzet en motivatie van de cliënt wordt gescoord door de behandelaar. Inzet en motivatie worden gescoord op een 6-punten schaal die loopt van 1=geen inzet tot 6=excellente inzet. Er zijn schalen beschikbaar specifiek voor fysio- en ergotherapie. In deze studie is de fysiotherapieschaal gebruikt in de fysieke modules. Voor de cognitieve modules is een aangepaste versie ontwikkeld voor deze studie. Na elke zevende bijeenkomst heeft de behandelaar de PRPS per cliënt ingevuld.
Dit komt neer op twee PRPS metingen voor de modules Omgaan met verandering, Grip op je energie en Denken doen. Voor de fysieke module zijn dit er vier. Als uitkomstmaat is per module het gemiddelde van deze metingen genomen.

Tevredenheid

Cliënten

De tevredenheid van cliënten over een specifieke module werd na afloop van de betreffende module met een vragenlijst gemeten die voor dit onderzoek ontwikkeld was. De vragenlijst bestond uit 14 vragen voor de modules Omgaan met verandering, Grip op je energie en Denken en doen. Voor de fysieke module waren twee vragenlijsten gemaakt, een voor deel A en een voor deel B. Deze vragenlijsten bestonden uit 12 vragen. De tevredenheidsvragenlijsten voor alle modules bestonden uit gestructureerde vragen (Likert-schalen, rapportcijfer) en een open vraag (verbeterpunten). De vragenlijsten werden door cliënten zelfstandig ingevuld of samen met een onderzoeksassistent of andere medewerker (geen behandelaar).

Daarnaast werd er bij de nameting een tevredenheidsvragenlijst afgenomen over de thuisbehandeling en het gehele Hersenz traject. Deze lijst werd voor dit onderzoek ontwikkeld en bestond uit 27 vragen. Dit waren gestructureerde vragen (Likert-schalen, rapportcijfer, ja-nee vragen en meerkeuzevragen) en open vragen. Deze vragenlijst werd zelfstandig door de cliënt ingevuld of samen met de thuisbehandelaar, de onderzoeksassistent of andere medewerker (geen behandelaar). De inhoud van de vragenlijsten zijn te vinden in Appendix 3.

Naasten

De tevredenheid van de naasten over de thuisbehandeling en het gehele Hersenz traject werd gemeten bij de nameting met een vragenlijst . Deze lijst was gemaakt voor deze studie en bestond uit 32 vragen. Dit waren gestructureerde vragen (Likert-schalen, rapportcijfer, ja-nee vragen en meerkeuzevragen) en open vragen. De vragenlijst werd zelfstandig door de naaste ingevuld of samen met de thuisbehandelaar, de onderzoeksassistent of andere medewerker (geen behandelaar). De inhoud van de vragenlijst is te vinden in Appendix 3.

Behandelaars

De tevredenheid van de behandelaars met Hersenz is in december 2015 gemeten door middel van een digitale vragenlijst. Deze lijst was voor deze studie ontwikkeld en bestond uit 100 vragen. Dit waren gestructureerde vragen (Likert-schalen, rapportcijfer, ja-nee vragen en meerkeuzevragen) en open vragen. De vragenlijst omvatte items over de thuisbehandeling, modules en het gehele Hersenz traject en de bijbehorende scholing en eventuele verbeterpunten. Behandelaars vulden alleen de vragen in die betrekking hadden op de behandelelementen die zij ook daadwerkelijk uitgevoerd hadden. De inhoud van de vragenlijst is te vinden in Appendix 3.

Daarnaast werden de behandelaars in de focusgroepen geïnterviewd over de sterke punten van de onderdelen van Hersenz en wat er verbeterd kan worden.

Context: belemmerende factoren

De belemmeringen met betrekking tot de uitvoering van Hersenz en de werving zijn in kaart gebracht in de focusgroep interviews met de behandelaren.

2.3.3 Data-analyse

Op de kwantitatieve data van de procesevaluatie is descriptieve statistiek toegepast. Voor de analyse van de kwalitatieve data (i.e. antwoorden op open vragen en focusgroep interviews) heeft de hoofdonderzoeker op basis van de data de antwoorden gecategoriseerd. Deze categorieën werden gebruikt om relevante thema's en patronen te identificeren.

2.4 Methoden uitkomstenevaluatie

2.4.1 Deelnemers

Deelnemers aan de uitkomstenevaluatie waren de cliënten en naasten zoals beschreven in sectie 2.3.1.

2.4.2 Dataverzameling en meetinstrumenten

De gegevens verzameld voor de uitkomsten evaluatie staan weergegeven in tabel 3. De vragenlijsten afgenomen bij de voor- en nameting werden zelfstandig door de cliënt ingevuld of samen met de thuisbehandelaar, de onderzoeksassistent of andere medewerker (geen behandelaar) indien de cliënt ondersteuning nodig had. De gegevens

werden verwerkt in een digitale database (Filemaker) door de onderzoeksassistenten of de hoofdonderzoeker. De tussenmetingen waren onderdeel van de behandeling en werden aan het begin en eind van een module uitgevoerd door de behandelaars. Een overzicht van de gebruikte meetinstrumenten en meetmomenten per onderzoeksvraag is te vinden in tabel 3. De gebruikte meetinstrumenten staan in de volgende paragraaf beschreven.

Tabel 3. Overzicht gebruikte meetinstrumenten en meetmomenten per onderzoeksvraag.

Onderzoeksvraag	Operationalisatie	Meetinstrument	voor- en nameting	Tussen-metingen
Zelfstandig functioneren	Participatie	USER-P	Cliënt	
	Zorgvraag	Zorgvraag Vragenlijst	Cliënt	
	Fysiek functioneren	Berg Balance Scale		Cliënt
		10 Meter Timed Walking Test		
		Zes minute wandeltest		
		One Repeated-Maximum		
Perspectief	Bereiken doelen	Doelenthermometer		Cliënt
	Zelfwaardering	RSES	Cliënt	
Belasting naaste		CSI+	Naaste	
Secundaire vragen	Functionele status	COOP/WONCA	Cliënt	
	Gedrag	NPI-Q	Naaste	
	Tevredenheid naaste	LiSat-9	Naaste	

USER-P = Utrecht Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie; RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale; CSI+ = Caregiver Strain Index+; NPI-Q = Neuropsychiatric Inventory Questionnaire; LiSat-9 = Life Satisfaction Questionnaire-9

Primaire uitkomstmaten

Cliënten

De Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie Participatie (USER-P) is een vragenlijst waarmee een beeld van de participatie kan worden verkregen (Post et al., 2012). De vragenlijst bestaat uit drie domeinen: frequentie van participatie, participatie restricties en tevredenheid met participatie. Totale scores kunnen enkel per domein berekend worden en lopen van 0 tot 100. Hogere scores indiceren goede participatie levels (hoge frequentie, minder restricties en hoge tevredenheid).

De Zorgvraag vragenlijst is een voor dit onderzoek ontwikkelde vragenlijst op basis van de participatiedomeinen van het ICF-model en werd gebruikt voor het in kaart brengen van bepaalde zorgvragen. De vragenlijst bevat tien items met betrekking tot de volgende participatiedomeinen: communicatie, bewegen, vervoer, zelfzorg, huishouden, relaties, omgang met anderen, werk en onderwijs, financieel en administratief, en vrijetijdsbesteding. Per item wordt gevraagd aan de cliënt of er een zorgvraag op dat domein bestaat (ja of nee). Indien het antwoord op deze vraag ja is, wordt de vraag gesteld of de persoon hier hulp voor zou willen ontvangen (ja of nee).

De Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) is een meetinstrument om de zelfwaarde van een persoon te bepalen (Franck, De Raedt, Barbez, & Rosseel, 2008). De vragenlijst bestaat uit tien vragen, waarvan vijf items positieve woorden en vijf items negatieve woorden bevatten. Items worden gescoord op een schaal van 0 tot 4 (0=Helemaal akkoord; 4=Helemaal niet akkoord). Totale score range is van 0 tot 30, waarbij een hogere score een hoge zelfwaarde impliceert. Scores tussen 15-25 worden als normaal gezien.

De Doelenthermometers werden bij de cognitieve modules ingevuld. Samen met de behandelaar stelden cliënten SMART doelen (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden). Op een thermometer gaven cliënten aan het begin van de module aan hoe ze er nu voorstaan en op welk niveau ze verwachten te zijn na de behandeling. Aan het eind van de module geven de cliënten aan hoe zij er op dat moment voorstaan. De thermometer loopt van 1=ik ben hier heel slecht in tot 10=ik ben hier heel goed in.

Naasten

De Caregiver Strain Index+ (CSI+) is een vragenlijst die word gebruikt om een indruk te krijgen van de last die word ervaren door een mantelzorger (Al-Janabi, Frew, Brouwer, Rappange, & Van Exel, 2010). De CSI+ bevat achttien dichotome (ja/nee) items waarvan er dertien negatief en vijf positief zijn. Score range is tussen -5 en 13, waarbij een hogere score een hoge last indiceert. De CSI+ komt voort uit de CSI die enkel de 13 negatieve items bevat. Vanuit de CSI+ kan ook de CSI score verkregen worden door de scores van de 13 negatieve items op te tellen. Scores van de CSI lopen van 0 tot 13 en een score groter dan 6 wijst op een hoge zorglast bij de naaste. Voor dit onderzoek is zijn de scores van de CSI als uitkomstmaat gebruikt.

Secundaire uitkomstmaten

Cliënten

De COOP/WONCA kaarten zijn de door de World Organization of General Practioners/Family Physicians (WONCA) Classification and Research Committee herziene versie van de Darthmouth COOP Functional Health Assessment Charts (COOP-kaarten). Deze kaarten meten de fysieke fitheid, gemoedstoestand, sociale activiteiten, dagelijkse activiteiten en algemene gezondheid en zijn gebruikt om een indicatie te krijgen van de functionele status van de cliënt (van Weel, König - Zahn, Touw - Otten, van Duijn, & Meyboom - de Jong, 2012). Iedere kaart bevat een vraag betreffende de bovenstaande aspecten van functioneren en is geïllustreerd met een simpele tekening. Antwoorden worden gegeven op een schaal van 1 tot 5, waarbij een hogere score wijst op een slechtere status.

De Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) is een vragenlijst waarmee een beeld wordt verkregen van eventueel aanwezige neuropsychiatrische symptomen bij cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (Kaufer et al., 2000). De NPI-Q bestaat uit twaalf subschalen waarbij de frequentie en ernst van het symptoom en de emotionele belasting voor de naaste worden gescoord. De gedragsaspecten die opgenomen zijn in deze vragenlijst zijn: wanen, hallucinaties, agitatie/agressie, depressie/dysforie, angst, euforie/opgetogenheid, apathie/onverschilligheid, ontremd gedrag, prikkelbaarheid/labiliteit, doelloos repetitief gedrag, nachtelijke onrust/slaapstoornissen en eetlust/eetgedrag verandering. De frequentie kan worden gescoord van 1 (soms) tot 4 (vaak), de ernst van 1 (licht) tot drie (ernstig) en de emotionele belasting van 0 (in het geheel niet belastend) tot 5 (zeer ernstig/extreem). De totaalscore van de NPI-Q wordt berekend door van elke subschaal de frequentie x ernst te berekenen en op te tellen (range 1-144). Hoe hoger de score hoe hoger de frequentie en ernst van het neuropsychiatrische symptoom. De NPI-Q is door de naasten ingevuld.

Bij de fysieke modules werden een aantal fysieke testen afgenomen aan het begin en aan het eind van de module. Deze zijn:

- De *Berg Balance Scale* meet de balans in zit en stand (Berg, Wood-Dauphine, Williams, & Gayton, 1989). Scores lopen van 0 tot 56 waarbij hogere scores een betere balans aangeven. Een score kleiner dan 43 wijst op een valrisico bij zelfstandig lopen (van Peppen et al., 2004).
- De *10 Meter Timed Walking Test* heeft als doel het meten van de snelheid (in seconden) van comfortabel lopen over een afstand van 10 meter (Collen, Wade, & Bradshaw, 1990). De test wordt drie keer uitgevoerd. De gemiddelde loopsnelheid in m/s is de uitkomstmaat. Bij een loopsnelheid die groter is dan 0.58 m/sec dan is het waarschijnlijk dat de cliënt zelfstandig binnenshuis kan functioneren. Een loopsnelheid die groter is dan 0.77 m/sec is nodig om een straat over te steken (Cassar, Jessen, & van Engelen, 2014).
- De *Zes minuten wandeltest* meet het algeheel fysiek uithoudingsvermogen van de cliënt (Butland, Pang, Gross, Woodcock, & Geddes, 1982). De cliënt moet gedurende 6 minuten zo comfortabel, maar ook zo snel mogelijk lopen, zodat de cliënt aan het eind van de 6 minuten het gevoel heeft er het maximale uitgehaald te hebben. De afgelegde loopafstand in meters en hartfrequentie zijn de uitkomstmaten (Beats Above Baseline).
- De *One Repeated-Maximum (1RM)* meet de spierkracht van een bepaalde spiergroep. 1RM is de belasting (het gewicht) waarmee de cliënt net één keer een beweging kan uitvoeren. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de legpress, lat pull down en de chest press om de spierkracht van respectievelijk de bovenbenen, schouders en borst te meten. Gemeten zijn het gewicht in kilogram en het aantal herhalingen dat de cliënt met dit gewicht heeft kunnen uitvoeren. Hieruit is de 1RM afgeleid door gebruik te maken van de formule van Bryzcki: 1RM=gebruikt gewicht / 1.0278 – (0.0279 x aantal herhalingen).

Naasten
De tevredenheid van de naaste met zijn/haar leefsituatie is gemeten met de Life Satisfaction Questionnaire -9 (LiSat-9) (Boonstra, Reneman, Stewart, & Balk, 2012). De LiSat-9 bestaat uit 9 vragen over hoe tevreden iemand is over zijn/haar eigen leefsituatie op de volgende gebieden: het leven in het algemeen; zelfzorg; vrije tijd; beroepssituatie; financiële situatie; seksleven; huwelijk/relatie; gezinsleven; en contacten met vrienden en bekenden. De scores per vraag lopen van 0-5 (0=zeer onbevredigend, 5=zeer bevredigend). Voor deze studie zijn de scores per vraag als uitkomstmaat gebruikt.

2.4.3 Data-analyse
Voor de uitkomstenevaluatie zijn verschillen tussen de voor- en nameting statistisch getoetst. Voor normaal verdeelde data werden de verschillen getoetst met een gepaarde t-test. Indien de verdeling scheef was werd een Wilcoxon signed rank test gebruikt. De significante alfa waarde werd vastgesteld op .05. De statistische analyses zijn uitgevoerd met IBM SPSS Statistics, Versie 22 voor Mac OS X.

2.5 Ethiek

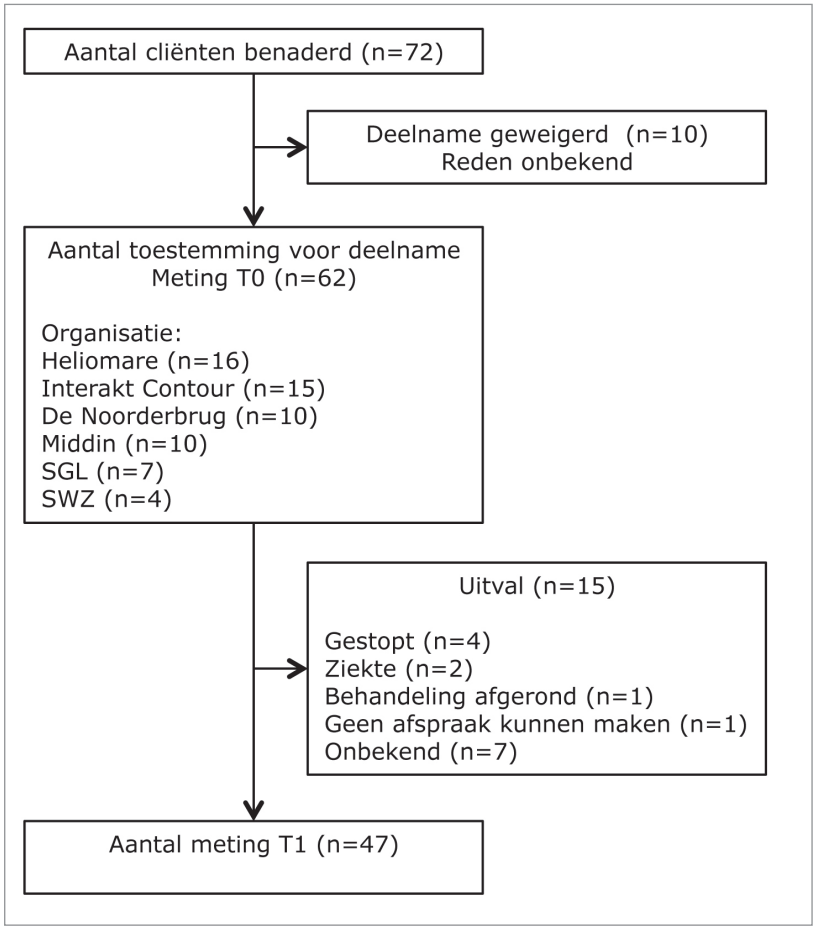
Cliënten en naasten tekenden een toestemmingsverklaring waardoor zij instemden met het gebruik van de verzamelde gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. Het onderzoeksprotocol van deze studie is voorgelegd aan de erkende medisch ethische toetsingscommissie azM/UM. Zij oordeelden dat er sprake was van een evaluatie van reguliere zorg waarvoor verdere medisch ethische toetsing niet nodig was.

3. Resultaten

3.1 Respons en achtergrondkenmerken deelnemers

3.1.1 Cliënten

De respons van cliënten is weergegeven in een flow-chart (figuur 1). Tweeënzeventig cliënten zijn benaderd voor deelname aan het onderzoek. Tien cliënten hebben deelname geweigerd. Tweeënzestig cliënten hebben toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek. Van deze 62 cliënten zijn drie cliënten geïncludeerd na de officiële inclusieperiode (laatste voormeting 11 februari 2015). Zevenenveertig van de 62 cliënten (75.8%) hebben deelgenomen aan de nameting. Gemiddeld genomen was de tijd tussen de voor- en nameting 11.2 maanden (sd=1.4, min-max=7.5-15.7). Voor één cliënt heeft de nametingen per abuis bij afronding van de behandeling (7.5 maand na de voormeting) plaatsgevonden in plaats van één jaar na de voormeting. Een aantal cliënten was nog in behandeling ten tijde van de nameting.

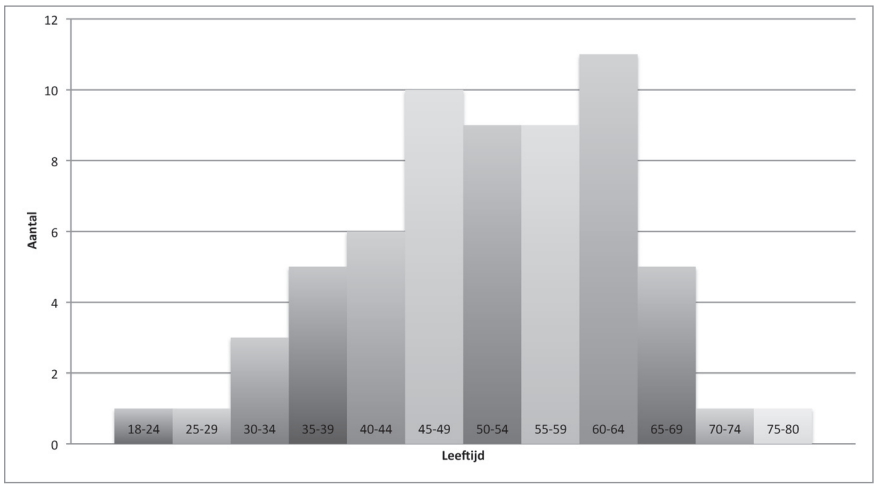


-Figuur 1. Flow-chart

De achtergrondkenmerken van de cliënten staan weergegeven in Tabel 4. De onderzoekspopulatie bestond voor iets meer dan de helft uit mannen (56.5%). De gemiddelde leeftijd ten tijde van de start van de behandeling was 52.4 jaar (sd=11.6), waarbij de jongste cliënt een leeftijd had van 22.2 jaar en de oudste patiënt van 76.1 jaar (zie Figuur 2 voor de verdeling van de leeftijd). De meeste cliënten (69.4%) waren laag opgeleid.

Tabel 4. Achtergrondkenmerken cliënten (n=62)

	Aantal	Percentage
Geslacht (man)	35	56.5
Opleiding		
Laag (o.a. basisonderwijs, lager beroepsonderwijs)	43	69.4
Midden (MAVO, MBO, HAVO, VWO)	13	21.0
Hoog (HBO, Universiteit)	2	3.2
Onbekend	4	6.5
Gemiddelde (sd)	Min-max	
Leeftijd	52.4(11.6)	22.2-76.1



-Figuur 2. Verdeling leeftijd-

Voor het letsel had 71.0% van de cliënten een betaalde baan (fulltime, parttime, zelfstandig/zzp of ziektewet). Bij aanvang van Hersenz had 27.4% een betaalde baan (zie Tabel 5). De meerderheid van de cliënten woonde zelfstandig zonder professionele begeleiding bij de start van Hersenz (74.2%; zie tabel 6). Daarnaast maakte de meerderheid van de cliënten deel uit van een meerpersoonshuishouden (67.8%; zie tabel 7). Bijna 26% van de cliënten was alleenstaand en 43.6% maakte deel uit van een meerpersoonshuishouden met kinderen (zie ook tabel 7).

Tabel 5. Werksituatie cliënt voor het letsel en bij aanvang van Hersenz (n=62)

	Voor het letsel	Bij aanvang Hersenz
Werksituatie	N(%)	N(%)
Betaald en fulltime	26(41.9)	4(6.5)
Betaald en parttime	12(19.4)	1(1.6)
Vrijwilligerswerk	2(3.2)	6(9.8)
Geen baan	9(15.5)	28(45.2)
In ziektewet	1(1.6)	11(17.7)
Zelfstandige/ZZP	5(8.1)	1(1.6)
Anders*	5(11.9)	7(11.3)
Onbekend	2(3.2)	4(6.5)

**Voor: fulltime/parttime(n=1), WAO(n=2), uitzendbureau(n=1), student(n=1)*

Bij aanvang: afgekeurd (n=2), AWBZ (n=1), WAO (n=3), WAO/AWBZ (n=1)

Tabel 6. Huidige woonsituatie (n=62)

Samenstelling	Aantal	Percentage
Zelfstandig zonder professionele begeleiding	46	74.2
Zelfstandig met professionele begeleiding	11	17.7
Anders*	3	4.8
Onbekend	2	3.2

**Aanleunwoning (n=1), geen woning (n=1), in huis bij ex en kinderen (n=1)*

Tabel 7. Samenstelling huishouden (n=62)

Samenstelling	Aantal	Percentage
Eenpersoonshuishouden	16	25.8
Meerpersoonshuishouden met kinderen <18 jaar	20	32.3
Meerpersoonshuishouden met kinderen >18 jaar	7	11.3
Meerpersoonshuishouden zonder kinderen	14	22.6
Meerpersoonshuishouden, inwonend bij ouders	1	1.6
Anders*	3	4.8
Onbekend	1	1.6

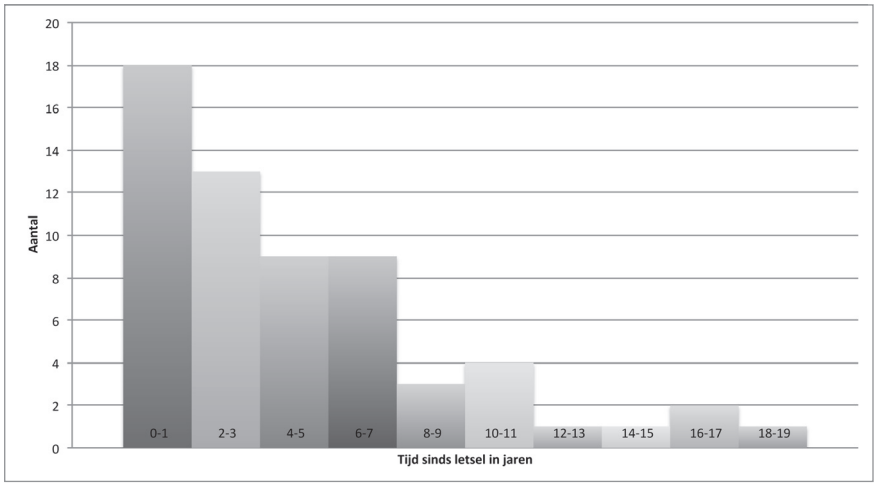
**meerpersoonshuishouden, 1 kind < 18 jaar en kind woont middels jeugdzorg en pleegzorg bij vader en stiefmoeder(n=1), alleenstaand met kind <18 jaar die cliënt 1x per week ziet (n=1), niet gespecificeerd(n=1)*

In tabel 8 is te zien dat ruim de helft (54.1%) van de cliënten vasculaire hersenschade had opgelopen. Daarna kwam traumatisch hersenletsel het vaakst voor (24.6%). Ten tijde van het oplopen van het letsel waren cliënten gemiddeld 48 jaar. De verdeling van de tijd sinds letsel is weergegeven in figuur 3. Het cognitief functioneren was in de meerderheid van de cliënten (matig) gestoord, 66.1% scoorde onder de grenswaarde (26) op de MoCA. De gemiddelde score op de MoCA is 23.9 (zie tabel 8). Voor drie cliënten waren geen scores beschikbaar.

Tabel 8. Gegevens omtrent het hersenletsel (n=61)

	Aantal	Percentage
Oorzaak letsel		
Traumatisch	15	24.6
Vasculair (CVA)	33	54.1
Tumor	5	8.2
Meerdere	5	8.2
Anders*	4	4.9
	Gemiddelde (sd)	**Min-max**
Tijd sinds letsel (in jaren)	5.2(4.5)	.6-18.8
Leeftijd ten tijde van oplopen letsel	47.1 (13.8)	17.6-72.9
Cognitief functioneren (MoCA; n=59)	23.9(4.1)	7.0-30.0

**Zuurstofgebrek (n=2); ontsteking (n=1); niet gespecificeerd (n=1)*



-Figuur 3: verdeling tijd sinds letsel.

Vijfendertig cliënten (56.5%) hadden een of meerdere co-morbide aandoening(en) naast het hersenletsel. De meest voorkomende co-morbide aandoeningen waren psychische klachten zoals overspannenheid, depressie of nervositeit en klachten van het bewegingsapparaat (zie tabel 9). In de 6 maanden voorafgaand aan de start van Hersenz maakte 37% van de cliënten gebruik van dagbesteding, 35% van fysiotherapie, 30% van thuiszorg en 25% van ambulante zorg. Deze zorg werd meestal wekelijks gegeven (tabel 10).

Tabel 9. Co-morbiditeit niet veroorzaakt door het hersenletsel

	Aantal	Percentage
Overspannen/Depressie/Nervositeit	12	19.4
Klachten bewegingsapparaat	11	17.7
Diabetes	8	12.9
Epilepsie	8	12.9
Ernstige hartkwaal	5	8.1
Ernstige hoofdpijn/Migraine	5	8.1
Schildklierafwijking	3	4.8
Andere ziekten zenuwstelsel	2	3.2
Visuele beperking	2	3.2
Astma/Chronische bronchitis	2	3.2
Anders*	10	16.1

**longembolie (n=1), psoriasis (n=1), slaapapneu (n=1), verhoogd cholesterol (n=1), kanker (n=1), auto-immuunziekte (n=1), chronische vermoeidheid (n=1), bloedarmoede door ijzertekort (n=1), hartritmestoornissen (n=1), cyste in longen (n=1)*

Tabel 10. Zorg in de 6 maanden voorafgaand aan Hersenz

			aantal				
	N	%	Dagelijks	Wekelijks	Twee-wekelijks	Maandelijks	Minder dan maandelijks
Dagbesteding/AC	23	35.5	5	13	5	-	-
Fysiotherapie	22	35.5	-	14	6	1	1
Thuiszorg	18	29.0	4	13	1	-	-
Ambulante zorg	15	24.2	-	13	1	1	-
Maatschappelijk werk/MEE	9	14.5	-	-	3	4	2

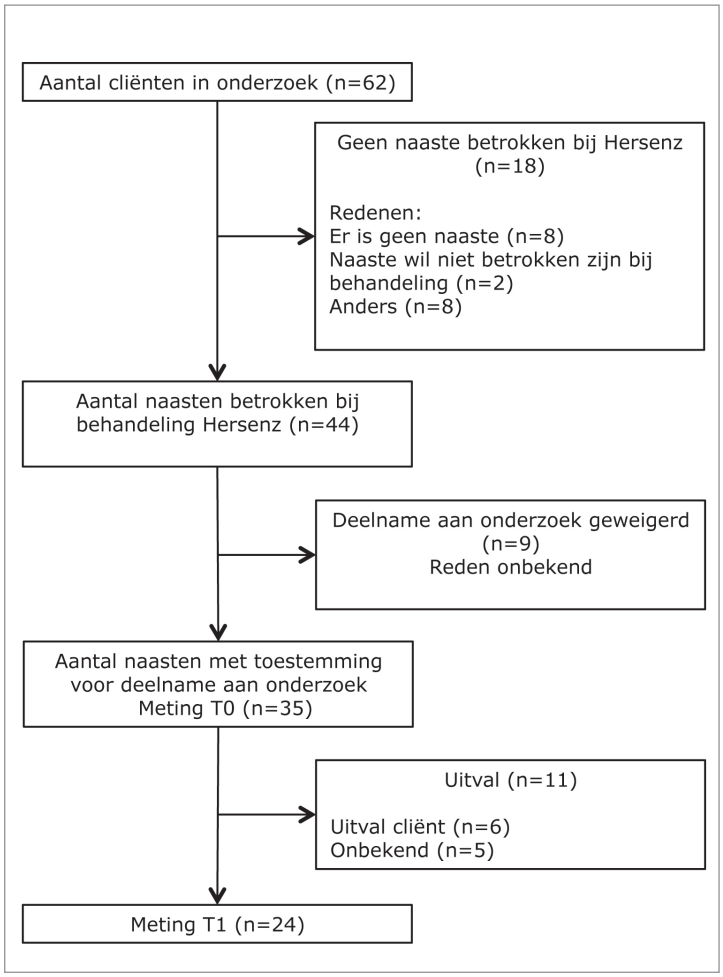
vervolg Tabel 10. Zorg in de 6 maanden voorafgaand aan Hersenz

			aantal				
	N	**%**	**Dagelijks**	**Wekelijks**	**Twee-wekelijks**	**Maandelijks**	**Minder dan maandelijks**
Psycholoog/RIAGG	7	11.3	-	1	4	-	2
Revalidatie-dagbehandeling	7	11.3	1	3	2	1	-
NAH-poli	6	9.7	-	-	1	-	5
Anders*	13	21.0					
Klinische revalidatie	0	0.0					

**Ergotherapie (n=1), logopedie (n=1), diëtist (n=1), praktijkondersteuner GGZ (n=1), Hersenz (n=1), onbekend (n=1), mantelzorg als thuiszorg (n=2), maatje (n=1), Individuele begeleiding thuis voor dochter (n=1), afasiecentrum (n=1), huishoudelijke ondersteuning (n=2).*

3.1.2 Naasten

In figuur 4 is in een flow-chart de inclusie van de naasten weergegeven. Van de 62 deelnemende cliënten waren er 44 die een naaste hadden die betrokken was bij de behandeling. Van deze naasten deden er 35 mee aan het onderzoek (79.5%). Bij de nameting deden nog 24 van de 35 naasten mee aan het onderzoek (68.6%). In tabel 11 staan de achtergrondkenmerken van de deelnemende naasten weergegeven. De meerderheid van de naasten (57.1%) is vrouw. In 74.3% van de gevallen is de naaste de partner van de cliënt en een even groot percentage van de naasten woont samen met de cliënt.



-Figuur 4. Flow-chart naasten-

Tabel 11. Achtergrondkenmerken naasten (n=35)

	Aantal	Percentage
Geslacht (man)	15	42.9
Relatie met cliënt		
Partner	26	74.3
Broer of zus	5	14.3
Ouder	1	2.9
Kind	1	2.9
Anders*	2	5.7
Cliënt en naaste wonen samen	26	74.3
	Gemiddelde (sd)	**Min-max**
Leeftijd naaste	52.8(12.1)	33.0-74.6

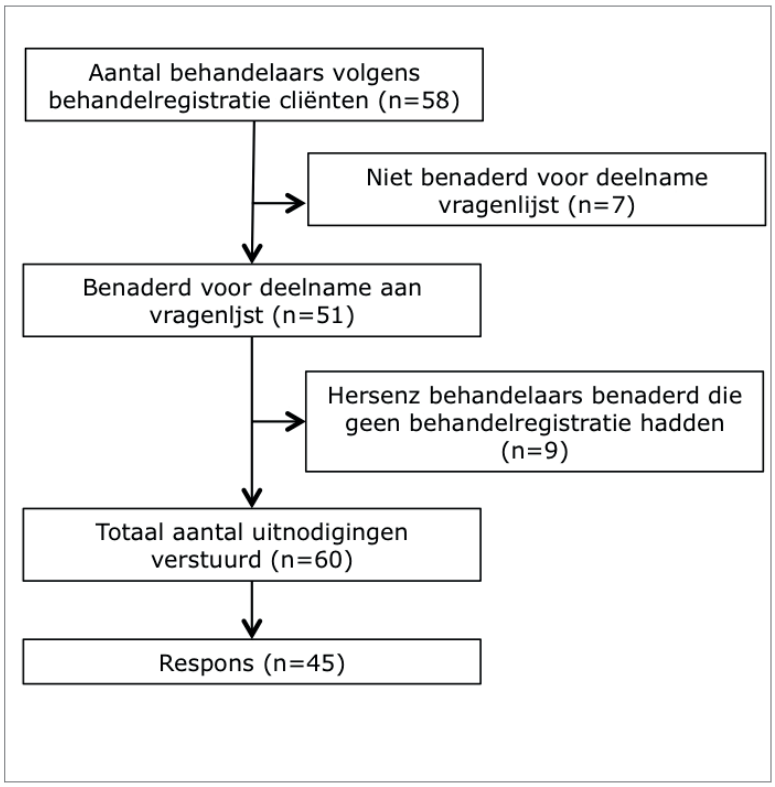
**neef (n=1), schoondochter (n=1)*

3.1.3 Behandelaars

Uit de urenregistraties van de deelnemende cliënten kan opgemaakt worden dat 58 verschillende behandelaren behandeling hebben gegeven aan de cliënten uit deze studie. Van deze behandelaren gaven er 29 thuisbehandeling, waren er 29 behandelaar in een of meerdere cognitieve modules en 17 behandelaar in een of meerdere fysieke modules. Zestig behandelaren ontvingen een uitnodiging om de tevredenheidsvragenlijst in te vullen (zie figuur 5). Hiervan hebben er 45 de vragenlijst ingevuld (75%). In tabel 12 staat de aanwezigheid van deze behandelaars bij de focusgroep interviews weergegeven. Naast behandelaars die voorkwamen in de behandelregistraties van de deelnemende cliënten namen ook nog andere behandelaars en medewerkers betrokken bij Hersenz deel aan de focusgroepen (zie tabel 12). Daarnaast hebben de behandelaars d.m.v. checklijsten geregistreerd of de modules zijn uitgevoerd volgens protocol. In totaal zijn 46 checklists ontvangen.

Tabel 12 Respons behandelaars focusgroep interviews (aantallen)

	Volgens registratie	Aanwezig	Andere aanwezigen	Totaal
Focusgroepen				
Hoofdbehandelaars	Onbekend	3	0	3
Heliomare	11	5	2	7
InteraktContour	14	4	3	7
De Noorderbrug	10	7	3	10
Middin	12	5	2	7
SGL	4	4	2	6
SWZ	7	2	1	3



-Figuur 5. Flow-chart behandelaars-

3.2 Procesevaluatie

3.2.1 Werving en bereik

Werving: door wie worden cliënten naar Hersenz verwezen?

Cliënten werden in de periode van 15 februari t/m 31 maart 2015 met name verwezen naar Hersenz door ambulante begeleiding (23.0%) of door medewerkers binnen de organisatie (23.0%; zie tabel 13).

Tabel 13. Verwijzing naar Hersenz (n=61)

	Aantal	Percentage
Ambulante begeleiding	14	23.0
Interne verwijzing	14	23.0
Aanmelding door cliënt zelf	9	14.8
Revalidatiearts	9	14.8
Maatschappelijk werk/MEE	5	8.2
Huisarts	4	6.6
Onbekend	1	1.6
Anders*	5	8.2

**psychiater (n=1), ambulant begeleider dochter (n=1), mantelzorger (n=1), centrum jeugd en gezin (n=1), mytyl en tytylschool (n=1)*

Werving: welke belemmeringen zijn er voor het aanmelden van cliënten?

Informatie over factoren die de werving van cliënten hebben belemmerd werd gehaald uit een open vraag uit de tevredenheidsvragenlijst van de behandelaren en uit de zeven focusgroepen. Twaalf van de 45 behandelaren die de tevredenheidslijst hebben ingevuld noemden één of meerdere belemmeringen in de werving van cliënten.

Acht behandelaren vonden dat de aanvraag en afgifte van indicaties door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een

belemmering vormt voor de uitvoering van Hersenz. Verder werd er genoemd dat er weinig aandacht is voor werving (n=1), Hersenz weinig bekendheid heeft (n=1), de revalidatie [verwijzer] een sceptische houding heeft (n=1) en dat cliënten de organisaties niet weten te vinden (n=1). Drie behandelaren noemden dat er belemmeringen in de werving en aanmelding zijn zonder deze te specificeren.

Uit de zeven focusgroepen die zijn uitgevoerd met behandelaars komt naar voren dat cliënten en verwijzers de weg naar Hersenz nog onvoldoende weten te vinden. Behandelaren gaven hiervoor de volgende redenen:
- voor cliënten is niet altijd duidelijk voor wie Hersenz bedoeld is. Dit kan zorgen voor verkeerde aanmeldingen van mensen met andere diagnoses (bijv. n.a.v. de landelijke Hersenz campagne uit maart 2015) (n=2)
- de doelgroep neemt weinig initiatief in het op zoek gaan naar hulp (n=1)
- de naamsbekendheid van Hersenz moet nog groeien (n=1)
- problemen met afgifte indicaties door het CIZ (n=1)
- netwerkpartners zien Hersenz als concurrentie (n=1)
- het is moeilijk om in verbinding te blijven met de doelgroep (bijv. na revalidatiebehandeling of ziekenhuisopname) (n=1)
- het kost veel tijd om contacten te leggen met andere zorgverleners (bijv. huisartsen) en cliënten om zo verwijzingen/aanmeldingen te krijgen (n=1)
- bij het geven van voorlichting is het moeilijk om uit te leggen wat Hersenz inhoudt (breed programma met veel bouwstenen) (n=1).

De behandelaren gaven aan dat de volgende acties de werving en aanmeldingen positief kunnen beïnvloeden:
- Actief promoten van Hersenz in de regio aan potentiële cliënten en zorgverleners in de vorm van presentaties, workshops, try-outs en/of folders (n=6)
- Mond-op-mond reclame van oud-cliënten (n=4)
- Een landelijke campagne (n=5). In maart 2015 heeft er een landelijke campagne gelopen. Behandelaren geven aan dat deze wel wat heeft opgeleverd (n=5), maar in sommige gevallen uiteindelijk toch tot weinig of geen echte aanmeldingen heeft geleid (n=2)
- Op locatie zien andere cliënten de Hersenz-cliënten in actie. Dit levert ook aanmeldingen op (n=1).

Bereik: welke cliënten hebben gebruikt gemaakt van Hersenz?

Het bereik van Hersenz was gemeten in een groep cliënten die mogelijk geschikt zouden kunnen zijn voor Hersenz. In totaal zijn er 41 aanmeldingen voor behandeling geweest tussen 15 februari en 31 maart 2015 die evt. tot deelname aan Hersenz zouden kunnen leiden. Deze aanmeldingen waren als volgt verspreid over de organisaties: Heliomare 0; InteraktContour 10; De Noorderbrug 8; Middin 8; SGL 13; en SWZ 2. Bij Heliomare waren er geen nieuwe aanmeldingen in de betreffende periode, omdat hier net nieuwe groepen gestart waren.

De meerderheid van de potentiële Hersenz cliënten was man (56.1%) en was tussen de 51 en 70 jaar (63.4%). De oorzaak van het hersenletsel was voornamelijk van vasculaire aard (61.0%). Zie ook tabel 14. Meestal meldde de cliënt zich specifiek voor deelname aan Hersenz (48.8%; zie tabel 15).

Tabel 14. Achtergrondkenmerken potentiële cliënten (n=41)

	Aantal	Percentage
Geslacht (man)	23	56.1
Leeftijd (in jaren)		
21-30	2	4.9
31-40	3	7.3
41-50	7	17.1
51-60	13	31.7
61-70	13	31.7
>70	2	4.9
Onbekend	1	2.4
Oorzaak letsel		
Traumatisch	11	26.8
Vasculair (CVA)	25	61.0
Ander type NAH	3	7.3
Anders*	1	2.4
Onbekend	1	2.4

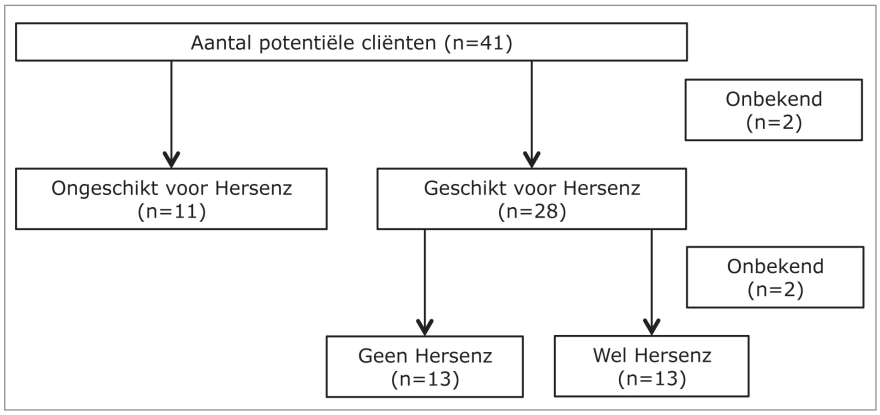
**onspecifiek ziektebeeld*

Tabel 15. Aanmeldingsroute potentiële cliënten

	Aantal	Percentage
Client meldde zich zelf bij organisatie voor behandeling	11	26.8
Client meldde zich specifiek voor Hersenz	20	48.8
Door organisatie benaderd voor deelname (cliënt kreeg al zorg binnen organisatie)	7	17.1
Anders*	3	7.3

**cliënt zocht logenotencontact (n=1), verwijzing revalidatie (n=2)*

In figuur 6 staat de instroom van de potentiële cliënten weergegeven. Van twee cliënten (4.9%) was onduidelijk of zij geschikt waren voor Hersenz. Beiden hadden zich teruggetrokken voordat de screening had plaatsgevonden. Van de 41 potentiële cliënten waren er 11 (26.8%) ongeschikt. De redenen voor exclusie liepen erg uiteen en zijn te vinden in tabel 16. Vier van de elf cliënten (36.4%) werden na exclusie doorverwezen naar een andere zorgaanbieder. Eén cliënt (9.1%) kreeg geen vervolgzorg en voor één cliënt (9.1%) was dit onbekend. Voor de resterende 5 cliënten (45.5%) was de vorm van vervolgzorg steeds anders (o.a. zorg binnen de organisatie).



Figuur 6: flow-chart potentiële cliënten

Tabel 16. Redenen voor exclusie (n=11)

	Aantal	Percentage
Beperkt ziekte-inzicht	2	18.2
Geen NAH	2	18.2
Forse geheugenproblemen	1	9.1
Overheersende psychiatrische problematiek	1	9.1
Verslavingsproblematiek	1	9.1
Revalidatiebehandeling	1	9.1
Beperkte leerbaarheid	1	9.1
Anders*	2	18.2

**Anders: eerst behandeling door psycholoog nodig (n=1), financieringsstromen (woont in verpleeghuis; n=1)*

Van de 41 potentiële cliënten waren er 28 (68.3%) geschikt voor Hersenz. Eén van deze personen voldeed niet geheel aan de criteria, omdat diegene nog revalidatiebehandeling volgde, maar werd toch geschikt bevonden. Van de 28 geschikte cliënten zijn er 13 Hersenz gaan volgen (46.4%) en 13 niet (46.4%). Van twee aanmeldingen (7.1%) is onbekend of de indicatie verkregen was. In tabel 17 staan de redenen van het niet volgen van Hersenz genoemd.

Tabel 17. Redenen waarom Hersenz niet werd gevolgd

	Aantal	Percentage
Er werd eerst een ander traject gevolgd	3	23.1
Geen indicatie verkregen	2	15.4
Te grote tijdsinvestering voor cliënt	2	15.4
Hersenz sloot niet aan bij wensen/doelen van de cliënt	2	15.4
Onbekend	2	15.4
Anders	2	15.4

Anders: cliënt wil op eigen kracht herstellen (n=1), cliënt geeft aan niet binnen de groep te passen (n=1)

3.2.2 Uitvoering: is de behandeling aangeboden zoals gepland?

Gevolgde onderdelen

In tabel 18 staat weergegeven welke en hoeveel modules cliënten gevolgd hebben. Deze gegevens zijn gebaseerd op de behandelregistraties van 58 cliënten. Voor vier cliënten waren de registraties niet beschikbaar. De groepsmodule die het meest gevolgd werd is Omgaan met verandering, gevolgd door In beweging en Grip op je Energie. Denken en doen werd in de onderzoeksperiode het minst gevolgd. Dit komt overeen met de volgorde waarin de modules doorgaans aangeboden worden.

Tabel 18. Gevolgde modules (N=58)

	Aantal	Percentage
Gevolgde modules		
Thuisbehandeling	56	96.6
Omgaan met verandering	52	89.7
Grip op je energie	32	55.2
Denken en doen	18	31.0
In Beweging	43	74.1
Aantal gevolgde onderdelen (groepsmodules en thuisbehandeling)		
1	1	1.7
2	7	12.1
3	21	36.2
4	22	37.9
5	7	12.1
Minimaal 2 modules + thuisbehandeling	50	86.2
Geen thuisbehandeling	2	3.5

De meeste cliënten hadden 3 tot 4 programmaonderdelen gevolgd (74.1%). Volgens protocol bestaat Hersenz uit minimaal twee groepsmodules en behandeling thuis. De meerderheid van de cliënten uit het onderzoek (86.2%) heeft minimaal 2 modules gevolgd en thuisbehandeling ontvangen.

Gevolgde bijeenkomsten per module

In tabel 19 staan de resultaten met betrekking tot de uren 'Behandeling thuis' die cliënten en naasten ontvangen hebben. Deze getallen zijn gebaseerd op de gegevens van 44 cliënten en berekend o.b.v. registraties uit de periodes tussen de voormeting en:

- de nameting (n=16)
- 31 december 2015 (n=5; registraties tot en met nameting niet beschikbaar).
- datum van de laatste registratie (n=23; geen nameting beschikbaar of de laatste behandelregistratie lag voor de nameting).

Tabel 19. Behandeling thuis: gegeven en ontvangen (n=44)

	Gem (sd)	Min-Max
Uren behandeling thuis		
Cliënt individueel	21:49(16:53)	0:00-50:00
Cliënt en naaste gezamenlijk	7:13(12:10)	0:00-56:30
Cliënt (individueel en gezamenlijk met naaste)	29:03(16:53)	2:15-62:45
Uren thuis behandeling per twee weken (cliënt individueel en gezamenlijk met naaste)	1:22(0:41)	0:04-3:10

Van 12 cliënten waren de registraties niet compleet, van 4 cliënten ontbrak de registratie en 2 cliënten hebben geen thuisbehandeling ontvangen. Volgens de richtlijn in het handboek zouden cliënten gemiddeld 2 uur per 2 weken

behandeling thuis moeten ontvangen gedurende het Hersenz programma. In deze studie is dat gemiddeld 1 uur en 22 minuten (sd=41 minuten). De cliënt krijgt vooral individuele behandeling (zonder naaste), gemiddeld een kleine 22 van de 29 uur.

De gemiddelde aanwezigheid per module is te zien in tabel 20. Voor de cognitieve modules zijn er volgens protocol 14 bijeenkomsten. Gemiddeld genomen volgen cliënten ongeveer 13 bijeenkomsten van de modules Omgaan met

verandering en Grip op je energie. Bij de module Denken en doen zijn dit gemiddeld 11.1 bijeenkomsten. Wat opvalt is dat het maximaal aantal gevolgde bijeenkomsten bij Omgaan met verandering en Grip op je energie hoger ligt dan de geplande 14 bijeenkomsten. Uit deze cijfers kan opgemaakt worden dat bij Omgaan met verandering bij 3 van de 6 organisaties meer bijeenkomsten zijn georganiseerd. Voor Grip op je energie is dit het geval bij 2 van de 6 organisaties.

Tabel 20. Cognitieve modules: aanwezigheid van cliënten

	Module								
	Omgaan met verandering			Grip op je energie			Denken en doen		
Organisatie	**n**	**Gem(sd)**	**Min-Max**	**n**	**Gem(sd)**	**Min-Max**	**n**	**Gem(sd)**	**Min-Max**
Heliomare	11	12.1(1.7)	8-14	5	17.2(4.6)	12-22	7	11.4(3.3)	5-14
InteraktContour	12	14.3(1.2)	13-18	7	13.3(1.9)	9-14	-	(-)	-
De Noorderbrug	8	13.1(1.5)	11-16	8	13.1(2.8)	7-17	3	12.0(1.7)	10-13
Middin	7	11.6(1.5)	9-13	8	10.5(3.6)	2-13	7	10.4(1.1)	8-11
SGL	7	14.9(0.7)	14-16	2	13(0.0)	13-13	-	-	-
SWZ	4	10.8(1.9)	8-12	2	12.5(0.7)	12-13	-	-	-
Alle	49	13.0(1.9)	8-18	32	13.1(3.6)	2-22	17	11.1(2.3)	5-14

Voor de fysieke module is de gemiddelde aanwezigheid weergegeven in tabel 21. Per deel zijn er volgens protocol 28 bijeenkomsten. De gemiddelde aanwezigheid bij deel A was 19 bijeenkomsten. Dit is lager dan driekwart van de bijeenkomsten. Bij deel B was de gemiddelde aanwezigheid ongeveer 22 bijeenkomsten. Er waren negen cliënten die zowel deel A als deel B gevolgd hadden. Volgens protocol zijn dat 56 bijeenkomsten. Gemiddeld genomen zijn cliënten bijna 38 bijeenkomsten aanwezig. Dit is minder dan 75% van de bijeenkomsten. Verder valt op dat er bij Middin één cliënt was die meer dan 28 bijeenkomsten heeft gevolgd. Het is niet duidelijk wat hier de reden van is. Verder was er nog een aantal cliënten dat deel A (n=3) of deel B (n=3) hadden gevolgd en daarna nog fysieke bijeenkomsten hadden terwijl de module Denken en doen al gestart was. Wat de inhoud van deze extra bijeenkomsten was is niet bekend.

Tabel 21. Fysieke module

	Module								
	Deel A			Deel B			Beide		
Organisatie	**n**	**Gem(sd)**	**Min-Max**	**n**	**Gem(sd)**	**Min-Max**	**n**	**Gem(sd)**	**Min-Max**
Heliomare	3	14.3(2.5)	12-17	4	11.0(7.3)	2-20	-	-	-
InteraktContour	6	21.2(7.2)	11-28	-	-	-	-	-	-
De Noorderbrug	1	28.0(-)	-	2	15(15.6)	4-26	-	-	-
Middin	1	8.0(-)	-	3	30.0(14.8)	20-47	5	42.4(8.9)	30-51
SGL	5	18.4(6.8)	11-25	-	-	-	1	27.0(-)	-
SWZ	1	24(-)	-	-	-	-	3	33.3(6.4)	26-38
Alle	17	18.9(7.0)	8-28	9	18.2(13.6)	2-47	9	37.7(9.2)	26-51

Groepsgrootte. Volgens de protocolrichtlijn zouden de groepen moeten bestaan uit minimaal 4 en maximaal 8 cliënten. Gemiddeld zitten er 5.8 (sd=1.8) cliënten in een groep (n=37). Er zaten minimaal 3 cliënten in een groep en maximaal 9.

Uitvoering modules volgens protocol

- Module Omgaan met verandering. Voor deze module waren 15 checklists ingevuld. In deze module zitten in totaal 63 onderdelen. In tabel 22 staat weergegeven hoeveel onderdelen er volgens de behandelaars volgens protocol zijn uitgevoerd in de behandelgroepen. Iets meer dan de helft van de onderdelen (n=32, 51.8%) werd bij meer dan 75% van de groepen volgens protocol uitgevoerd. Er waren vier bijeenkomsten waarin minder dan 75% van de onderdelen in minder dan de helft van de groepen volgens protocol werden uitgevoerd. Dit waren bijeenkomst

4 'Verliesverwerking', 7 'Omgaan met veranderde emoties', 9 'Gedrag veranderen' en 11 'Sociale contacten'. Bij bijeenkomst 4 en 7 werden niet alle onderdelen volgens protocol uitgevoerd door met name tijdgebrek. Voor bijeenkomst 9 werden zowel tijdgebrek als 'anders' even vaak genoemd als reden om de onderdelen niet uit te voeren volgens protocol. In bijeenkomst 11 was de meest genoemde reden 'anders'. Behandelaren hadden hier bijvoorbeeld meerdere antwoorden per onderdeel aangekruist of gaven aan dat het tempo van de cliënten laag was.

Wat betreft de redenen om onderdelen niet uit te voeren werden tijdgebrek en 'anders' het vaakst genoemd (beide 95 keer; zie ook tabel 23). Uit de toelichting die behandelaren gaven kan opgemaakt worden dat met 'anders' bedoeld werd dat de behandelaren de onderdelen iets hebben aangepast vanwege tijdgebrek, groepsdynamiek of de mening van de behandelaar (bijv. onderdelen combineren of onderdelen alleen mondeling bespreken).

Tabel 22. Uitvoering protocol: aantal en percentage onderdelen uitgevoerd volgens protocol door de behandelgroepen

	N checklists/groepen	N onder-delen	Mate waarin de onderdelen zijn uitgevoerd per checklist/groep			
Module			100% n(%)	75-100% n(%)	50-75% n(%)	<50% n(%)
OMV	15	63	6(9.5%)	26(41.3%)	22(34.9%)	9(13.4%)
GOE	10	60	10(16.7%)	32(53.3)	18(30)	-
DD	4	75	38(50.7)	20(26.7)	13(17.3)	4(5.3)
IBA	11	58	-	8(13.8)	23(39.7)	27(46.6)
IBB	6	56	7(12.5)	17(30.4)	25(44.6)	9(16.1)

Voorbeeld: In de module Omgaan met verandering werden 6 van de 63 onderdelen (9.5%) door alle groepen (100%) volgens protocol uitgevoerd.

OMV=Omgaan met verandering; GOE=Grip op je energie; DD=Denken en doen; IBA=In beweging A; IBB=In beweging B

Tabel 23. Uitvoering protocol: Redenen om onderdelen niet volgens protocol uit te voeren

	Redenen Aantal keer genoemd					
Module	Tijd	Groep	Mening trainer	Vergeten	Instructie	Anders
Omgaan met verandering	95	31	38	1	1	95
Grip op je energie	14	11	17	0	0	45
Denken en doen	26	2	16	1	0	11
In beweging A	57	45	80	1	1	87
In beweging B	4	52	34	0	0	24

Tijd=tijdgebrek; Groep=groepsdynamiek; instructie=onduidelijke instructie

- *Module Grip op je energie*. Voor de module Grip op je energie waren tien checklists ingevuld. In deze module zitten in totaal 60 onderdelen. In tabel 22 staat weergegeven hoeveel onderdelen er volgens protocol zijn uitgevoerd in de behandelgroepen. Precies 70% van de onderdelen (n=42) werd door 75% of meer van de groepen volgens protocol uitgevoerd. Er waren drie bijeenkomsten waarin minder dan 75% van de onderdelen in minder dan de helft van de groepen volgens protocol werden uitgevoerd. Dit waren bijeenkomst 3 'Individueel doelengesprek', 12 'Ontspanning plannen' en 14 'Persoonlijk eindgesprek'. Bij bijeenkomst 3 waren twee groepen die deze bijeenkomst niet hadden ingevuld en in een groep was 'anders' als reden gegeven waarom het onderdeel niet was uitgevoerd. Uit de toelichting blijkt dat het onderdeel wel is uitgevoerd, maar dat het doelengesprek voor een aantal cliënten thuis werd gevoerd i.p.v. op locatie. Voor bijeenkomst 12 werd 'anders' het vaakst genoemd als reden om de onderdelen niet uit te voeren volgens protocol, gevolgd door groepsdynamiek. Met 'anders' werd met name bedoeld dat er een iets andere invulling aan het onderdeel werd gegeven (bijv. onderdelen combineren of onderdelen mondeling behandelen i.p.v. schriftelijk). Een groep had deze bijeenkomst niet ingevuld en door de behandelaar werd aangegeven dat zij een ander, overzichtelijker, formulier voor de dagplanning gebruikt hadden.

In bijeenkomst 14 was de meest genoemde reden ook weer 'anders' en hadden behandelaren een iets andere invulling gegeven aan de onderdelen (bijv. een multidisciplinair eindgesprek).
Wat betreft de redenen om onderdelen niet uit te voeren werd 'anders' het vaakst genoemd (45 keer; zie ook tabel 23). Uit de toelichting die de behandelaars hebben gegeven bij de antwoordcategorie 'anders' kan globaal worden geconcludeerd dat de behandelaren in deze gevallen de onderdelen iets hebben aangepast vanwege tijdgebrek, groepsdynamiek of de mening van de behandelaar (bijv. onderdelen combineren of onderdelen alleen mondeling bespreken).

- *Denken en doen*. Voor de module Denken en doen: Aandacht en geheugen waren 4 checklists ingevuld. In deze module zitten in totaal 75 onderdelen. In tabel 22 staat weergegeven hoeveel onderdelen er volgens protocol zijn uitgevoerd in de behandelgroepen. De meerderheid van de onderdelen (n=58, 77.4%) werd door meer dan 75% van de groepen volgens protocol uitgevoerd. Er was één bijeenkomst waarin minder dan 75% van de onderdelen in twee van de vier groepen volgens protocol werden uitgevoerd. Dit was bijeenkomst 12 'Manieren om met uw geheugenproblemen om te gaan'. De onderdelen werden het vaakst niet volgens protocol uitgevoerd vanwege de mening van de trainer en vervolgens door tijdgebrek.
  Wat betreft de redenen om onderdelen niet uit te voeren werden tijdgebrek (26 keer) en mening trainer (16 keer) het vaakst genoemd (zie ook tabel 23). 'Anders' werd 11 keer genoemd (m.n. aanpassing i.v.m. groepsdynamiek).

- *In Beweging A*. Voor de module In Beweging A (parallel aan Omgaan met verandering) waren 11 checklists ingevuld. In deze module zitten in totaal 58 onderdelen. In tabel 22 staat weergegeven hoeveel onderdelen er volgens protocol zijn uitgevoerd in de behandelgroepen. Slechts 13.8% van de onderdelen (n=8) werd door meer dan 75% van de groepen volgens protocol uitgevoerd. Zevenentwintig onderdelen (46.6%) werden door minder dan de helft van de groepen volgens protocol uitgevoerd. Het valt op dat 25 van deze 27 onderdelen betrekking hadden op het gedeelte van de bijeenkomsten gericht op psychomotorische therapie en balans/valpreventie.
  Wat betreft de redenen om onderdelen niet volgens protocol uit te voeren werd 'anders' 87 keer genoemd. Op basis van toelichting die door de behandelaren is gegeven zien we dat met anders voornamelijk bedoeld wordt dat het programma is aangepast vanwege groepsdynamiek, tijdgebrek of mening trainer (bijv. Er werd psychomotorische therapie in plaats van handmotoriek/valpreventie of valpreventie werd binnen de Fitstroke oefeningen getraind). Zie ook tabel 23 voor verdere getallen.

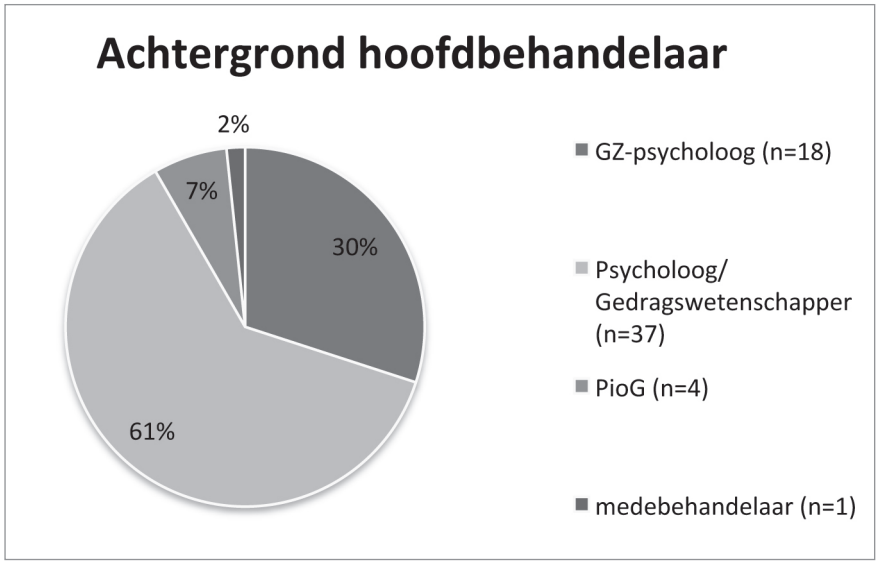
- In beweging B. Voor de module In Beweging B (parallel aan Grip op je energie) waren 6 checklists ingevuld. In deze module zitten in totaal 56 onderdelen. In tabel 22 staat weergegeven hoeveel onderdelen er volgens protocol zijn uitgevoerd in de behandelgroepen. Vierentwintig onderdelen (42.9%) werd door meer dan 75% van de groepen volgens protocol uitgevoerd. Het valt op dat bij alle bijeenkomsten het PMT onderdeel door minder dan 75% van de groepen volgens protocol wordt uitgevoerd. Voor het GAT onderdeel is dit het geval in slechts vier bijeenkomsten. De meest genoemde reden om onderdelen niet volgens protocol uit te voeren was de groepsdynamiek (52 keer; zie tabel 23). 'Anders' werd 24 keer genoemd en dit hield bijv. in dat PMT vervangen werd door GAT.

In Appendix 2 zijn per module gegevens de resultaten van de checklist per onderdeel te vinden.

Achtergrond behandelaars

Van 60 cliënten was de achtergrond van de hoofdbehandelaar bekend. De hoofdbehandelaar zou volgens protocol een psycholoog/gedragswetenschapper en bij voorkeur een GZ-psycholoog moeten zijn. In figuur 7 is te zien dat voor de meerderheid van de cliënten de hoofdbehandelaar een psycholoog/gedragswetenschapper is. Volgens protocol zouden de thuisbehandelaars en de behandelaars van de cognitieve modules psycholoog/gedragswetenschapper moeten zijn of een functie hebben op HBO niveau. In tabel 24 is te zien dat dit voor alle thuisbehandelaars gold waar de opleidingsachtergrond van bekend was (21 van de 29). Van de behandelaars van de cognitieve modules was

er één die een MBO opleiding had gevolgd. Voor de fysieke modules zouden de behandelaren een achtergrond in psychomotorische therapie of fysiotherapie moeten hebben. Dit gold voor zeven van de twaalf behandelaren waarvan de achtergrond bekend was.



-Figuur 7 achtergrond hoofdbehandelaar

Tabel 24. Achtergrond behandelaars: thuisbehandeling en groepsmodules

	Achtergrond							
Onderdeel	**HBO-overig**	**Psy/gw**	**WO-overig**	**GZ-psy**	**PMT**	**MBO**	**fysio**	**onbekend**
Thuisbehandeling	13(44.8)	4(13.8)	1(3.4)	1(3.4)	2(6.9)			8(27.6)
Cognitieve modules	14(48.3)	3(10.3)	2(6.9)	1(3.4)	1(3.4)	1(3.4)		7(24.1)
Fysieke modules	4(23.5)				3(17.6)	1(5.9)	4(23.5)	5(29.4)

Psy/gw=psycholoog/gedragswetenschapper; GZ-psy=GezondheidszorgpsycholoogPMT=psychomotorische therapie; fysio=fysiotherapie; onbekend=achtergrond niet bekend in onderzoeksgegevens

Betrokkenheid cliënt

Volgens de behandelaren was de inzet van de cliënten in de groepsbijeenkomsten over het algemeen goed tot excellent (zie tabel 25). In de tevredenheidsvragenlijsten voor cliënten en naasten waren ook vragen opgenomen over de inzet van de cliënten. De resultaten van de antwoorden op deze vragen staan in tabel 26. Over het algemeen wijzen deze resultaten erop dat cliënten vonden dat zij zich goed hebben ingezet. Bij de fysieke modules is wel te zien dat de inzet bij de uitvoering van de actiepunten lager was (noot: de actiepunten bij de fysieke modules zijn optioneel. Actiepunten zijn niet opgenomen in het protocol zoals dat bij de cognitieve modules wel het geval is en worden alleen gemaakt indien relevant).

Tabel 25. Inzet cliënten tijdens groepsbijeenkomsten volgens behandelaar

	(heel) goed tot excellente inzet (score ≥ 4)	
	Aantal	**Percentage**
Omgaan met verandering (n=44)	39	88.6
Grip op je energie (n=21)	15	71.4
Denken en doen (n=5)	5	100
In beweging A (n=20)	19	95
In beweging B (n=13)	12	92.3

Inzet gemeten met de Pittsburgh Rehabilitation Participation Scale

Tabel 26. Vragen m.b.t. inzet cliënt en naaste uit tevredenheidsvragenlijsten

Vraag	**AntwoordN(%)**	**OMV N(%)**	**GOE N(%)**	**DD N(%)**	**IBA N(%)**	**IBB N(%)**	**H**
Cliënten		(n=39)	(n=22)	(n=12)	(n=22)	(n=20)	(n=41)
In hoeverre heeft u meegedaan in de gesprekken tijden de groepsbijeenkomsten?	Meestal of altijd	36(92.3)	11(50.0)	10(83.3)	-	-	
In hoeverre heeft u meegedaan in de opdrachten tijden de groepsbijeenkomsten?	Meestal of altijd	33(84.6)	22(100)	11(91.7)	20(90.9)	19(95.0)	
In hoeverre heeft u iedere week de actiepunten uitgevoerd?	Meestal of altijd	27(69.2)	19(86.4)	11(91.7)	3(13.6)	8(40.0)	
Ik heb altijd actief mee kunnen doen.	(helemaal) mee eens						36(87.8)
Naasten							(n=22)
In hoeverre heeft u iets gedaan met wat in de thuisbehandeling besproken is?	(heel) veel						10(45.5)
In hoeverre heeft de cliënt iets gedaan met wat in de thuisbehandeling besproken is?	(heel) veel						18(81.8)
De cliënt heeft altijd actief mee kunnen doen aan de behandeling	(helemaal) mee eens						19(82.6)*
De cliënt heeft voldoende inzet getoond gedurende de behandeling	(helemaal) mee eens						21(91.3)*

**Getallen gebaseerd op gegevens van 23 naasten.*

OMV=Omgaan met verandering; GOE=Grip op je energie; DD=Denken en doen; IBA=In beweging A; IBB=In beweging B; H=Hersenz algemeen.

Ook de naasten vonden dat de cliënten zich goed hebben ingezet, maar scoorden hun eigen inzet lager. Iets minder dan de helft van de naasten gaf aan (heel) veel gedaan te hebben met hetgeen in de thuisbehandeling behandeld werd.

Betrokkenheid systeem

Gemiddeld waren ruim 7 uur (mediaan=1 uur en 22 minuten) van de gemiddelde 29 uren thuisbehandeling samen met de naaste. Er was één keer een individuele behandelsessie met de naaste geregistreerd. De geplande bijeenkomsten specifiek voor de naasten zijn niet georganiseerd.

3.2.3 Tevredenheid

Cliënten

De resultaten van de vragen uit de tevredenheidslijst zijn in Appendix 3 te vinden. Uit de resultaten blijkt dat de onderdelen van Hersenz en Hersenz zelf door cliënten gemiddeld genomen goed worden beoordeeld (zie tabel 27). De gemiddelde rapportcijfers voor de groepsmodules ligt tussen de 8.0 en 8.5. Het gemiddelde rapportcijfer voor Hersenz in zijn geheel is 8.7.

Tabel 27 Tevredenheid: Rapportcijfers groepsmodules en Hersenz in zijn geheel

Onderdeel	Aantal	Gem(sd)	Min-max
Omgaan met verandering	45	8.0(1.2)	5-10
Grip op je energie	22	8.3(1.1)	6-10
Denken en doen	12	8.1(1.1)	7-10
In beweging A	26	8.2(1.0)	7-10
In beweging B	20	8.5(1.1)	7-10
Hersenz als geheel			
Cliënten	39	8.7(0.9)	7-10
Naasten	21	7.8(1.2)	5-10

Schaal 0-10 (0=helemaal niet tevreden; 10=heel erg tevreden)

- *Modules*. Wat betreft de modules zien we dat meer dan 75% van de respondenten voor alle cognitieve modules het (helemaal) eens is met de uitspraak dat de map waarmee gewerkt werd duidelijk was. Voor alle modules gold dat meer dan 75% van de respondenten het (helemaal) eens was met de uitspraak of zij de module aan andere mensen aan zou raden. Wat betreft de uitspraak of de modules aan de verwachtingen voldeden blijkt dat enkel bij In beweging B meer dan 75% van de respondenten het hiermee (helemaal) eens was. Voor de andere modules lagen deze percentages tussen de 53.8% en 72.7%. Daarnaast was alleen voor de module Grip op je energie meer dan 75% van de respondenten het (helemaal) eens met de uitspraak 'Ik pas dingen die ik geleerd heb toe in mijn dagelijkse leven'. Voor de andere modules lagen deze percentages tussen de 65% en 72.7%. Minder dan 75% van respondenten van de tevredenheidslijst over de module denken en doen (n=12) zijn het (helemaal) eens met de volgende uitspraken: tevreden over behandelaars, tevreden met de groepsvorm en veel aan de module gehad. Tot slot vinden meer dan 75% van de respondenten voor alle modules de duur van een bijeenkomst (2 uur) en het aantal mensen in de groep voldoende. Enkel voor de module omgaan met verandering vond minder dan 75% van de respondenten het aantal bijeenkomsten (14) voldoende waren (66.7%). Een kwart van deze respondenten (25.6%) vond het aantal bijeenkomsten te weinig.

- *Thuisbehandeling*. De tevredenheidsvragenlijst op T1 was ingevuld door 41 cliënten. Negenendertig van deze cliënten (95.1%) gaf aan thuisbehandeling te hebben ontvangen. Meer dan 75% van deze 39 cliënten was het (helemaal) eens met de volgende uitspraken over de thuisbehandeling: tevreden met behandelaar, thuisbehandeling is waardevol, voldeed aan verwachtingen, veel aan gehad en raadt andere mensen thuisbehandeling aan. Ook vond meer dan 75% het aantal keer thuisbehandeling en de duur van een thuisbezoek voldoende. Op de vraag in

hoeverre de cliënt iets gedaan had met wat in de thuisbehandeling besproken is gaf 35.9% aan er veel tot heel veel mee gedaan te hebben, 10.3% niets tot weinig en iets meer dan helft (53.8%) zit daartussenin.

- *Hersenz als geheel.* Meer dan 75% van de 41 cliënten was het (helemaal) eens met de volgende uitspraken over Hersenz: voldeed aan verwachtingen, veel aan gehad, dingen toepassen in dagelijks leven, raadt andere mensen Hersenz aan en waardevol dat een naaste betrokken is bij de behandeling. De laatste uitspraak was voor twaalf cliënten (29.3%) niet van toepassing. Verder was een minderheid het (helemaal) eens met de uitspraken dat Hersenz teveel tijd kostte (15.0%) en te intensief was (20.0%). Bijna alle 41 cliënten vinden dat er door de behandeling een verbetering in het dagelijkse leven heeft plaatsgevonden (97.6%). Cliënten gaven het vaakst aan dat zij beter hebben leren omgaan met de gevolgen van het hersenletsel en deze ook hebben leren accepteren (n=14). Dertien cliënten gaven aan dat zij op het gebied van bewegen vooruit zijn gegaan (fitter, betere conditie, meer bewegingsvrijheid). Zes cliënten vonden dat hun zelfinzicht verbeterd is en nog eens 6 cliënten vonden dat zij hun energie over de dag beter konden verdelen. Cliënten gaven ook aan dat zij zelfstandiger waren geworden (n=5), meer contact hadden met lotgenoten (n=4), beter om konden gaan met hun boosheid/opvliegendheid (n=4), het functioneren binnen het gezin verbeterd was, beter in hun vel zaten (verbeterde stemming, 'rust gevonden', n=3), en beter konden plannen (n=3).

Naasten

- *Thuisbehandeling.* De tevredenheidsvragenlijst op T1 was ingevuld door 24 naasten. Eenentwintig van deze naasten (87.5%) gaf aan thuisbehandeling te hebben ontvangen. Meer dan 75% van deze 21 naasten was het (helemaal) eens met de volgende uitspraken over de thuisbehandeling: tevreden met behandelaar, voldeed aan verwachtingen, waardevol, werd voldoende betrokken, cliënt heeft er veel aan gehad en raadt andere mensen thuisbehandeling aan. 66.7% van de naasten gaf aan (heel) veel aan te thuisbehandeling te hebben gehad. Meer dan 75% van de naasten vond het aantal keer thuisbehandeling en de duur van een thuisbezoek voldoende. Op de vraag in hoeverre de naasten vonden dat zijzelf iets gedaan hadden met wat in de thuisbehandeling besproken is gaf 47.4% aan er veel tot heel veel mee gedaan te hebben. 81.0% gaf aan dat de cliënt veel tot heel veel gedaan had met wat in de thuisbehandeling besproken werd.

- *Hersenz als geheel.* Meer dan 75% van 23 naasten was het (helemaal) eens met de volgende uitspraken over Hersenz: voldeed aan verwachtingen, werd voldoende betrokken, veel aan gehad, cliënt heeft er veel aan gehad, en raadt andere mensen Hersenz aan. Iets minder dan 75% was het er (helemaal) mee eens dat er voldoende aandacht voor zijn/haar problemen was (73.9%). Verder was een minderheid het (helemaal) eens met de uitspraken dat Hersenz voor hen teveel tijd kostte (13.6%) en te intensief was voor de cliënt (4.3%). Bijna alle 24 naasten vonden dat er door de behandeling een verbetering in het dagelijkse leven van de cliënt heeft plaatsgevonden (95.8%). Zij gaven aan dat de cliënt zijn energie beter weet te verdelen (n=5), beter om kon gaan met de gevolgen van het letsel (n=4), minder opvliegend is (n=4), meer structuur in het dagelijks leven heeft (n=4), meer sociale contacten heeft (n=3), en een positievere instelling heeft (n=3). Een meerderheid van de naasten vond dat er voor henzelf ook een verbetering in het dagelijks leven had plaatsgevonden. Vijf naasten ervoeren minder zorglast doordat de cliënt zelfstandiger/zelfredzamer (n=4) of mobieler (n=1) was geworden. Het wederzijds begrip naar elkaar vonden 5 naasten een verbetering. Voor 3 naasten was de thuissituatie verbeterd (gezelliger, rustiger, meer betrokkenheid van cliënt) en nog eens 3 naasten vonden dat zij situaties beter hadden leren accepteren/loslaten.

Behandelaars

Achtenvijftig behandelaren waren aangeschreven om de tevredenheidslijst in te vullen. Hiervan hebben 45 (77.6%) de tevredenheidsvragenlijst ingevuld.

- Scholing. De behandelaars werd gevraagd of na de scholing van zowel de thuisbehandeling, cognitieve modules en fysieke modules voor hen duidelijk was wat van hen verwacht werd, of zij in staat waren de behandeling naar behoren uit te voeren en of zij over het algemeen tevreden waren over de scholing. Enkel voor de fysieke scholing was 81.8% van de respondenten het (helemaal) eens met de uitspraak dat zij na de scholing in staat waren de Fitstroke training naar behoren uit te voeren. Met alle andere uitspraken over de scholing was minder dan 75% van de behandelaren het (helemaal) eens. Met name de scholing voor behandeling thuis werd minder

goed beoordeeld. Tussen de 27.6% en 41.4% van de 29 respondenten waren (helemaal) eens met de uitspraken. Bij de cognitieve modules hadden de respondenten m.n. bij de module Denken en doen niet het gevoel dat zij deze module na de scholing naar behoren konden uitvoeren. Slechts 28.1% was het (helemaal) eens met de uitspraak dat zij dat wel zouden kunnen.

- Thuisbehandeling, cognitieve en fysieke modules. In tabel 28 staat weergeven welke onderdelen de behandelaren die de vragenlijst hebben ingevuld hebben uitgevoerd en hoeveel cliënten/groepen zij hebben behandeld. Op de vraag of de behandelaars vonden dat zij de doelen van de onderdelen behaald hadden gaven alleen bij de module Grip op je energie minder dan 75% van de behandelaars aan dat zij dit voor meer dan de helft van de cliënten behaald hadden (72%). Bij alle onderdelen vond meer dan 75% van de behandelaars dat de meerderheid van de cliënten baat heeft gehad bij de behandeling van het betreffende onderdeel. Van de thuisbehandelaars vond 92.6% dat bij een meerderheid van de cliënten het systeem baat heeft gehad van de thuisbehandeling.

Tabel 28. Het gemiddeld aantal cliënten en groepen waar de behandelaars behandeling aan hebben gegeven

Onderdeel	N	Aantal cliënten/groepen Gem(sd)	Min-max
Behandeling thuis	27	7(4.5)	1-16 cliënten
Omgaan met verandering	29	1.6(0.9)	1-5 groepen
Grip op je energie	25	1.4(0.6)	1-3 groepen
Denken en doen	9	1.2(0.4)	1-2 groepen
In beweging A	12	2.6(1.7)	1-5 groepen
In beweging B	11	2.5(1.5)	1-5 groepen

Meer dan 75% van de respondenten was het (helemaal) eens met de uitspraak dat de het behandelprotocol voor Grip op je energie en In beweging A voldoende en duidelijke informatie bevatte om de behandeling uit te kunnen voeren. Voor Omgaan met verandering gold dit voor de duidelijkheid van de map, maar niet voor de uitspraak dat de map voldoende informatie bevatte. Voor de andere modules was minder dan 75% het helemaal eens met de uitspraken over de trainersmappen. Met name over het protocol van de thuisbehandeling waren de behandelaars ontevreden. Slechts 18.5% was het (helemaal) eens met de uitspraak dat deze voldoende informatie bevatte.
Het aantal en de duur van de groepsbijeenkomsten was voor meer dan 75% van de behandelaars van de groepsmodules voldoende. Enkel voor In beweging B gaf minder dan 75% van de behandelaars aan dat zij het aantal groepsbijeenkomsten voldoende vonden. Het merendeel (81.5%) van de 27 thuisbehandelaars vond de richtlijn met betrekking tot de frequentie van de thuisbehandeling (2u per 2 weken) voldoende. Enkele behandelaren (n=7) gaven aan dat 1 á 2 uur per week thuisbehandeling ook wenselijk kan zijn. Zij vinden dit beter voor het inslijten van nieuwe strategieën en het vertalen van het geleerde in de wekelijkse groepsbehandelingen naar huis (n=4) of omdat de cliënt zich niet zo lang kan concentreren of een geheugenprobleem heeft (n=2). Vijf behandelaren gaven aan dat met name in de beginperiode de thuisbehandeling intensiever kan zijn. Daarna kan eventueel afgebouwd worden.
Tot slot waren er voor de behandeling thuis nog enkele specifieke vragen gesteld. Hieruit komt naar voren dat 88.9% van de behandelaren met meer dan de helft van de cliënten had gewerkt aan het toepassen van de individuele doelen uit de groepsmodules in de thuissituatie. Minder dan 75% van de thuisbehandelaren vond dat zij voor meer dan de helft van de cliënten de volgende uitspraken hadden behaald:

- aanwezig geweest bij de bijeenkomsten waarbij de cliënt(en) individuele doelen stelde(n) en evalueerden
- het geleerde uit de groep toepassen in thuissituatie
- gewerkt aan andere individuele doelen die niet gerelateerd waren aan een groepsmodule.

- Hersenz algemeen. Een meerderheid (86.0%) van de behandelaars (n=43) vond dat voor meer dan de helft van de cliënten het hoofddoel van Hersenz behaald is en nog eens 64.3% van de behandelaars (n=42) vond dat het hoofddoel voor de cliënt zijn systeem behaald is. Alle behandelaren (n=43) vonden dat de meerderheid van de cliënten baat heeft gehad van Hersenz. 76.7% van de 41 behandelaren die deze vraag hadden ingevuld vond dat

het systeem van de cliënt baat had van de behandeling.
In de focusgroep interviews werd de behandelaren gevraagd naar de sterke punten van Hersenz. Drie elementen werden in alle zeven focusgroepen genoemd. Dat zijn:

1. De combinatie van cognitieve groepsbehandeling, fysieke groepsbehandeling en individuele thuisbehandeling (inter-/multidisciplinair): dit werkt volgens de behandelaars goed omdat o.a. dat de stof op meerdere manieren herhaald wordt en omdat hetgeen wat de cliënten geleerd hebben in de groepen, met hulp van de thuisbehandelaar, toegepast kan worden in de thuissituatie.
2. Het betrekken van het systeem (naasten) bij de thuisbehandeling: dit zorgt er volgens de behandelaars o.a. voor dat er meer begrip is en er een gedragen commitment ontstaat voor het werken aan de doelen van de cliënt.
3. De interactie in de groepen: volgens behandelaars leren cliënten van elkaar en geven ze elkaar feedback. Cliënten nemen ook meer van elkaar aan dan van de behandelaars. Daarnaast is er volgens de behandelaars veel erkenning en herkenning tussen cliënten en motiveren zij elkaar.

De volgende sterke punten werden ook meerdere malen genoemd:

- Door de thuisbehandeling hebben behandelaars meer zicht op de werkelijke thuissituatie en problematiek (n=6)
- Door de actiepunten (cognitieve modules) kunnen cliënten concreet met de stof aan de slag (n=4)
- De mappen voor de cognitieve behandeling zijn goed uitgewerkt en bieden een fijne structuur (n=5)
- In de fysieke module kunnen cliënten (op een veilige manier) de stof uit de cognitieve modules ervaren (n=5) en concreet maken (n=3) en krijgen zij concrete feedback (fysieke metingen) waardoor cliënten meer inzicht krijgen in hun fysiek functioneren (n=4).

Uit de focusgroepen kwam verder nog naar voren dat behandelaars vonden dat cliënten erg gemotiveerd zijn en positief zijn over Hersenz (n=6). Ook vonden behandelaars zelf Hersenz een goed product (n=3). Daarnaast werd in 3 focusgroepen wel aangegeven aan dat de uitvoering van Hersenz veel tijd kost (reistijd voor landelijke overleggen, planning en onderzoek).

Verbeterpunten

De resultaten over de verbeterpunten zijn gebaseerd op kwalitatieve gegevens. Vanwege de diversiteit aan antwoorden die cliënten, naasten en behandelaars hebben gegeven is er daarom voor gekozen om alleen thema's te rapporteren die drie keer of vaker genoemd werden.

- *Scholing*. Veertien van de 29 behandelaren die de scholing voor thuisbehandeling hadden gevolgd hadden suggesties voor verbetering. Vier opmerkingen gingen over het organiseren van intervisie bijeenkomsten of herhalingssessies. Ook werd er vier keer een suggestie gedaan voor het trainen en beschrijven van meer gesprekstechnieken en interventiemethodes.
  Zevenentwintig behandelaars hebben de scholing voor cognitief behandelaars gevolgd. Hiervan hebben er twaalf opmerkingen gegeven voor verbetering van de scholing. Drie behandelaren gaven aan dat de scholing te kort was. Vijf behandelaars gaven aan dat deze behandeling ook iets is wat je al doende leert. Over de scholing van de fysieke modules werden er vier verschillende opmerkingen gegeven.

- *Thuis*. Van de 27 behandelaars die de vragen over de behandeling thuis hebben ingevuld, hadden er 14 suggesties gegeven over de verbetering van de map. Deze hadden vooral betrekking op het uitbreiden en verdiepen van de map met tools en methoden (n=8). Zeven behandelaars hadden geantwoord op de vraag of zij suggesties voor verbetering van de thuisbehandeling hadden. Drie van deze opmerkingen gingen over het werken vanuit verschillende disciplines, zoals bijvoorbeeld het betrekken van een ergotherapeut bij de behandeling (n=1) of psychomotorische therapie thuis toepassen (n=1).

- *Omgaan met verandering*.
  - Cliënten. Op de vraag of de cliënten nog suggesties hadden voor verbetering van de module Omgaan met verandering hadden 22 cliënten één of meerdere antwoorden gegeven. Een duidelijk thema dat zes keer genoemd werd was de hoeveelheid stof. De cliënten geven aan dat zij liever minder theorie/stof in de klapper en in de bijeenkomsten zouden willen behandelen. Door de hoeveelheid kan niet alles (goed) behandeld worden. Drie cliënten gaven aan dat een grotere ruimte voor de bijeenkomsten fijner is.

- Behandelaars. Van de 28 behandelaars die de tevredenheidsvragenlijst over deze module hadden ingevuld hadden er 14 suggesties voor verbetering van de behandel map. Deze hadden vooral betrekking op het inkorten van de map (minder algemene informatie en informatie per bijeenkomst; n=4) en op het toevoegen van niet-talige oefeningen (filmpjes, creatieve oefeningen; n=3). Er werden zes verschillende suggesties gedaan voor verbeterpunten van de module in het algemeen.

o *Grip op je energie*
- Cliënten. Dertien cliënten van de 22 die de tevredenheidsvragenlijst over de module Grip op je energie hadden ingevuld hadden antwoord gegeven op de vraag of zij nog suggesties hadden voor verbetering van de module. Over de groepsgrootte werd door vier cliënten een suggestie gedaan. Drie cliënten spraken een voorkeur uit voor een groep van vijf tot zes cliënten. Eén cliënt vond een groep van vier cliënten te klein. Drie cliënten gaven een opmerking over de ruimte. Zij vonden deze te klein (n=1) of er was te veel afleiding (gehorig of gestoord worden door andere mensen; n=2). Er waren drie cliënten die graag meer tijd of meer bijeenkomsten hadden gehad.
- Behandelaars. Negen behandelaars gaven suggesties voor verbetering van de map voor Grip op je energie. Drie van deze behandelaars gaven aan dat her op het eind van de module veel herhaling is. Er werden vijf verschillende suggesties gedaan voor verbeterpunten van de module in het algemeen.

o *Denken en doen*
- Cliënten. Voor de module Denken doen hadden negen van de twaalf cliënten die de tevredenheidsvragenlijst hadden ingevuld suggesties voor verbetering. Drie cliënten hadden één of meerder opmerkingen over de ruimte waar de bijeenkomsten gegeven werden. Zij vonden deze te klein (n=2), te licht (n=1) of te gehorig (n=2).
- Behandelaars. Vijf behandelaars geven aan dat in het behandelprotocol teveel informatie staat en dat er veel herhaling is. Er werden drie verschillende suggesties gedaan voor verbeterpunten van de module in het algemeen.

o *In beweging A*
- Cliënten. Voor de module In Beweging A (parallel aan Omgaan met verandering) hadden 26 cliënten de tevredenheidslijsten ingevuld. Twaalf van deze cliënten hadden een of meerdere antwoorden gegeven op de vraag op zij suggesties hadden voor verbetering van de module. Vier antwoorden gingen over de groepsgrootte. Twee cliënten vonden dat er maximaal 3 personen in de groep zouden moeten zitten. Een andere cliënt vond meer cliënten juist fijner (meer dan vier personen per groep). Een cliënt vond zes tot zeven personen het maximale aantal.
- Behandelaars. Vier behandelaars hebben antwoord gegeven op de vraag of zij suggesties hadden voor verbetering van de behandel map. Drie van deze opmerkingen gingen over het feit dat de nieuwe handleiding [ingevoerd gedurende het onderzoek] een hele verbetering is t.o.v. de vorige map, met name wat betreft het met betrekking tot de psychomotorische therapie. Er werden drie verschillende suggesties gedaan voor verbeterpunten van de module in het algemeen.

o *In beweging B*
- *Cliënten.* Voor de module In Beweging B (parallel aan Grip op je energie) hadden 20 cliënten de tevredenheidslijsten ingevuld. Zestien van deze cliënten hadden een of meerdere antwoorden gegeven op de vraag op zij suggesties hadden voor verbetering van de module. Tien antwoorden gingen over de locatie. Drie cliënten vonden dat er een betere rustruimte moet zijn (niet gehorig en geen inloop van andere mensen). Twee cliënten vonden dat er te weinig ventilatie was op de sportlocatie en nog eens twee cliënten vonden dat de sportruimte niet te groot, maar ook niet te klein moet zijn. Verder vond een cliënt één kleedruimte te weinig (geen mogelijkheid voor mannen en vrouwen om zich apart om te kleden), een cliënt mistte een douchruimte en een cliënt vond de inrichting van de sportzaal ongezellig.
- Behandelaars. De behandelaars gaven vier losse suggesties voor de verbetering van de handleiding en de module het algemeen.

o *Hersenz algemeen*

- *Cliënten*. Eenenveertig cliënten hadden de tevredenheidslijst bij de nameting ingevuld. Twintig cliënten hadden één of meer suggesties voor verbetering van Hersenz in het algemeen. Vier van deze cliënten vonden dat er meer bekendheid aan Hersenz moet worden gegeven. Nog eens vier cliënten vonden verbeteringen aan de klapper gewenst (minder dik (n=1), meer visuele ondersteuning (n=1), of minder moeilijkere woorden/omschrijvingen (n=2)). Er waren acht opmerkingen die betrekking hadden op de inhoud van het programma. Zo wilden twee van deze cliënten een derde fysieke module. Vijf cliënten gaven één of meerdere antwoorden waaruit blijkt dat er verschillende persoonlijke voorkeuren zijn over de tijd die er aan bepaalde groepsonderdelen besteed wordt (te veel of juist te weinig, n=3). Ook vinden cliënten dat er ruimte moet zijn voor meer gesprekken met lotgenoten (n=1) of voor onverwachte zaken die ter sprake komen (n=1). Eén cliënten gaf aan dat de inhoud van de modules 'minder zwaar' mag zijn (deze uiting is verder niet gespecificeerd door de cliënt).

- *Naasten*. Acht van de 24 naasten die een tevredenheidslijst hadden ingevuld gaven antwoord op de vraag of zij suggesties hadden voor verbetering van Hersenz. Zes van deze cliënten gaven één of meer bruikbare antwoorden, maar deze antwoorden waren niet samen te voegen in thema's die minimaal drie keer genoemd werden. De individuele suggesties/opmerkingen waren als volgt:
  - betrek ervaringsdeskundigen bij de groepsbehandeling
  - houd de structuur van de map vast (niet zomaar afwijken)
  - behoefte aan lotgenotencontact met andere naasten
  - bied de fysieke en cognitieve groepsbehandeling niet op één dag aan
  - de behandeling kost teveel energie
  - meer tijd voor verdieping gewenst
  - meer aandacht voor de groepsindeling gewenst (welke mensen passen bij elkaar).

- *Behandelaars*. In de focusgroepen (n=7) gaven behandelaars aan dat de hoeveelheid stof die in een groepsbijeenkomst behandeld moet worden soms erg veel is (n=4). In 4 focusgroepen werd aangekaart dat meer structuur in de behandeling thuis gewenst is. Behandelaars misten een leidraad (bijv. een beslisboom) en meer tools als aanvulling op de tools die nu beschikbaar zijn. Verder kwam vaker terug dat de behandelaars graag meer aanbod voor de naasten zouden willen zien (n=3) en een verbetering van het multi/interdisciplinair overleg willen (n=3). Daarnaast werd opgemerkt dat de module In beweging niet alleen geschikt is voor cliënten met fysieke doelen, maar ook voor cliënten die dat niet hebben (n=3). Tot slot vroegen behandelaars zich af hoe je in verbinding blijft met de cliënten als Hersenz stopt (n=3). In zowel de focusgroepen als de tevredenheidsvragenlijst voor behandelaren werden suggesties aangedragen voor het verder ontwikkelen van Hersenz (focusgroep n=3, vragenlijst n=5). De volgende suggesties werden gedaan:
  - In de module Omgaan met verandering missen nu thema's als stemming, seksualiteit (n=3)
  - Cognitieve modules toevoegen (bijv. voor naasten, kinderen, werkenden; n=1)
  - Beweging en PMT naar de thuissituatie halen (n=1)
  - Fysieke modules uitbreiden met ontspanningstechnieken zoals mindfulness (n=1)
  - Iets bieden tussen de groepsmodules, zodat structuur gehandhaafd blijft (n=1)
  - Iets ontwikkelen waardoor belastbaarheid en leerbaarheid van cliënten beter ingeschat kunnen worden (n=1).

3.2.4 Context: belemmerende factoren

De behandelaren zijn in de tevredenheidsvragenlijst en in de focusgroepen gevraagd naar mogelijke belemmerende factoren die de uitvoering van Hersenz hebben beïnvloed. In de vragenlijst hebben 30 van de 45 behandelaren één of meerdere opmerkingen geplaatst over mogelijke belemmerende factoren. Daarnaast zijn in alle zeven focusgroepen belemmerende factoren genoemd. Dit waren:

o Logistieke belemmeringen (vragenlijst n=12, focusgroepen n=13).
  - Planning (vragenlijst n=5, focusgroepen n=4)
    - hier wordt vooral in zijn algemeenheid genoemd dat dit lastig is (n=6)

- Locatie (vragenlijst n=4, focusgroepen n=7)
    - ruimtegebrek (n=3)
    - geschiktheid voor de fysieke modules (n=2)
    - de hoeveelheid prikkels voor cliënten (n=2).
    - in zijn algemeenheid is het vinden van de juiste locatie lastig is (n=4).
- Vervoer (vragenlijst n=3, focusgroepen n=2)\
    - lastig is om cliënten op de locatie te krijgen (n=2).

o Lage instroom (vragenlijst n=9, focusgroep n=1)
- Hierdoor raken groepen niet vol (n=6).

o Groepssamenstelling (vragenlijst n=2, focusgroep n=3).
- Verschillen in bijvoorbeeld cognitief functioneren (n=4) en persoonlijke geschiedenis (n=1) kunnen storend zijn voor het groepsproces en ervoor zorgen dat cliënten geen aansluiting vinden bij de groep.

o De zwaarte en intensiteit van het traject (vragenlijsten n=2, focusgroepen n=1).
- Dit doet een beroep op de belastbaarheid van de cliënten, waardoor sommige cliënten maar een deel van het programma volgen (n=2) of zelfs geheel uitvallen (n=1).

o Groepsgroottes (focusgroep n=3).
- Enerzijds zijn kleine groepen kwetsbaar als mensen niet naar een bijeenkomst komen waardoor de kracht van het groepsproces wegvalt (n=2) en anderzijds zijn grote groepen wat betreft de fysieke trainingen niet altijd verantwoord in verband met valgevaar (n=1).

o Andere problematiek van cliënten (vragenlijst n=2)

o Werving (vragenlijst n=12).
- Zie 3.2.1.

In de vragenlijst zijn de behandelaren ook nog gevraagd naar belemmeringen per module.
Over de thuisbehandeling gaven zij de volgende belemmeringen aan:
- geen indicatie voor thuisbehandeling (n=8)
- planning van de behandelaar (n=7)
- lage belasting van de cliënt (n=7)
- cliëntfactoren zoals lage motivatie bij cliënt en systeem (n=5).

Voor de module Omgaan met verandering werden de volgende belemmeringen aangekaart:
- gebrek aan tijd om stof te bespreken (n=3)
- persoonlijke factoren van cliënten zoals mentale traagheid (n=3)
- groepssamenstelling (n=3)
- groepsgrootte (voornamelijk te klein, n=3)
- problemen op locatie (voornamelijk door onrust; n=6)
- problemen met vervoer (n=3).

Bij Grip op je energie wordt voornamelijk genoemd dat de belasting/vermoeidheid van cliënten een belemmering vormt (n=4). Dit komt m.n. door de combinatie met In beweging op dezelfde dag. Ook hier werden onrust en beperkte faciliteiten op locatie genoemd als belemmering (n=3).

Hetzelfde geldt voor In beweging A. De behandelaren noemden bij deze module 7 keer de locatie als een belemmering voor de uitvoering (beperkte faciliteiten, kleine ruimte, te veel prikkels). Daarnaast werd voor deze module nog aangekaart dat de afwezigheid van cliënten een belemmering was (n=3) en dat de inhoud van een bijeenkomst te veel was (n=3). Tot slot gaven vier behandelaren van In beweging B aan dat de gehorigheid, kwaliteit van het materiaal en de beperkte ruimte op de locatie belemmerend werkten.

3.3 Uitkomstenevaluatie

3.3.1 Primaire uitkomstmaten

Zelfstandig functioneren

In tabel 29 staan de resultaten van de gepaarde t-testen over de primaire uitkomstmaten. Uit de resultaten blijkt dat bij de nameting cliënten significant meer tevreden waren met hun participatieniveau (USER-P) t.o.v. de voormeting, maar dat de frequentie van participatie en de ervaren belemmeringen in participatie niet veranderden. Daarnaast kwam naar voren dat mensen die moeilijkheden ervoeren op beide momenten een significante afname lieten zien in aantal moeilijkheden en het aantal moeilijkheden waarvoor men hulp wil.

Tabel 29. Uitkomsten primaire uitkomstmaten: voor en nameting

Uitkomstmaat	N	Voormeting Gem (sd)	Nameting Gem (sd)	t
Zelfstandig functioneren				
Participatie (USER-P)				
Frequentie	47	29.9 (9.2)	31.4 (9.4)	1.5
Restricties	46	69.1 (19.4)	71.4 (15.1)	1.1
Tevredenheid	47	57.2 (17.0)	65.9 (13.6)	3.4**
Zorgvraag vragenlijst				
Aantal moeilijkheden	47	4.6 (2.4)	3.6 (2.2)	-3.0**
Aantal moeilijkheden waarvoor men hulp wil	43	3.7 (2.1)	2.7 (1.9)	-3.2**
Perspectief				
Zelfwaardering (RSES)	47	13.5 (5.6)	11.3(4.4)	-2.9**
Zorglast naaste (CSI)	24	7.9 (3.6)	6.1 (3.7)	3.4**

**p<.05; **p<0.1; ***p<.001*

USER-P=Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie Participatie (score 0-100; hogere score = betere participatie); Zorgvraag vragenlijst (score 0-10; hogere score = meer moeilijkheden/hulpvraag); RSES=Rosenberg Self-Esteem scale (score 0-30; hogere score=hogere zelfwaarde); CSI=Caregiver Strain Index (score 0-13; hogere score=hogere zorglast).

Perspectief

De zelfwaardering van cliënten (RSES) was bij de nameting significant afgenomen in vergelijking met de voormeting (zie tabel 29). In tabel 30 staan de resultaten van de analyses van de uitkomsten van de doelenthermometers. Omdat de verdeling van de resultaten van de modules 'Grip op je energie' en 'Denken en doen' niet normaal verdeeld waren zijn voor alle modules de verschillen non-parametrisch getest met de Wilcoxon signed ranks test. Voor alle drie de modules gaven de cliënten aan dat ze beter zijn in hun gestelde doel aan het eind van de module t.o.v. het begin. Bij 'Denken en doen' en 'Grip op je energie' hadden de cliënten aan het begin van de module een goede inschatting van hun eindscore. Alleen bij 'Omgaan met verandering' was de eindscore significant lager dan de score die de cliënten hadden verwacht te behalen.

Tabel 30. Perspectief: uitkomsten doelenthermometers

	N	Mediaan (IQR)	Min-Max	Z*
Doelenthermometer Omgaan met verandering				
Hoe goed bent u nu? (begin module)	37	3.8 (2.25)	0-7	5.0***
Hoe goed wilt u zijn aan het eind van de module?	36	8 (2.0)	1-10	2.8**
Hoe goed ben u nu na 14 bijeenkomsten? (einde module)	37	7 (2.0)	3-10	-
Doelenthermometer Grip op je energie				
Hoe goed bent u nu? (begin module)	14	3 (2.3)	1-6	3.2**
Hoe goed wilt u zijn aan het eind van de module?	14	8 (2.0)	4-10	1.1
Hoe goed ben u nu na 14 bijeenkomsten? (einde module)	14	7.5 (2.38)	3-9	-
Doelenthermometer Denken en doen				
Hoe goed bent u nu? (begin module)	8	5 (2.0)	2-6	2.5*
Hoe goed wilt u zijn aan het eind van de module?	8	8 (0.0)	7-9	1.9
Hoe goed ben u nu na 14 bijeenkomsten? (einde module)	8	7.8 (1.0)	7-8	-

** De score voor de verwachting (Hoe goed wilt u worden) en de score aan het begin van de module zijn vergeleken met de score aan het eind van de module*

**p<.05; **p<0.1; ***p<.001*

Zorglast naasten

De zorglast (CSI) van de naaste nam significant af (zie tabel 29). Bij de voormeting ervoeren 16 van de 24 naasten hoge zorglast. Bij de nameting zijn dit er 6 minder. Dat is een daling van 22.7%.

3.3.2 Secundaire uitkomstmaten

De uitkomsten van de analyses van de secundaire uitkomstmaten zijn te vinden in tabellen 31 t/m 33. De verschillen tussen de voor- en nameting werden getoetst met gepaarde t-toetsen of, in het geval van de fysieke uitkomstmaten, met Wilcoxon Signed Ranks testen.

Functionele status

Wat betreft veranderingen op verschillende functiegebieden van cliënten (COOP/WONCA) zien we dat cliënten enkel significant verbeteren op fysieke fitheid. Op de andere onderdelen van de COOP/WONCA zijn geen significante verschillen gevonden.

Gedrag

Volgens de naasten waren bij de nameting de frequentie en ernst van de aanwezige neuropsychiatrische symptomen (NPI-Q) bij cliënten significant afgenomen (zie tabel 31). In tabel 32 staat de aanwezigheid van specifieke neuropsychiatrische symptomen bij de voor- en nameting weergegeven. Door middel van de McNemar Test is gekeken of de verschillen tussen de voor- en nameting statistisch significant waren. Dit was alleen het geval voor het symptoom angst (p=0.031) en dat betekent dat er een significante afname is in de aanwezigheid van dit symptoom in de onderzoeksgroep.

Tabel 31. Uitkomsten secundaire uitkomstmaten

Uitkomstmaat	N	Voormeting Gem (sd)	Nameting Gem (sd)	t
Functionele status (COOP/WONCA)				
Lichamelijke fitheid	47	2.9 (1.1)	2.5 (1.0)	2.1*
Gemoedstoestand	47	2.6 (1.2)	2.4 (0.9)	0.8
Dagelijkse activiteiten	47	2.6 (1.1)	2.3 (1.2)	1.6
Sociale activiteiten	47	2.4 (1.3)	2.1 (1.2)	1.5
Algemene gezondheid	47	2.9 (.9)	2.9 (.9)	1.1
Gedrag (NPI-Q, frequentie x Ernst)	22	24.8 (15.9)	15.3 (16.9)	3.6**
Tevredenheid naaste (LiSat-9)				
Algemene tevredenheid met leven van naaste	24	4.0 (1.3)	4.5 (0.9)	2.5*
Zelfzorg	22	5.2 (1.3)	5.1 (1.1)	0.2
Vrije tijd	24	3.8 (1.4)	4.4 (1.2)	2.2*
Beroepssituatie	15	3.5 (1.6)	4.0 (1.0)	1.5
Financiële situatie	24	4.2 (1.6)	4.3 (1.2)	0.7
seksleven	22	3.2 (1.6)	3.5 (1.7)	0.6
Huwelijk/relatie	22	4.5 (1.3)	4.4 (1.2)	-0.6
gezinsleven	23	4.5 (1.0)	4.5 (1.1)	0.3
Sociale contacten	24	4.4 (1.2)	4.4 (1.3)	0.3

**p<.05; **p<0.1; ***p<.001; ns=niet significant*

COOP/WONCA=functionele status (score 1-5; lager=beter); NPI-Q=Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (score 1-144; hogere score=hogere frequentie en ernst); LiSat-9=Life Satisfaction Questionnaire-9 (score 0-5; hoger is meer tevreden).

Tabel 32. Gedrag: neuropsychiatrische symptomen op NPI-Q (N=24)

Symptoom	Symptoom aanwezig n(%)	
	To	T1
Wanen	4(16.7)	1(4.2)
Hallucinaties	1 (4.2)	0 (0)
Agitatie/agressie	11 (45.8)	13 (54.2)
Depressie/dysforie	19 (79.2)	14 (58.3)
Angst	8 (33.3)	2 (8.3)
Euforie/opgetogenheid	7 (29.2)	7 (29.2)
Apathie/onverschilligheid (n=23)	12 (52.2)	9 (39.1)
Ontremd gedrag (n=23)	14 (60.9)	10 (43.5)
Prikkelbaarheid/labiliteit	18 (75.0)	17 (70.8)
Doelloos repetitief gedrag (n=21)	5 (21.7)	3 (13.0)
Nachtelijke onrust/Slaapstoornissen (n=20)	10 (45.5)	7 (31.8)
Eetlust/Eetgedrag	9 (37.5)	6 (25.0)

NPI-Q=Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire

Fysiek functioneren

Op de fysieke metingen (tabel 33) is een significante verbetering in balans in zit en stand te zien. Bij de voormeting (start module In beweging A of B) hadden negen van de 31 mensen een verhoogd valrisico. Bij de nameting (eind module In beweging A of B) waren dit nog maar vier mensen. Dat is een daling van 55.6% in de groep cliënten die bij de voormeting valrisico hadden. Verder laten de resultaten (tabel 33) een significante toename in het gelopen aantal

meters per seconde zien op de 10 Meter Timed Walking Test. Bij de voormeting hadden 24 van de 27 cliënten een score die erop wijst dat zij binnenshuis zelfstandig kunnen functioneren. Bij de nameting waren dit er 25. Wat betreft de minimale snelheid om straat over te steken liepen bij de voormeting zeven van de 27 cliënten te langzaam. Bij nameting waren dit er zes. Op de Zes Minuten Wandel Test is een significante toename in het aantal afgelegde meters gemeten (tabel 33). Op de Beats Above Baseline Index zijn geen significante veranderingen gemeten. Wat betreft de spierkracht zien we een significante toename in spierkracht op de Leg press (bovenbeenspieren) en op de Lat pulldown (brede schouderspieren; tabel 33). Op de chest press (borstspieren) is geen significante verandering te zien.

Tabel 33. Uitkomsten fysieke metingen behorende bij de module In Beweging

Uitkomstmaat	N	Voormeting mediaan (IQR)	Nameting mediaan (IQR)	Z
Berg Balance Scale	31	50 (9)	54 (5)	4.2***
10 Meter timed walking test	27	1.1 (0.7)	1.3 (0.7)	3.0**
Zes minuten wandel test				
Afgelegde afstand in meters	28	367.5(260)	391.0(240.3)	-3.3**
Beats Above Baseline Index	23	24(17)	24(17)	-1.6
One Repeated-Maximum (1RM)				
Leg press	12	38.6(16.4)	57.9(31.2)	-2.4*
Lat pull down	9	9.5(29.1)	23.9(23.5)	-2.1*
Chest press	11	13.3(19.6)	14.3(19.5)	-1.9

**p<.05; **p<0.1; ***p<.001; ns=niet significant*

Berg Balance Scale (score 0-56; hoger=beter); 10 meter timed walking test (loopsnelheid in m/s); Beats Above Baseline Index=hartslagfrequentie

Tevredenheid naasten met het leven

Naasten ervoeren een toename in algemene tevredenheid met het leven en in tevredenheid met vrije tijd (zie tabel 31). Op de andere gemeten levensgebieden werden geen significantie verschillen gevonden.

4. Discussie en aanbevelingen

In dit rapport zijn de resultaten van het evaluatieonderzoek van het behandelprogramma Hersenz gepresenteerd. Uit dit onderzoek blijkt dat cliënten en hun naasten op diverse domeinen vooruit zijn gegaan na de behandeling van Hersenz. Cliënten en naasten geven aan zeer tevreden te zijn over de behandeling. Bovendien zijn de betrokken zorgverleners overwegend positief over het behandelprogramma en is het grotendeels uitvoerbaar in de praktijk zoals vooraf was voorgesteld.

4.1 Deelnemers aan Hersenz

Meer dan de helft van de cliënten is man en had een gemiddelde leeftijd van 52 jaar bij de start van Hersenz. Cliënten waren gemiddeld 48 jaar oud ten tijde van het oplopen van het hersenletsel. Meer dan de helft van de cliënten had een vasculair letsel en een kwart een traumatisch hersenletsel. Bij aanvang van Hersenz had een kwart van de cliënten een betaalde baan, terwijl driekwart voorafgaand aan het letsel een baan had. De meeste cliënten hebben een laag opleidingsniveau en wonen zelfstandig zonder professionele begeleiding. Eén op de vijf cliënten rapporteert psychische klachten en klachten aan het bewegingsapparaat die niet direct zijn veroorzaakt door het hersenletsel. De naasten zijn gemiddeld even oud als de cliënten en over het algemeen betrof het de partner van de cliënt.

4.2 Procesevaluatie

In de procesevaluatie is nagegaan is in hoeverre de werving van cliënten voor Hersenz goed is verlopen en de beoogde doelgroep bereikt is. Vervolgens is nagegaan in hoeverre het behandelprogramma volgens plan is uitgevoerd. Tot slot is nagaan in hoeverre de betrokkenen tevreden zijn over het programma en welke factoren de uitvoering van het programma belemmerd hebben. In het onderstaande worden de belangrijkste bevindingen van de procesevaluatie weergegeven.

Werving en bereik. Cliënten in het huidige onderzoek zijn met name doorverwezen naar Hersenz door ambulante begeleiders of door medewerkers binnen de organisatie. Hersenz was net van start gegaan dus veel verwijzingen zijn daarom vooral vanuit de organisaties zelf gekomen. Inmiddels is de bekendheid van Hersenz toegenomen en zullen er naar verwachting ook andere zorgverleners vanuit de regio doorverwijzen. Vaak werd de aanmelding en afgifte van de indicatie door het CIZ als belemmering voor aanmelding genoemd. Voor cliënten bleek het niet altijd duidelijk voor wie Hersenz bedoeld is. Ook werd door behandelaars genoemd dat de doelgroep van Hersenz weinig initiatief toont in het zoeken naar hulp.
Van de potentiële cliënten bleek 68% geschikt te zijn voor Hersenz terwijl daarvan de helft het behandelprogramma daadwerkelijk heeft gevolgd. Redenen om Hersenz niet te volgen bleken zeer divers en niet tot enkele categorieën te herleiden.

Uitvoering. Volgens protocol bestond Hersenz uit het volgen van minimaal 2 groepsmodules en behandeling thuis. Van de cliënten in het onderzoek bleek de meerderheid deze zorg ook te hebben ontvangen (86%). De module Denken en doen was het minst vaak gevolgd, maar wordt ook aan het eind van het behandeltraject aangeboden en was voor de meeste deelnemers aan het onderzoek mogelijk nog niet aan de orde. De nameting vond namelijk een jaar na de start van het zorgtraject plaats, terwijl bij een aantal cliënten het volledige traject nog niet afgerond was. In de richtlijnen voor de aanbieding van het programma werd aanbevolen cliënten 2 uur thuisbehandeling per 2 weken te bieden; uit dit onderzoek blijkt dat minder te zijn (gemiddeld 1.2 uur). De cognitieve modules hebben volgens protocol elk 14 bijeenkomsten; uit het onderzoek bleek dat er gemiddeld 13 bijeenkomsten van de modules Omgaan met verandering en Grip op je energie werden gevolgd en gemiddeld 11 van de module Denken en doen. De bewegingsmodules hadden volgens protocol 28 bijeenkomsten maar die werden niet allemaal gevolgd (deel A gemiddeld 19 en deel B gemiddeld 22). Het is niet duidelijk wat de reden hiervan is. Bij de meeste modules zijn lang niet alle onderdelen uitgevoerd en is het dus van belang om de inhoud van de modules nog eens kritisch te bekijken en eventueel onderdelen te schrappen. Bij Omgaan met verandering was de belangrijkste reden die werd genoemd om onderdelen niet uit te voeren tijdgebrek , hetgeen zou betekenen dat er nu teveel wordt aangeboden in het protocol. Daarnaast is te zien dat in de bewegingsmodules het deel van de bijeenkomt waarin psychomotorische therapie wordt gegeven in veel gevallen niet volgens protocol wordt uitgevoerd. Redenen hiervoor zijn met name de groepsdynamiek of de mening van de trainer.

Volgens de behandelaren was de inzet van cliënten goed tijdens de groepsbijeenkomsten. Cliënten zelf geven aan veelal meegedaan te hebben met de gesprekken en opdrachten bij de cognitieve modules Omgaan met verandering en Denken en doen. De wekelijkse actiepunten werden in mindere mate uitgevoerd voor de bewegingsmodules. Daarbij moet gezegd worden dat in deze modules niet alle cliënten actiepunten hebben die ze thuis moeten oppakken. De naasten geven aan dat de cliënten veelal aan de slag zijn gegaan met de informatie, opdrachten en activiteiten uit het programma, maar de naasten zelf zijn slechts in de helft van de gevallen aan de slag gegaan met hetgeen in de thuisbehandeling is besproken.

Tevredenheid. Cliënten zijn zeer tevreden over Hersenz. De rapportcijfers voor de modules variëren van 8.0 tot 8.5. Voor Hersenz als geheel geven cliënten een 8.7. Ook de naasten zijn tevreden, zij geven een 7.8 gemiddeld voor Hersenz. De behandelaren zijn eveneens tevreden over het programma en geven de volgende punten aan als sterke punten van Hersenz: de combinatie van cognitieve en fysieke modules en thuisbehandeling, het bereiken van het systeem bij de thuisbehandeling en de interactie in de groepen. Als verbeterpunten noemen de behandelaren de opzet en inhoud van de scholing en de inhoud van specifieke onderdelen van verschillende modules.

Context. Factoren die de uitvoering van Hersenz hebben belemmerd betreffen de logistiek in termen van planning, locatie en vervoer. Tevens raken groepen soms niet vol vanwege lage instroom en zijn de groepen soms te divers qua samenstelling. Daarnaast zijn zowel te kleine groepen (te weinig deelnemers) als te grote groepen (valgevaar bij fysieke modules) kwetsbaar. Tot slot is de zwaarte en intensiteit van het totale programma niet voor iedereen geschikt qua belastbaarheid. Aandachtspunt op sommige locaties is ook de ruimte die veelal niet geschikt is voor NAH cliënten, bijvoorbeeld vanwege de hoeveelheid prikkels.

4.3 Uitkomstevaluatie

In de uitkomstevaluatie is nagegaan in hoeverre na het volgen van het behandelprogramma veranderingen zijn opgetreden in de zelfstandigheid van cliënten, het ervaren perspectief door de cliënt en hun naasten en de ervaren zorglast van de naasten. Daarnaast is nagegaan in hoeverre er na het volgen van het programma veranderingen zijn opgetreden in een aantal functiegebieden van de cliënt (fitheid, gevoelens, dagelijkse activiteiten, sociale activiteiten en algemene gezondheid), in hoeverre er gedragsveranderingen zijn opgetreden bij de cliënt, in hoeverre het fysiek functioneren van cliënten is veranderd en in hoeverre er veranderingen zijn opgetreden in de tevredenheid van naasten met hun leven. In het onderstaande worden de belangrijkste bevindingen van de uitkomstevaluatie weergegeven.

Zelfstandigheid van cliënten. Na het volgen van het behandelprogramma Hersenz zijn cliënten meer tevreden over hun mate van participatie, terwijl de hoeveelheid activiteiten en de ervaren belemmeringen daarin niet veranderen. Dit kan erop wijzen dat cliënten zich beter hebben aangepast aan hun beperkingen. Ook de zorgvraag nam af. De bevindingen van het Hersenz onderzoek worden ondersteund door resultaten bij andere groepen NAH patiënten waarbij de USER-P ook is afgenomen. Hieruit blijkt dat de mate van tevredenheid over de participatie vergelijkbaar is met een groep CVA patiënten die 6 maanden na het CVA thuis wonen (Blömer, van Mierlo, Visser-Meily, van Heugten & Post, 2015) en een groep NAH patiënten die drie maanden na ontslag uit de klinische revalidatie zijn gevraagd naar hun participatie (i.e. dit is ook ongeveer 6 maanden na het letsel) (Boosman, et al., 2015). De ervaren restricties zijn echter hoger bij de hier onderzochte groep (71.4 na behandeling) dan bij de andere twee groepen (78.0 en 75.4 resp.).

Perspectief van cliënten. Bij drie modules (Omgaan met verandering, Grip op je energie en Denken en doen) werden vooraf doelen gesteld die na de behandeling naar tevredenheid waren behaald. De zelfwaardering van cliënten werd lager, hetgeen mogelijk het gevolg is van het krijgen van meer inzicht in het eigen functioneren.

Zorglast naasten. De ervaren zorglast bij de naasten nam eveneens af na het volgen van Hersenz.

Veranderingen in functiegebieden. De meeste aspecten van ervaren gezondheid (gevoelens, dagelijkse activiteiten, sociale activiteiten en algemene gezondheid) veranderden niet, terwijl de ervaren lichamelijke fitheid verbeterde.

Fysiek functioneren. Objectieve metingen met betrekking tot fysiek functioneren laten verbetering zien op het gebied van balans, looptempo en spierkracht.

Gedrag. Voorafgaand aan de behandeling gaven de naasten aan dat de cliënten vaak depressief en angstig waren en daarnaast kwam ook apathie, ontremd gedrag en prikkelbaarheid vaak voor. Deze symptomen waren in zijn algemeenheid na de behandeling verminderd, maar alleen angst verminderde significant.

Tevredenheid naasten met het leven. Tot slot nam de ervaren tevredenheid met het leven van naasten toe en in het bijzonder de wijze waarop de vrije tijd wordt besteed. In een eerder onderzoek is gekeken naar de tevredenheid van naasten van NAH patiënten die meerdere dagen per week naar een activiteitencentrum gingen (Smeets, et al., 2012). Daaruit bleek dat de tevredenheid met het leven als geheel dezelfde gemiddelde waarde had als de voormeting in dit onderzoek (4.1. (sd=1.1) versus 4.0 (sd=1.3) resp.). Het volgen van Hersenz zou mogelijk voor deze groep ook tot een toename in tevredenheid kunnen leiden.

4.4 Andere vormen van zorg in de chronische fase na hersenletsel waarnaar onderzoek is gedaan

Uit onderzoek is gebleken dat naast Hersenz ook andere behandelprogramma's in de chronische fase na hersenletsel effectief kunnen zijn. Vergelijkend onderzoek heeft nog niet plaatsgevonden, maar enkele uitkomsten kunnen wel vergeleken worden.

Het programma Niet Rennen Maar Plannen is een laagfrequent cognitief revalidatieprogramma dat is ontwikkeld voor de groep patiënten die rechtstreeks uit het ziekenhuis naar huis ontslagen worden, maar toch tegen cognitieve problemen aanlopen (Baars-Elsinga, Geusgens, van Heugten, & Visser-Meily, 2013). Deze behandeling wordt over het algemeen in een vroeger stadium aangeboden dan Hersenz. Het programma is gericht op informatie en educatie en het aanleren van cognitieve strategieën. De doelen die patiënten zich vooraf stelden worden grotendeels behaald en de patiënten en zorgverleners zijn positief over het programma.

Gezien de interactie die bestaat tussen cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van hersenletsel, kan men beargumenteren dat mensen met NAH het meest gebaat zijn bij een zorgaanbod waarin deze gevolgen op geïntegreerde wijze benaderd worden. De meeste revalidatiecentra bieden vormen van poliklinische cognitieve revalidatie aan, waarbij zowel hoogfrequente als laagfrequente varianten kunnen worden onderscheiden waarin de domeinen geïntegreerd worden. Deze programma's zijn ontstaan uit pilot projecten waarbij bleek dat de zorgvraag sterk was afgenomen na cognitieve revalidatie (van Balen, Jorritsma, Groet & Vink, 2002). De laagfrequente programma's worden zowel individueel als in groepsverband aangeboden en zijn gericht op het vergroten van de kennis over de gevolgen van hersenletsel, het vergroten van inzicht in het eigen functioneren, het vergroten van de zelfeffectiviteit en het leren van strategieën en sociale vaardigheden om met cognitieve problemen om te kunnen gaan in het dagelijks leven. Uit onderzoek naar twee laagfrequente poliklinische cognitieve revalidatieprogramma's in Nederland bleek dat individueel gestelde doelen (gemeten met Goal Attainment Scaling) werden behaald en deze effecten bleven op lange termijn behouden (Brands, Kohler, Stapert, Wade, & van Heugten, 2014; Rasquin et al., 2010). Er werden geen effecten gevonden op stemming of cognitieve klachten. Deze studies betroffen hersenletselpatiënten met diverse oorzaken; respectievelijk 33% en 35% van de onderzochte patiënten waren CVA-patiënten.

Daarnaast wordt er op een enkele plaats een intensief klinisch of poliklinisch programma aangeboden dat vooral gericht is op een optimale maatschappelijke re-integratie van hersenletselpatiënten met cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen. Het Brain Integration programma van revalidatiecentrum Groot Klimmendaal is een voorbeeld van de klinische variant. Dit is ook een landelijk behandelprogramma dat wordt aangeboden aan patiënten met hersenletsel in de chronische fase. Dit is een klinisch programma gericht op het vergroten van de maatschappelijke participatie na hersenletsel. Het gaat veelal om mensen bij wie wel sprake is van maatschappelijke re-integratie, maar waarbij er wijzigingen zijn opgetreden of het evenwicht is verstoord. Een onderzoek naar de effectiviteit van dit programma liet zien dat dit programma effectief is op het vergroten van het niveau van ADL-functioneren, stemming, sociale participatie en kwaliteit van leven (n=70; 10% CVA-patiënten) (Geurtsen, van Heugten, Meijer, Martina, & Geurts, 2011). Deze effecten blijven tot drie jaar na de behandeling behouden (Geurtsen et al., 2012). Bij de familieleden van deze patiënten was er een vermindering van de emotionele last en een verbetering van het psychosociaal functioneren (Geurtsen et al., 2011).

In de holistische neuropsychologische benadering wordt een gestructureerd therapeutisch leermilieu aangeboden, waarin intensieve behandeling van cognitieve, emotionele en interpersoonlijke (gedragsmatige) gevolgen van hersenletsel plaatsvindt. Deze bestaat grotendeels uit groepsbehandeling, aangevuld met individuele behandeling. Er wordt expliciet aandacht besteed aan het opbouwen van een effectieve therapeutische relatie, het verwerven van inzicht en het leren stellen van realistische doelen. Neuropsychologische behandeling zoals cognitieve revalidatie, cognitieve gedragstherapie en andere psychotherapeutische (bijvoorbeeld systeemtherapeutische) interventies worden hierbij gecombineerd. In Amsterdam wordt het poliklinisch programma Intensieve Neuro Revalidatie (INR) aangeboden. INR is een 16 weken durend holistisch behandelprogramma, gebaseerd op de therapeutisch milieu-benadering, zoals beschreven door Ben-Yishay (2000). Het programma wordt 4 dagen per week, gedurende 5 uur per

dag gevolgd, met halverwege een pauze van twee weken. Onlangs is een onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van INR waarbij een wachtlijst-controle design werd gebruikt (n=75; 44% traumatisch hersenletsel). Hieruit kwam naar voren dat INR effectief is m.b.t. het reduceren van depressie en angst en het vergroten van welbevinden en kwaliteit van leven.

Naast de specifieke zorg m.b.t. neuropsychologische gevolgen kan er ook in bredere zin zorg in de chronische fase worden geboden. In de meeste CVA-zorgketens is inmiddels een nazorgprogramma ingericht. In Maastricht wordt bijvoorbeeld iedere CVA-patiënt na ontslag naar huis in de eerste anderhalf jaar meerdere malen bezocht door een thuiszorg coördinator. Dit is een gespecialiseerde CVA-verpleegkundige die op gestructureerde wijze naar ervaren problemen bij patiënt en partner vraagt en doorverwijst naar behandelmogelijkheden in de regio indien daartoe aanleiding is. Dit nazorgmodel is op effectiviteit onderzocht door vergelijking met een controleregio waar nog geen gestructureerde nazorg werd aangeboden (Fens, et al., 2014). Uit dit onderzoek bij 117 CVA patiënten bleek dat er in de nazorggroep een toename van sociale activiteiten werd gezien na anderhalf jaar, terwijl dit afnam in de controlegroep. Bovendien namen de depressieve klachten bij de partners af.

Tot slot zijn er voorbeelden van effectieve interventies gericht op het voorkomen van lange termijn problemen door vroegtijdige informatie en educatie en gerichte doorverwijzing naar de revalidatie bij aanhoudende klachten. Het programma 'Stilstaan en doorgaan, Leven na een hartstilstand' is daar een voorbeeld van. In deze interventie wordt aan patiënten die een hartstilstand hebben overleefd, maar daar mogelijk hersenletsel aan over gehouden hebben, een laagdrempelige behandeling aangeboden door de cardiologie verpleegkundigen die hiervoor specifiek geschoold zijn. Uit een gerandomiseerd effectonderzoek bij (Moulaert, et al., 2015) bleek dat na een jaar de kwaliteit van leven in de interventiegroep hoger was en er bovendien minder depressie en angstklachten waren. Daarnaast gingen de patiënten die de interventie hadden ontvangen eerder terug naar werk. Deze interventie bleek in hoge mate kosteneffectief te zijn t.o.v. de gebruikelijke zorg (Moulaert, Goossens, Heijnders, Verbunt & van Heugten, submitted). Dat gerichte informatie over het CVA effectief kan zijn voor patiënten en partners blijkt ook uit de Cochrane review op dit gebied (Forster et al., 2012).

4.5 Kanttekeningen bij het huidige onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek

Bij de uitkomsten van het hier beschreven onderzoek dient een aantal kanttekeningen te worden geplaatst. Ten eerste betreft het een relatief kleine groep deelnemers waarover uitspraken worden gedaan: van de 72 deelnemers die in de onderzoeksperiode waren aangemeld voor Hersenz, zijn uiteindelijk volledige metingen van 47 cliënten beschikbaar. Bovendien heeft het onderzoek plaatsgevonden bij de start van Hersenz. Dat kan ertoe hebben geleid dat er nog 'kinderziektes' in de procedures aanwezig waren. Het programma draait inmiddels langere tijd en er zijn al enige zaken veranderd t.o.v. de werkwijze die in dit onderzoek is geëvalueerd.

De behandeling zelf wordt nog op dezelfde wijze ingezet als ten tijde van het onderzoek maar er is meer maatwerk mogelijk, zoals het individueel aanbieden van modules. Er is een variant van het behandelprogramma voor mensen met afasie ontwikkeld, met specifiek op afasie gerichte varianten van bestaande modules. Er is een module In beweging C in ontwikkeling, die qua themagerichte interventies aansluit bij de bouwsteen Denken en doen (bijvoorbeeld de module Aandacht en geheugen). Het behandelprotocol voor behandeling thuis is in 2015 verder uitgewerkt, vooral op gebied van vraagverheldering en casemanagement, en wordt in 2016 aangevuld met een uitgebreid overzicht van interventies, met speciale aandacht voor non-verbale interventies, en een keuzetool.
De scholingen zijn verbeterd op basis van de evaluaties ervan en de scholing voor thuisbehandelaar is geheel herzien. In 2016 worden diverse nascholingen georganiseerd (verplicht minimaal 1 dag per behandelaar).

Daarnaast zijn de resultaten van de uitkomstevaluatie gebaseerd op een voor- en een nameting. Daarmee kunnen geen uitspraken worden gedaan over het effect van de behandeling, alleen dat er na het volgen van het behandelprogramma veranderingen zijn opgetreden. Vaststellen of deze veranderingen ook specifiek zijn toe te schrijven aan het volgen van Hersenz is niet mogelijk omdat er geen controlegroep in het onderzoek was meegenomen. Aangezien het patiënten betreft die gemiddeld 5 jaar na het letsel werden doorverwezen naar Hersenz, is de kans op spontaan herstel klein.

Echter, de veranderingen kunnen ook optreden als gevolg van minder specifieke effecten zoals het bieden van een weekstructuur en tijd en aandacht voor de zorgen en vragen van de cliënten en hun naasten.

Een vervolgonderzoek bij een grotere groep cliënten waarbij Hersenz wordt vergeleken met andere behandelprogramma's in de chronische fase na hersenletsel is dan ook gewenst. Zoals uit het voorgaande blijkt, zijn er in Nederland diverse behandelmogelijkheden voor NAH patiënten in de chronische fase effectief gebleken. Het is echter op dit moment niet mogelijk om de programma's met elkaar te vergelijken omdat de gekozen uitkomstmaten niet gelijk zijn. Gezien de huidige ontwikkelingen in de zorg en de noodzaak om bewuste keuzes te maken, is het van belang om bij een dergelijk onderzoek ook de economische aspecten mee te nemen en een kosteneffectiviteitsanalyse uit te voeren. Een dergelijk onderzoek is uitgevoerd m.b.t. het behandelprogramma Brain Integration. Gemiddelde opname duur in het Brain Integration programma is 196 dagen, de kosten hiervan bedragen 68.400 (van Heugten et al., 2011). De maatschappelijke kosten van patiënten bedroeg 48.449 voorafgaand aan het volgen van het programma en waren na het programma afgenomen tot 39.773. Aangezien het hier een jonge groep patiënten betreft (gemiddeld 30 jaar) met een lange productieve periode voor zich, kunnen deze kosten in 8 jaar worden terugverdiend, uitgaande van een stabiele situatie. Het is interessant om dergelijke cijfers met de opbrengsten van andere behandelprogramma's zoals Hersenz te kunnen vergelijken.

Tot slot was er in dit onderzoek geen sprake van een langetermijnmeting waardoor het niet bekend is of de gevonden veranderingen ook beklijven over de tijd. Uit onderzoek is gebleken dat bij een deel van de CVA patiënten die revalidatie ontvangen na de beroerte, het behaalde niveau van mobiliteit na de revalidatie afneemt in de jaren erna. Dit blijkt vooral het geval te zijn bij patiënten die na het eerste jaar inactief zijn en cognitieve problemen hebben, meer vermoeidheid en depressieve klachten rapporteren (van de Port, Kwakkel, van Wijk, & Lindeman, 2006). Het is dan ook wenselijk om bij de cliënten die in dit onderzoek zijn gevolgd, nog een lange termijn meting uit te voeren, bijvoorbeeld een jaar na het afsluiten van de behandeling.

4.6 Aanbevelingen voor de klinische praktijk

Het vergroten van bekendheid van Hersenz in de regio en bij de potentiële netwerkpartners en verwijzers is meerdere malen als aanbeveling genoemd. Behalve landelijke campagnes en een centrale website kan er ook gedacht worden aan specifieke informatie over Hersenz per regio in samenwerking met de andere NAH zorgaanbieders in de regio. Dit is vooral van belang voor de afstemming en gerichte doorverwijzing omdat het zorgaanbod voor de groep NAH patiënten in de chronische fase per regio sterk kan verschillen. Hersenz heeft het laatste jaar veel geïnvesteerd in marketingcommunicatie, waardoor de bekendheid van de behandeling is toegenomen en andere organisaties vaker naar Hersenz verwijzen. Bij het uitkomen van dit rapport is deze stap inmiddels al gezet en heeft Hersenz in bijna alle regio's contact met de netwerkpartners in de regio. Op verschillende plaatsen in het land wordt afgestemd met revalidatieartsen om te beoordelen welke behandeling het beste bij de cliënt past, bijvoorbeeld via casuïstiekbesprekingen of tussentijds contact.

De betrokkenen zijn over het algemeen zeer tevreden over het behandelprogramma. Sterke punten worden gezien in de combinatie van groepsmodules en thuisbehandeling. Hierdoor kan hetgeen geleerd wordt in de groepsbijeenkomsten direct worden vertaald en toegepast in de eigen thuissituatie van de cliënt. Het betrekken van het systeem wordt door de behandelaren als pluspunt gezien terwijl de naasten zelf aangeven niet altijd aan de slag te gaan met hetgeen in de thuisbehandeling is besproken. Dit kan een punt van aandacht zijn. Echter, het kan ook zo zijn dat de naasten tevredener zijn om dat de cliënt vooruitgaat en daarom zelf niet direct de noodzaak zien om zelf met van alles aan de slag te gaan.

De modules worden over het algemeen gevolgd en de inzet van de cliënten is goed. Echter, de fysieke modules lijken teveel bijeenkomsten te bevatten en kunnen mogelijk in omvang gereduceerd worden. Hetzelfde geldt voor de inhoud van de modules per bijeenkomst. De behandelaren geven aan niet aan alles toe te komen vanwege tijdgebrek. Minder onderwerpen goed behandelen is dan wellicht beter dan alles te proberen toch aan bod te laten komen.

Succesvolle participatie na hersenletsel is niet vanzelfsprekend en het succes blijkt niet alleen bepaald te worden door

de ernst van het letsel. Er zijn mensen met een (neurologisch gezien) licht letsel die toch vastlopen in de maatschappij en er zijn mensen met een ernstig letsel die juist een goede participatie hebben. Uit recent onderzoek blijkt dat persoonlijke factoren hierin een rol spelen. Persoonlijke factoren zeggen iets over de individuele achtergrond van de persoon en zijn onafhankelijk van de ziekte of aandoening die iemand heeft. Hierbij kan gedacht worden aan demografische gegevens zoals leeftijd en geslacht, persoonlijke levensgeschiedenis zoals opleiding en life events, persoonlijkheid, talenten/vaardigheden en stabiele gedragspatronen, gedachten en gevoelens, normen en waarden, en doelen, wensen en ambities (van Heugten & Post, 2014). Uit diverse recente onderzoeksprojecten met betrekking tot NAH blijkt dat meer cognitieve en depressieve klachten en een lagere tevredenheid en kwaliteit van leven worden voorspeld door het hebben van minder proactieve coping en meer passieve coping stijlen, minder zelfeffectiviteit en optimisme, meer neuroticisme, een groter gevoel van hulpeloosheid en minder acceptatie van de ziekte (Brands, Köhler, Stapert, Wade, & van Heugten, 2014; Nijsse et al., 2015; Tielemans, Schepers, Visser-Meily, Post, & van Heugten, 2015; van Mierlo, van Heugten, Post, de Kort, & Visser-Meily, 2015a, 2015b). Het is dan ook van belang om hier in de zorg voor mensen met NAH expliciet aandacht te hebben en getroffenen en hun naasten extra te ondersteunen als deze factoren een beïnvloedende rol spelen.

4.7 Conclusie

De onderzoeksresultaten geven een positieve indruk van de uitkomsten van Hersenz. Op enkele punten kan het programma worden aangepast wat betreft de omvang en inhoud. Verder grootschalig en gecontroleerd onderzoek naar de resultaten op lange termijn en de maatschappelijke opbrengsten wordt aanbevolen. Daarnaast is het van belang om goed in kaart te brengen welke behandelmogelijkheden er in Nederland voor mensen met hersenletsel in de chronische fase beschikbaar zijn en welke vorm van zorg voor wie het meest geschikt en daarmee mogelijk ook het meest effectief zal zijn. Aangezien dit per regio kan verschillen is een regionale sociale kaart met daaraan gekoppeld goede ketenafspraken van belang.

Referenties

Al-Janabi, H., Frew, E., Brouwer, W., Rappange, D., & Van Exel, J. (2010). The inclusion of positive aspects of caring in the Caregiver Strain Index: Tests of feasibility and validity. International Journal of Nursing Studies, 47(8), 984-993. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.015

Baars-Elsinga, A., Geusgens, C., van Heugten, C., & Visser-Meily, J. (2013). Niet rennen maar plannen, een poliklinisch cognitief behandelprogramma. Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde(1), 29-30.

Baars-Elsinga, A., Geusgens, C., Visser-Meily, J. M., & van Heugten, C. M. (2012). Niet rennen maar plannen: Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht.

Ben-Yishay, Y. (2000). Post-acute neuropsychological rehabilitation: a holistic approach. In A. L. Christensen & B. P. Uzzell (Eds.), International handbook of neuropsychological rehabilitation. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Berg, K., Wood-Dauphine, S., Williams, J. I., & Gayton, D. (1989). Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. Physiotherapy Canada, 41(6), 304-311. doi:doi:10.3138/ptc.41.6.304

Blomer, A. M., van Mierlo, M. L., Visser-Meily, J. M., van Heugten, C. M., & Post, M. W. (2015). Does the frequency of participation change after stroke and is this change associated with the subjective experience of participation? Arch Phys Med Rehabil, 96(3), 456-463. doi:10.1016/j.apmr.2014.09.003

Boonstra, A. M., Reneman, M. F., Stewart, R. E., & Balk, G. A. (2012). Life satisfaction questionnaire (Lisat-9): reliability and validity for patients with acquired brain injury. International Journal of Rehabilitation Research, 35(2), 153-160. doi:10.1097/MRR.0b013e328352ab28

Boosman, H., Winkens, I., van Heugten, C. M., Rasquin, S. M., Heijnen, V. A., & Visser-Meily, J. M. (2015). Predictors of health-related quality of life and participation after brain injury rehabilitation: The role of neuropsychological factors. Neuropsychol Rehabil, 1-18. doi:10.1080/09602011.2015.1113996

Brands, I., Kohler, S., Stapert, S., Wade, D., & van Heugten, C. (2014). Influence of self-efficacy and coping on quality of life and social participation after acquired brain injury: a 1-year follow-up study. Arch Phys Med Rehabil, 95(12), 2327-2334. doi:10.1016/j.apmr.2014.06.006

Butland, R. J., Pang, J., Gross, E. R., Woodcock, A. A., & Geddes, D. M. (1982). Two-, six-, and 12-minute walking tests in respiratory disease. British Medical Journal (Clinical research ed.), 284(6329), 1607-1608.

Cassar, I., Jessen, S., & van Engelen, E. (2014). 10-meter walk test (10MWT). Retrieved from http://meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/72_1_N.pdf

Collen, F. M., Wade, D. T., & Bradshaw, C. M. (1990). Mobility after stroke: reliability of measures of impairment and disability. Int Disabil Stud, 12(1), 6-9.

Fens, M., van Heugten, C. M., Beusmans, G., Metsemakers, J., Kester, A., & Limburg, M. (2014). Effect of a stroke-specific follow-up care model on the quality of life of stroke patients and caregivers: A controlled trial. J Rehabil Med, 46(1), 7-15. doi:10.2340/16501977-1239

Forster, A., Brown, L., Smith, J., House, A., Knapp, P., Wright, J. J., & Young, J. (2012). Information provision for stroke patients and their caregivers. Cochrane Database Syst Rev, 11, CD001919. doi:10.1002/14651858.CD001919.pub3

Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). Psychometric Properties of the Dutch Rosenberg Self-Esteem Scale. Psychologica Belgica, 48(1), 28-35.

Geboers, J. F., Visser-Meily, J. M., Schepers, V. P., & van den Bos, G. A. M. (2010). Venijn in de staart van hersenletsel. Medisch Contact, 65(46), 2440-2443.

Geurtsen, G. J., van Heugten, C. M., Martina, J. D., Rietveld, A. C., Meijer, R., & Geurts, A. C. (2012). Three-year follow-up results of a residential community reintegration program for patients with chronic acquired brain injury. Arch Phys Med Rehabil, 93(5), 908-911. doi:10.1016/j.apmr.2011.12.008

Geurtsen, G. J., van Heugten, C. M., Meijer, R., Martina, J. D., & Geurts, A. C. (2011). Prospective study of a community reintegration programme for patients with acquired chronic brain injury: effects on caregivers' emotional burden and family functioning. Brain Inj, 25(7-8), 691-697. doi:10.3109/02699052.2011.574675

Hersenz, Vilans, & Hersenstichting Nederland. (2015). Factsheet Aantallen, oorzaken en gevolgen niet-aangeboren hersenletsel. Retrieved from http://www.hersenz.nl/sites/all/files/media/factsheet_aantallen_oorzaken_en_gevolgen_niet-aangeboren_hersenletsel.pdf

Kaufer, D. I., Cummings, J. L., Ketchel, P., Smith, V., MacMillan, A., Shelley, T., . . . DeKosky, S. T. (2000). Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 12(2), 233-239. doi:10.1176/jnp.12.2.233

Lenze, E. J., Munin, M. C., Quear, T., Dew, M. A., Rogers, J. C., Begley, A. E., & Reynolds Iii, C. F. (2004). The Pittsburgh Rehabilitation

Participation Scale: reliability and validity of a clinician-rated measure of participation in acute rehabilitation 1. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 85(3), 380-384. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2003.06.001

Moulaert, V., Goossens, M., Heijnders, I., Verbunt, J., & van Heugten, C. (submitted). Early neurologically focused follow-up after cardiac arrest is cost-effective: a trial-based economic evaluation.

Moulaert, V., van Heugten, C., Winkens, B., Bakx, W. G., de Krom, M. C., Gorgels, T. P., . . . Verbunt, J. A. (2015). Early neurologically-focused follow-up after cardiac arrest improves quality of life at one year: A randomised controlled trial. Int J Cardiol, 193, 8-16. doi:10.1016/j.ijcard.2015.04.229

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc, 53(4), 695-699. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

Nijsse, B., van Heugten, C. M., van Mierlo, M. L., Post, M. W., de Kort, P. L., & Visser-Meily, J. M. (2015). Psychological factors are associated with subjective cognitive complaints 2 months post-stroke. Neuropsychol Rehabil, 1-17. doi:10.1080/09602011.2015.1065280

Pendlebury, S. T., Mariz, J., Bull, L., Mehta, Z., & Rothwell, P. M. (2012). MoCA, ACE-R, and MMSE versus the National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network Vascular Cognitive Impairment Harmonization Standards Neuropsychological Battery after TIA and stroke. Stroke, 43(2), 464-469. doi:10.1161/strokeaha.111.633586

Post, M. W., van der Zee, C. H., Hennink, J., Schafrat, C. G., Visser-Meily, J. M., & van Berlekom, S. B. (2012). Validity of the utrecht scale for evaluation of rehabilitation-participation. Disabil Rehabil, 34(6), 478-485. doi:10.3109/09638288.2011.608148

Rasquin, S. M., Bouwens, S. F., Dijcks, B., Winkens, I., Bakx, W. G., & van Heugten, C. M. (2010). Effectiveness of a low intensity outpatient cognitive rehabilitation programme for patients in the chronic phase after acquired brain injury. Neuropsychol Rehabil, 20(5), 760-777. doi:10.1080/09602011.2010.484645

Saunders, R. P., Evans, M. H., & Joshi, P. (2005). Developing a precess-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: A how-to guide. Health Promotion Practice, 6(2), 134-147.

Smeets, S. M., van Heugten, C. M., Geboers, J. F., Visser-Meily, J. M., & Schepers, V. P. (2012). Respite Care After Acquired Brain Injury: The Well-Being of Caregivers and Patients. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. doi:10.1016/j.apmr.2011.10.029

Tielemans, N. S., Schepers, V. P., Visser-Meily, J. M., Post, M. W., & van Heugten, C. M. (2015). Associations of proactive coping and self-efficacy with psychosocial outcomes in individuals after stroke. Arch Phys Med Rehabil, 96(8), 1484-1491. doi:10.1016/j.apmr.2015.04.009

Van Balen, E., Jorritsma, T., Groet, E., & Vink, M. (2002). A cog.nitive rehabilitation approach to long-term consequences following brain injury: Dutch practice. In W. Brouwer, E. van Zomeren, I. Berg, A. Bouma, & E. de Haan (Eds.), Cognitive Rehabilitation, a clinical neuropsychological approach. Amsterdam: Boom publishers.

van de Port, I. G., Kwakkel, G., van Wijk, I., & Lindeman, E. (2006). Susceptibility to deterioration of mobility long-term after stroke: a prospective cohort study. Stroke, 37(1), 167-171. doi:10.1161/01.STR.0000195180.69904.f2

van de Port, I. G., Wevers, L., Roelse, H., van Kats, L., Lindeman, E., & Kwakkel, G. (2009). Cost-effectiveness of a structured progressive task-oriented circuit class training programme to enhance walking competency after stroke: the protocol of the FIT-Stroke trial. BMC Neurol, 9, 43. doi:10.1186/1471-2377-9-43

van Heugten, C., Geurtsen, G. J., Derksen, R. E., Martina, J. D., Geurts, A. C., & Evers, S. M. (2011). Intervention and societal costs of residential community reintegration for patients with acquired brain injury: a cost-analysis of the Brain Integration Programme. J Rehabil Med, 43(7), 647-652. doi:10.2340/16501977-0818

van Heugten, C., & Post, M. (2014). Inleiding. In C. van Heugten, M. Post, S. M. Rasquin, & P. Smits (Eds.), Handboek Revalidatiepsychologie. Amsterdam: Boom uitgeverij.

van Mierlo, M. L., van Heugten, C. M., Post, M. W., de Kort, P. L., & Visser-Meily, J. M. (2015a). Life satisfaction post stroke: The role of illness cognitions. J Psychosom Res, 79(2), 137-142. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.05.007

van Mierlo, M. L., van Heugten, C. M., Post, M. W., de Kort, P. L., & Visser-Meily, J. M. (2015b). Psychological factors determine depressive symptomatology after stroke. Arch Phys Med Rehabil, 96(6), 1064-1070. doi:10.1016/j.apmr.2015.01.022

van Peppen, R. P. S., Kwakkel, G., Harmeling-van der Wel, B. C., Kollen, B. J., Hobbelen, J. S. M., Buurke, J. H., . . . Dekker, J. (2004). KNGF-richtlijn Beroerte. Nederlands Tijdschrift voor Fyisiotherapie, 114(5 (Supl)).

van Weel, C., König - Zahn, C., Touw - Otten, F., van Duijn, N., & Meyboom - de Jong, B. (2012). Measuring functional status with the COOP/WONCA charts: a manual. Groningen: Noordelijke Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG).

Zedlitz, A., Fasotti, L., & Geurts, A. (2011). Post-stroke fatigue: a treatment protocol that is being evaluated. Clinical Rehabilitation, 25(6), 487-500.

Appendix 1: Factsheet

Maastricht University Leading in Learning!

hersenz. verder met hersenletsel

MHeNS. School for Mental Health and Neuroscience

Resultaten pilotonderzoek naar de uitkomsten van Hersenz

Sanne MJ Smeets [A], Jolanda CM van Haastregt[B], Caroline M van Heugten [A,C]

[A] Department of Psychiatry and Neuropsychology, School for Mental Health and Neuroscience, Faculty of Health Medicine and Life Sciences, Maastricht University

[B] Department of CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Health Services Research, Maastricht University

[C] Department of Neuropsychology and Psychopharmacology, Faculty of Psychology and Neuroscience, Maastricht University.

Achtergrond

Hersenz is een behandelprogramma voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) die problemen ondervinden bij het oppakken van hun dagelijkse leven. Hersenz is gericht op het leren omgaan met de gevolgen van NAH en het weer optimaal functioneren in de maatschappij. Hersenz bestaat uit verschillende modules die plaatsvinden in groepen. Daarnaast vindt er individuele behandeling plaats in de thuissituatie. In een pilot-studie zijn de haalbaarheid, uitvoerbaarheid en uitkomsten van Hersenz onderzocht. Deze factsheet is voornamelijk gericht op de uitkomsten van Hersenz. Het volledige onderzoeksrapport zal begin april 2016 beschikbaar zijn.

Doel uitkomstenevaluatie

Het evalueren van veranderingen in functioneren van cliënten en naasten na het volgen van Hersenz. Ten tijde van de nameting hadden nog niet alle organisaties alle modules kunnen organiseren. Dit geldt met name voor de module Denken en Doen.

Methode

Deelnemers: Cliënten gestart met Hersenz tussen september 2014 en januari 2015 en hun naastbetrokkenen. Deelnemende organisaties: Heliomare, InteraktContour, De Noorderbrug, Middin, SGL en SWZ.

Design: Voormeting: 2 weken voor de start van Hersenz.
Tussenmetingen: individuele doelen en fysieke metingen per module.
Nameting: 11-12 maanden na de voormeting.

Karakteristieken cliënten en naasten

Cliënten

- 62 cliënten bij voormeting
- 56.5% man
- Leeftijd: 52.4 (SD= 11.6)
- Tijd sinds letsel: 5.2 jaar (SD=4.5)
- 54.2% heeft een CVA gehad
  23.7% een traumatisch letsel
- 56.5% had één of meerdere co-morbide aandoening(en) naast het hersenletsel.
  Meest voorkomende: psychische klachten zoals overspannenheid, depressie of nervositeit (19%) en klachten van het bewegingsapparaat (18%)
- Zorg in de 6 maanden voorafgaand aan Hersenz: zie Tabel 2
- Woonsituatie:
  - 74.2% zelfstandig zonder professionele begeleiding
  - 67.8% maakt deel uit van een meerpersoonshuishouden (43.36% met kinderen)
- Werksituatie (betaalde baan):
  - vóór het letsel: 71.0%
  - bij aanvang van Hersenz: 27.4%

Naasten

- 36 naasten bij voormeting
- 41.7% man
- Leeftijd: 53 jaar (SD=12)
- 75% is de partner van de cliënt

Ontvangen behandeling

In Tabel 1 staan de gegevens over hoeveel cliënten welke modules gevolgd hebben en hoe vaak zij gemiddeld aanwezig waren. Wat betreft behandeling thuis hebben de cliënten per twee weken gemiddeld 1:22(SD=0.41) uur behandeling gehad i.p.v. de bedoelde 2 uur per 2 weken.

Tabel 1
Ontvangen behandeling

	Gevolgde modules		Gemiddelde aanwezigheid		
	N	%	N	Gem(sd)	Aantal bijeenkomsten volgens protocol
Gevolgde modules					
Omgaan met verandering	52	89.7	49	13.0(1.9)	14
Grip op je energie	32	55.2	32	13.1(3.6)	14
Denken en doen	18	31.0	18	10.6(3.1)	14
In Beweging	43	74.1	41	26.0(14.5)	56 (2x28)
Thuisbehandeling	56	96.6	-		
Minimaal 2 modules + thuisbehehandeling	50	86.2			

Tevredenheid met Hersenz

Cliënten geven alle modules gemiddeld een **8**

Het gehele Hersenz programma krijg een:

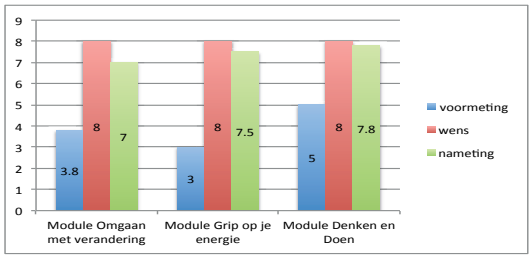
8.7 van de cliënten

7.8 van de naasten

Tabel 2
Ontvangen zorg in de 6 maanden voorafgaand aan Hersenz

	N	%
Dagbesteding/AC	22	35.5
Fysiotherapie	22	35.5
Thuiszorg	18	29.0
Ambulante zorg	15	24.2
Maatschappelijk werk/MEE	9	14.5
Psycholoog/RIAGG	7	11.3
Revalidatie-dagbehandeling	7	11.3
NAH-poli	6	9.7
Anders*	13	21.0

*Ergotherapie (n=1), logopedie (n=1), diëtist (n=1), praktijkondersteuner GGZ (n=1), Hersenz (n=1), onbekend (n=1), mantelzorg als thuiszorg (n=2), maatje (n=1), Individuele begeleiding thuis voor dochter (n=1), afasiecentrum (n=1), huishoudelijke ondersteuning (n=2)



Figuur 1. Persoonlijke doelen per module.

Aan de start van de cognitieve modules hebben de cliënten doelen gesteld en aangegeven hoe ze er op dat moment voorstaan op een schaal van 0-10 (voormeting) en hoe goed ze na 14 bijeenkomsten willen zijn (wens). Aan het eind van de module is nogmaals gevraagd hoe ze er op dat moment voorstaan (nameting).Voor alle drie de modules is een significante verbetering te zien tussen de voor- en nameting. Bij de module Omgaan met verandering was het uiteindelijke resultaat significant lager dan de wens. Voor de andere twee modules was er geen verschil tussen de wens en de nameting.

Contact:
Caroline van Heugten
c.vanheugten@maastrichtuniversity.nl

School for Mental Health and Neuroscience
T +3143 388 4091

Maastricht University
Postbus 616
6200 MD Maastricht. The Netherlands

Maastricht University *Leading in Learning!*

hersenz. verder met hersenletsel

MHeNS. School for Mental Health and Neuroscience

Resultaten pilotonderzoek naar de uitkomsten van Hersenz

Uitkomstmaten en uitkomsten

Behandeldoel	Operationalisatie	Meetinstrument	Voormeting Gem(SD)	Nameting Gem(SD)	N	
Primaire uitkomstmaten						
Zelfstandig	Participatie	**Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie – Participatie** (USER-P; range 0-100). Hogere scores = betere participatie (hoge frequentie, minder restricties en hoge tevredenheid).	Frequentie 29.9 (9.2)	31.4 (9.4)	47	Geen significante verandering
			Restricties 69.1 (19.4)	71.4 (15.1)	46	Geen significante verandering
			Tevredenheid 57.2 (17.3)	65.0 (13.7)	47	**Significante toename**
	Zorgbehoeften	**Zorgvraag vragenlijst** Meet het aantal moeilijkheden en het aantal moeilijkheden waarvoor men hulp wil.	Aantal moeilijkheden 4.6 (2.4)	3.6 (2.2)	47	**Significante afname**
			Aantal waarvoor men hulp wil 3.7 (2.1)	2.7 (1.9)	43	**Significante afname**
	Fysiek functioneren	**Berg Balance Scale** (BBS; range 0-56). Meet balans in zit en stand. Hogere score = betere balans.	50 (9)*	54 (5)*	31	**Significante toename**
		10 Meter Timed walking test meet comfortabel looptempo in meters per seconde.	1.1 (0.7)*	1.3 (0.7)*	27	**Significante toename**
		Zes minuten wandel test Meet het aantal gelopen meters in zes minuten.	367.5 (260)*	391 (240.3)*	28	**Significante toename**
		One-Repeated-Maximum (1RM; in kg). Meet de spierkracht van een bepaalde spiergroep.	Legpress (bovenbenen) 38.6 (16.4)*	57.9 (31.2)*	12	**Significante toename**
			Lat pulldown (schouders) 9.5 (29.1)*	23.9 (23.5)*	9	**Significante toename**
			Chestpress (borst) 13.3 (19.6)*	14.3 (19.5)*	11	Geen significante verandering
Perspectief:	Persoonlijke doelen	**Doelen thermometers** (range 0-10).	Zie figuur 1			
	Zelfwaardering	**Rosenberg Self-Esteem Scale** (RSES; range 0-30). Hogere score = hogere zelfwaarde.	13.5 (5.6)	11.3 (4.4)	47	**Significante afname**
Zorglast naaste:	Zorglast	**Caregiver Strain Index** (CSI; range 0-13). Een hogere score = een hogere zorglast voor de naaste.	7.9 (3.6)	6.1 (3.7)	24	**Significante afname**
Secundair	Gedrag	**Neuropsychiatric Inventory** (NPI). Frequentie x ernst van een neuropsychiatrisch symptoom.	24.8 (15.9)	15.3 (16.9)	22	**Significante afname**
	Functionele status	**COOP/WONCA** meet verschillende aspecten van functioneren van de cliënt. Range 1-5; hogere score = slechter.	Lichamelijke fitheid 2.9 (1.1)	2.5 (1.0)	47	**Significante verbetering**
			Gemoedstoestand 2.6 (1.2)	2.4 (0.9)	47	Geen significante verandering
			Dagelijkse activiteiten 2.6 (1.1)	2.3 (1.2)	47	Geen significante verandering
			Sociale activiteiten 2.4 (1.3)	2.1(1.2)	47	Geen significante verandering
			Algemene gezondheid 2.9 (0.9)	2.9 (0.9)	47	Geen significante verandering
	Tevredenheid naaste	**LifeSatisfaction Questionnarie-9** (LiSat-9; range 0-6). Hogere score = meer tevreden met een levensaspect.	Algemene tevredenheid 4.0 (1.3)	4.5 (0.9)	24	**Significante toename**
			Zelfzorg 5.2(1.3)	5.1 (1.1)	22	Geen significante verandering
			Vrije tijd 3.8(4.4)	4.4 (1.2)	24	**Significante toename**
			Beroepssituatie 3.5 (1.6)	4.0 (1.0)	15	Geen significante verandering
			Financiële situatie 4.2 (1.6)	4.3 (1.2)	24	Geen significante verandering
			Seksleven 3.2 (1.6)	3.5 (1.7)	22	Geen significante verandering
			Huwelijk/relatie 4.5 (1.3)	4.4 (1.2)	22	Geen significante verandering
			Gezinsleven 4.5 (1.0)	4.5 (1.1)	23	Geen significante verandering
			Sociale contacten 4.4 (1.2)	4.4 (1.3)	24	Geen significante verandering

*mediaan (IQR)

Samenvatting

Cliënt kenmerken

De gemiddelde deelnemer aan het onderzoek betrof een man van 52 jaar die vijf jaar geleden, het meest waarschijnlijk, getroffen werd door een CVA. Vermoedelijk had hij voorafgaand aan het hersenletsel een betaalde baan en ten tijde van de start van Hersenz niet. Hij woont meestal zelfstandig zonder professionele begeleiding en met meerdere personen in één huishouden. In de zes maanden voorafgaand aan Hersenz heeft hij waarschijnlijk nog zorg ontvangen, vooral in de vorm van dagbesteding, fysiotherapie, thuiszorg en/of ambulante zorg.

Uitkomsten

Hersenz wordt door de cliënten over het algemeen goed gevolgd (2 modules plus thuisbehandeling en voldoende aanwezigheid).

Cliënten en naasten zijn zeer tevreden over Hersenz.

Cliënten verbeteren op:

- Individuele doelen
- Fysiek functioneren
- Tevredenheid met participatie
- Neuropsychiatrische symptomen (afname)
- Zorgbehoeften (afname)

Participatie (frequentie en restricties) verandert niet.

Zelfwaardering neemt af.

Naasten verbeteren op:

- Zorglast (afname)
- Tevredenheid met het leven en vrije tijd

Kanttekeningen

- Bij de nameting waren veel cliënten nog in zorg of hadden het programma net afgerond. De resultaten hebben dus betrekking op de directe effecten van Hersenz.
- Uit de resultaten kan niet worden afgeleid of de gevonden veranderingen op de lange termijn ook behouden blijven.
- Aangezien het onderzoek geen controlebehandeling omvatte, is het niet met zekerheid te zeggen of de gevonden resultaten zijn toe te schrijven aan de specifieke interventies van Hersenz of aan het feit dat er extra tijd en aandacht aan deze cliënten werd besteed.

Eindconclusie

De onderzoeksresultaten geven een positieve indruk van de uitkomsten van Hersenz.

Contact:
Caroline van Heugten
c.vanheugten@maastrichtuniversity.nl

School for Mental Health and Neuroscience
T +3143 388 4091

Maastricht University
Postbus 616
6200 MD Maastricht. The Netherlands

Appendix 2 Checklists groepsbijeenkomsten

Resultaten checklists 'Grip op je energie' (n=10)

		Volgens protocol	Niet volgens protocol						
	Onderdeel		Tijd	Vergeten	Groep	Instructie	Trainer	Anders	Niet ingevuld
	1. Kennismaking	7					1	1	1
	2. Doel van de training bespreken	9							1
	3. Uitleg klachten over vermoeidheid en bijbehorende vraag laten invullen	8						1	1
Bijeenkomst 1	4. Uitleg verschillende soorten vermoeidheid en bijbehorende vragen invullen	8						1	1
	5. Informatie over andere klachten bij vermoeidheid en bijbehorende vraag invullen	7						2	1
	6. Informatie over gezonde mensen en het maken van fouten	9							1
	7. Uitleg over relatie tussen hersenletsel en vermoeidheid, het bijbehorende schema bespreken en bijbehorende vragen laten invullen.	9							1
Bijeenkomst 2	1. Uitleg belastbaarheid en bijbehorende vragen laten invullen	8						1	1
	2. Uitleg overbelasten en onderbelasten en bijbehorende vragen invullen	8						1	1
	3. Schema vermoeidheidsscores laten invullen	9							1
	4. Uitleg over einddoelen en bijbehorende vraag laten invullen	8						1	1
	5. Uitleg strategieën om einddoelen te bereiken en bijbehorende vragen invullen	8						1	1
	6. Voorbereiding individuele doelengesprek	8						1	1
	7. Huiswerk opgeven: 'Voorbereiden individueel doelengesprek'	8						1	1
Bijeenkomst 3	1. Individueel doelengesprek en opstellen voorlopige einddoelen	7						1	2
Bijeenkomst 4	1. Doelenthermometers invullen.	10							
Bijeenkomst 5	1. Uitleg actiepunten en bijbehorende vragen laten invullen	8						1	1
	2. Huiswerk opgeven: 'Actiepunten opstellen voor komende week'	7					1	1	1
Bijeenkomst 6	1. Evaluatie actiepunt	8						1	1
	2. Uitleg ontspanning en bijbehorende vragen laten invullen	9							1
	3. Bespreken ontspannende bezigheden en bijbehorende vragen invullen	10							
	4. Huiswerk opgeven: 'Actiepunt opstellen voor komende week'	9						1	
Bijeenkomst 7	1. Evaluatie actiepunt	8			1			1	
	2. Bespreken blokkerende gedachten en bijbehorende vragen laten invullen	9						1	
	3. Bespreken helpende gedachten en bijbehorende vragen laten invullen	9						1	
	4. Bespreken soorten blokkerende gedachten	9						1	
	5. Vragen en schema laten invullen blokkerende en helpende gedachten	5	3					2	
	6. Huiswerk opgeven: 'Actiepunt opstellen voor komende week'	8			1			1	

(wordt vervolgd)

Resultaten checklists 'Omgaan met verandering' (n=15; vervolg)

		Volgens protocol	Niet volgens protocol					
	Onderdeel		**Tijd**	**Vergeten**	**Groep**	**Instructie**	**Trainer**	**Anders**
Bijeenkomst 8	1. Uitleggen 'Wat is gedrag'?	15						
	2. Schema actie-reactie uitleggen en samen invullen	13						2
	3. Mogelijke gedragsveranderingen bespreken, bijbehorende vragen laten invullen en samen bespreken	13			1			1
	4. Oefening actie-reactie	8	4		1			
	5. Actiepunt opstellen komende week	12	3					
Bijeenkomst 9	1. Methoden om gedrag te veranderen bespreken	14			1			
	2. Methode 'gedrag analyseren' bespreken en bijbehorende vragen laten invullen	11	1				2	1
	3. Methode 'alternatief gedrag bedenken met behulp van koppelingswoorden' bespreken en bijbehorende vragen laten invullen	7	4				1	3
	4. Methode 'feedback vragen' bespreken en bijbehorende vragen laten invullen	10	2				2	1
	5. Methode 'stop-denken-doen' bespreken en bijbehorende vragen laten invullen	10	1					4
	6. Actiepunt opstellen komende week	11	2				1	1
Bijeenkomst 10	1. Uitleg sociale contacten	15						
	2. Stellingen samen bespreken	13	1				1	
	3. Uitleg rollen en bijbehorende vragen laten invullen	10			2			3
	4. Uitleg sociale vaardigheiden en bijbehorende vragen laten invullen	13						2
	5. Opdracht 'sociale vaardigheden in een kort gesprek' uitvoeren en nabespreken	6	3		2		2	2
	6. Actiepunt opstellen komende week	8	5		1			1
Bijeenkomst 11	1. Uitleg sociale contacten onderhouden en bijbehorende vragen laten invullen	10			1		2	2
	2. Uitleg sociale contacten verbeteren en bijbehorende vragen laten invullen	11			1		1	2
	3. Plan laten opstellen en in de groep of met trainers bespreken	8	1		3		1	2
	4. Uitleg nieuwe contacten aangaan en bijbehorende vragen laten invullen	6	2		2		3	2
	5. Uitleg werk, sport, hobby's en uitgaan en bijbehorende vragen laten invullen	12	1				1	1
	6. Opdracht vragenlijst in laten vullen en antwoorden met elkaar bespreken	7	4				2	2
	7. Actiepunt opstellen komende week	9	1				1	4
Bijeenkomst 12	1. Uitleg stappenplan en bijbehorende vragen laten invullen	13	1					1
	2. Actiepunt opstellen komende week	8	1		1		1	4
Bijeenkomst 13	1. Nabespreken stappenplan bijeenkomst 12	9						6
	2. Einddoelen deelnemers bespreken	15						
Bijeenkomst 14	1. Training nabespreken en opmerkingen noteren	13						2
	2. Evaluatieformulier laten invullen	12	2					1

Tijd=Geen tijd; Groep=Groepsdynamiek; Instructie=Instructie onduidelijk; Trainer=Mening trainer

Resultaten checklists ‘Grip op je energie’ (n=10)

		Volgens protocol	Niet volgens protocol						
	Onderdeel		**Tijd**	**Vergeten**	**Groep**	**Instructie**	**Trainer**	**Anders**	**Niet ingevuld**
	1. Kennismaking	7					1	1	1
	2. Doel van de training bespreken	9							1
	3. Uitleg klachten over vermoeidheid en bijbehorende vraag laten invullen	8						1	1
Bijeenkomst 1	4. Uitleg verschillende soorten vermoeidheid en bijbehorende vragen invullen	8						1	1
	5. Informatie over andere klachten bij vermoeidheid en bijbehorende vraag invullen	7						2	1
	6. Informatie over gezonde mensen en het maken van fouten	9							1
	7. Uitleg over relatie tussen hersenletsel en vermoeidheid, het bijbehorende schema bespreken en bijbehorende vragen laten invullen.	9							1
Bijeenkomst 2	1. Uitleg belastbaarheid en bijbehorende vragen laten invullen	8						1	1
	2. Uitleg overbelasten en onderbelasten en bijbehorende vragen invullen	8						1	1
	3. Schema vermoeidheidsscores laten invullen	9							1
	4. Uitleg over einddoelen en bijbehorende vraag laten invullen	8						1	1
	5. Uitleg strategieën om einddoelen te bereiken en bijbehorende vragen invullen	8						1	1
	6. Voorbereiding individuele doelengesprek	8						1	1
	7. Huiswerk opgeven: ‘Voorbereiden individueel doelengesprek’	8						1	1
Bijeenkomst 3	1. Individueel doelengesprek en opstellen voorlopige einddoelen	7						1	2
Bijeenkomst 4	1. Doelenthermometers invullen.	10							
Bijeenkomst 5	1. Uitleg actiepunten en bijbehorende vragen laten invullen	8						1	1
	2. Huiswerk opgeven: ‘Actiepunten opstellen voor komende week’	7					1	1	1
Bijeenkomst 6	1. Evaluatie actiepunt	8						1	1
	2. Uitleg ontspanning en bijbehorende vragen laten invullen	9							1
	3. Bespreken ontspannende bezigheden en bijbehorende vragen invullen	10							
	4. Huiswerk opgeven: ‘Actiepunt opstellen voor komende week’	9						1	
Bijeenkomst 7	1. Evaluatie actiepunt	8			1			1	
	2. Bespreken blokkerende gedachten en bijbehorende vragen laten invullen	9						1	
	3. Bespreken helpende gedachten en bijbehorende vragen laten invullen	9						1	
	4. Bespreken soorten blokkerende gedachten	9						1	
	5. Vragen en schema laten invullen blokkerende en helpende gedachten	5	3					2	
	6. Huiswerk opgeven: ‘Actiepunt opstellen voor komende week’	8			1			1	

(wordt vervolgd)

Resultaten checklists ‘Grip op je energie’ (n=10; vervolg)

		Volgens protocol	Niet volgens protocol						
	Onderdeel		**Tijd**	**Vergeten**	**Groep**	**Instructie**	**Trainer**	**Anders**	**Niet ingevuld**
Bijeenkomst 8	1. Evaluatie actiepunt	8	1				1		
	2. Bespreken registratie van vermoeidheid	10							
	3. Opdracht: ‘Registratieformulier invullen’	10							
	4. Huiswerk opgeven: ‘Registratielijst invullen’	10							
	5. Huiswerk opgeven: ‘Actiepunt opstellen voor komende week’	6	1					1	2
Bijeenkomst 9	1. Evaluatie actiepunt	8	1				1		
	2. Evaluatie invullen registratieformulier	10							
	3. Bespreken ‘wat, hoe en wanneer’ en bijbehorende opdrachten maken	9						1	
	4. Uitleg ‘kleuren en activiteiten’ en bijbehorende vragen laten invullen	10							
	5. Opdracht ‘Kleuren registratieformulieren’	10							
	6. Huiswerk opgeven: ‘Actiepunt opstellen voor komende week’	8	1				1		
Bijeenkomst 10	1. Evaluatie actiepunt	9						1	
	2. Opdracht ‘kleuren meest en minst vermoeiende dag’	9			1				
	3. Bespreken meest en minst vermoeiende dagen en vragen invullen	7	1		1			1	
	4. Bespreken balans, verdelen, variëren en pauzeren en vragen laten invullen	5	2		1			2	
	5. Huiswerk opgeven: ‘Actiepunt opstellen voor komende week’	7	2				1		
Bijeenkomst 11	1. Evaluatie actiepunt	9					1		
	2. Uitleg plannen en bijbehorende vragen laten invullen	10							
	3. Bespreken waar rekening mee gehouden moet worden met plannen	9					1		
	4. Huiswerk opgeven: ‘Planning maken en uitvoeren’	7			1		1	1	
	5. Huiswerk opgeven: ‘Actiepunt opstellen voor komende week’	8					1	1	
Bijeenkomst 12	1. Evaluatie actiepunt	6						3	1
	2. Evalueren huiswerkopdracht ‘planning maken en uitvoeren’	6			1			2	1
	3. Bespreken ontspanning en bijbehorende vragen laten invullen	7			1			1	1
	4. Opdracht: ‘Ontspanning plannen’	6			1			2	1
	5. Bespreken hele week plannen en bijbehorende vragen laten invullen	6			1		1	1	1
	6. Huiswerk opgeven: ‘Planning maken en uitvoeren’	7			1		1		1
Bijeenkomst 13	1. Evaluatie training en bijbehorende vragen laten invullen	8					2		
	2. Doelenthermometers invullen	8					1	1	
	3. Bespreken aandachtspunten na de groepstraining/omgaan met vermoeidheid	8	2						
Bijeenkomst 14	1. Persoonlijk eindgesprek	7					1	2	
	2. Huiswerk opgeven: ‘Einddoelen en aandachtspunten’	5					1	3	1

Tijd=Geen tijd; Groep=Groepsdynamiek; Instructie=Instructie onduidelijk; Trainer=Mening trainer

Resultaten checklists ‘Denken en doen: Aandacht en geheugen’ (n=4)

		Volgens protocol	Niet volgens protocol					
	Onderdeel		**Tijd**	**Vergeten**	**Groep**	**Instructie**	**Trainer**	**Anders**
Bijeenkomst 1	1. Inleiding aandacht en geheugen	3						1
	2. Bespreken herkenning van de problemen	4						
	3. Bespreken ‘Gevolgen de aandachts- en geheugenproblemen in het dagelijks leven’	4						
	4. Bespreken inhoud en doel van de training en map	3						1
	5. Kennismaking	1					1	2
	6. Afspraken doornemen en verdere afspraken maken	3						1
	7. Afspraak maken individuele doelengesprek	2						2
Bijeenkomst 2	1. Voorbereiding op het doelengesprek	4						
	2. Individueel doelengesprek	4						
	3. Voorlopige doelen opstellen	4						
Bijeenkomst 3	1. Doelen bespreken in de groep	4						
	2. Definitieve einddoelen opstellen	4						
	3. Doelenthermometers invullen	4						
	4. Uitleg actiepunten opstellen	3		1				
Bijeenkomst 4	1. Uitleg cognitieve piramide	4						
	2. Bespreken wat aandacht is, waar het voor nodig is.	4						
	3. Bespreken alertheid en bijbehorende vragen laten invullen	4						
	4. Bespreken tempo van informatieverwerking (mentale traagheid) en vragen laten invullen	4						
	5. Actiepunt opstellen voor komende week	3	1					
Bijeenkomst 5	1. Zelfbeoordelingslijst aandacht in laten vullen en nabespreken	4						
	2. Bespreken ‘Gerichte aandacht’ en bijbehorende vragen laten invullen	4						
	3. Oefening ‘Een krantenartikel lezen’	4						
	4. Oefening ‘Een-op-een gesprek’	1	2		1			
	5. Tips geven voor het voeren van gesprekken	4						
	6. Bespreken ‘Vaste en logische plekken’	4						
	7. Tips geven om te zoeken en bijbehorende vragen laten invullen	4						
	8. Actiepunt opstellen voor komende week	3	1					
Bijeenkomst 6	1. Bespreken ‘Volgehouden aandacht’ en bijbehorende vragen laten invullen	4						
	2. Oefening ‘Een stuk lezen’	2	1				1	
	3. Oefening ‘NOS-journaal’	4						
	4. Bespreken ‘Verdeelde aandacht’ en bijbehorende vragen laten invullen	4						
	5. Oefening ‘Telefoneren en iets opschrijven’	2					1	1
	6. Oefening ‘Twee dingen tegelijk doen’	2	2					
	7. Actiepunt opstellen voor komende week	3	1					

(wordt vervolgd)

Resultaten checklists ‘Denken en doen: Aandacht en geheugen’ (n=4; vervolg)

		Volgens protocol	Niet volgens protocol					
	Onderdeel		**Tijd**	**Vergeten**	**Groep**	**Instructie**	**Trainer**	**Anders**
Bijeenkomst 7	1. Bespreken ‘Gevolgen voor het dagelijks leven’	4						
	2. Bespreken ‘Aandacht verslechteren of verbeteren’ en bijbehorende vragen laten invullen	4						
	3. Opdracht ‘Voorbeeld uit dagelijks leven’ en bespreken in de groep	3						1
	4. Actiepunt opstellen voor komende week	3	1					
Bijeenkomst 8	1. Bespreken ‘Manieren om met aandachtsproblemen om te gaan’ en opdrachten maken	4						
	2. Invullen ‘conclusies aandacht’	2	2					
	3. Actiepunt opstellen voor komende week	3	1					
Bijeenkomst 9	1. Uitleg geven ‘Geheugen’	4						
	2. Uitleg ‘Onderdelen van het geheugen’	4						
	3. Bespreken ‘Stappen om te onthouden’ en bijbehorende vragen laten invullen	4						
	4. Uitleg ‘PRET’ en bijbehorende vragen laten invullen	4						
	5. Actiepunt opstellen voor komende week	4						
Bijeenkomst 10	1. Bespreken ‘Gevolgen voor het dagelijks leven’ en bijbehorende vraag laten invullen	4						
	2. Bespreken ‘Geheugenproblemen’ en bijbehorende vragen laten invullen	4						
	3. Lijst geheugenklachten laten invullen	4						
	4. Bespreken ‘Acceptatie’	4						
	5. Bespreken ‘Uitleg geven’ en bijbehorende vragen laten invullen	3	1					
	6. Spel ‘Hoe onthoudt u?’ en tips uit het spel laten opschrijven	2	2					
	7. Actiepunt opstellen voor komende week	2	1				1	
Bijeenkomst 11	1. Invullen ‘Inventarisatielijst geheugenstrategieën	4						
	2. Bespreken ‘Externe geheugenstrategieën en misverstanden’	4						
	3. Bespreken ‘Verschillende externe geheugenstrategieën’ en opdracht uitvoeren	4						
	4. Invullen ‘Inventarisatielijst hulpmiddelen’ en bijbehorende vragen laten invullen	4						
	5. Enkele tips bespreken en cliënten op de lijst met tips wijzen	3	1					
	6. Actiepunt opstellen voor komende week	4						
Bijeenkomst 12	1. Invullen ‘Inventarisatielijst geheugenstrategieën’	3					1	
	2. Bespreken ‘Interne geheugenstrategieën’ en bijbehorende opdracht uitvoeren	2					1	1
	3. Vragen ‘Aandacht, tijd en herhaling’ laten invullen	3					1	
	4. Oefening ‘Knopen’ en bijbehorende vragen laten invullen	3					1	
	5. Oefeningen ‘Ordenen’ en bijbehorende vragen laten invullen	3					1	
	6. Oefening ‘Vooruit kijken’ en bijbehorende vragen laten invullen	2	1				1	
	7. Oefening ‘Terug kijken’ en bijbehorende vragen laten invullen	1	1				2	
	8. Uitleg ‘Strategieën onthouden – ATHKOV’	2	1				1	
	9. Invullen ‘inventarisatielijst gebruik interne strategieën’ en bijbehorende vragen invullen	1	1		1		1	

(wordt vervolgd)

Resultaten checklists ‘Denken en doen: Aandacht en geheugen’ (n=4; vervolg)

		Volgens protocol	Niet volgens protocol					
	Onderdeel		**Tijd**	**Vergeten**	**Groep**	**Instructie**	**Trainer**	**Anders**
Bijeenkomst 12	10. Enkele tips bespreken en cliënten op de lijst met tips wijzen	2	1				1	
	11. Invullen ‘Conclusies geheugen’	2	1				1	
	12. Actiepunt opstellen voor komende week	3	1					
Bijeenkomst 13	1. Bespreken einddoelen en invullen doelenthermometers	4						
	2. Nieuwe doelen (voor na de training) opstellen	2	1					1
	3. Invullen vragen ‘Aandachtspunten uit de training’	3	1					
Bijeenkomst 14	1. Eindevaluatiegesprek	3						1

Tijd=Geen tijd; Groep=Groepsdynamiek; Instructie=Instructie onduidelijk; Trainer=Mening trainer

Resultaten checklists 'In beweging A' (n=11)

		Volgens protocol	Niet volgens protocol						
	Onderdeel		**Tijd**	**Vergeten**	**Groep**	**Instructie**	**Trainer**	**Anders**	**Niet ingevuld**
Bijeenkomst 1	1. Fitstroke/Neurogym: Nulmeting 4 werkstations	10						1	
	2. Fitstroke/Neurogym: Doelen stellen	3	4				2	2	
	3. PMT:Thema Kennismaking, contact maken	7	1		2			1	
Bijeenkomst 2	1. Fitstroke/Neurogym: Nulmeting 4 werkstations	10							1
	2. Fitstroke/Neurogym: Doelen stellen	4	1		1		2	2	1
	3. Balans/valpreventie	3	2		1		3	1	1
Bijeenkomst 3	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	6	2				2	1	
	2. PMT: Thema Rollen binnen de groep	5	1		1		3	1	
Bijeenkomst 4	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	8	1				1		1
	2. Handmotoriek/valpreventie	4			1		4	1	1
Bijeenkomst 5	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	9	1				1		
	2. PMT: Thema Veranderingen in persoonlijkheid	4	1		2		2	2	
Bijeenkomst 6	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	8	1				1	1	
	2. Balans/valpreventie	3	1		1		2	4	
Bijeenkomst 7	1. Fitstroke/Neurogym8 werkstations in tweetallen	9	1				1		
	2. PMT: Thema Zelfbeeld	3	2		2		1	2	1
Bijeenkomst 8	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	9	1				1		
	2. Handmotoriek/valpreventie	3			1		3	4	
Bijeenkomst 9	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	9	1				1		
	2. PMT: Thema Emoties	5	2		2			2	
Bijeenkomst 10	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	7	1				1	2	
	2. Balans/valpreventie	4			1		2	4	
Bijeenkomst 11	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	8	2				1		
	2. PMT: Thema Gedrag: ik en de ander	3	2		2		1	3	
Bijeenkomst 12	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	6	1				1	3	
	2. Handmotoriek/valpreventie	2	1		1		3	4	
Bijeenkomst 13	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	9	1				1		
	2. PMT: Thema Stop-Denk-Doe	5	1		2		1	2	
Bijeenkomst 14	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	9	1				1		
	2. Balans/valpreventie	6			1		1	3	
Bijeenkomst 15	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	8	1				1		1
	2. PMT: Thema Zelfvertrouwen	6			2			2	1
Bijeenkomst 16	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	7	1				1	1	1
	2. Handmotoriek/valpreventie	2	1		1		4	2	1
Bijeenkomst 17	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	8	1				1		1
	2. PMT: Thema Dubbeltaken	3	1	1	2	1	1	1	1

(wordt vervolgd)

Resultaten checklists 'In beweging A' (n=11; vervolg)

		Volgens protocol	Niet volgens protocol						
	Onderdeel		**Tijd**	**Vergeten**	**Groep**	**Instructie**	**Trainer**	**Anders**	**Niet ingevuld**
Bijeenkomst 19	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	7	1				1	1	1
	2. PMT: Thema Stemming	2	2		2		3	1	1
Bijeenkomst 20	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	8	1				1		1
	2. Handmotoriek/valpreventie	3	1		1		2	3	1
Bijeenkomst 21	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	8	1				1		1
	2. PMT: Thema Angst	4			2		3	1	1
Bijeenkomst 22	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	8					1		2
	2. Balans/valpreventie	3	1		1		1	3	2
Bijeenkomst 23	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	8	1				1		1
	2. PMT: Thema Grenzen	5	1		2			2	1
Bijeenkomst 24	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	8	1				1		1
	2. Handmotoriek/valpreventie	2	1		2		2	3	1
Bijeenkomst 25	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	7	1				1	1	1
	2. PMT: Zelfredzaamheid	4			2		2	1	2
Bijeenkomst 26	1. Fitstroke/Neurogym: 8 werkstations in tweetallen	7	1				1		2
	2. Balans/valpreventie	2	1		1		2	3	2
Bijeenkomst 27	1. Fitstroke/Neurogym: Evaluatie 4 werkstations	7						3	1
	2. PMT: Thema Samenbrengen verschillende thema's	2	2		1			4	2
Bijeenkomst 28	1. Fitstroke/Neurogym: Evaluatie 4 werkstations	6	1					3	1
	2. PMT: Thema Afscheid nemen	3			3			4	1

Tijd=Geen tijd; Groep=Groepsdynamiek; Instructie=Instructie onduidelijk; Trainer=Mening trainer

Resultaten checklists 'In beweging B' (n=6)

		Volgens protocol	Niet volgens protocol					
	Onderdeel		**Tijd**	**Vergeten**	**Groep**	**Instructie**	**Trainer**	**Anders**
Bijeenkomst 1	1. GAT: Testen balans	3					1	3
	2. PMT: Thema Kennismaking	3			1		3	
Bijeenkomst 2	1. GAT: Testen kracht en uithoudingsvermogen	5						1
	2. PMT: Thema Lichaamstekening	3			2		1	
Bijeenkomst 3	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	6						
	2. PMT: Thema Overbelasten/onderbelasten als individu	3			3			
Bijeenkomst 4	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	6						
	2. PMT: Thema Overbelasten/onderbelasten in een groep	4			2			
Bijeenkomst 5	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	6						
	2. PMT: Thema Angst/spanning om te bewegen als individu	4			2			
Bijeenkomst 6	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5					1	
	2. PMT: Thema Angst/spanning om te bewegen in een groep	4			2			
Bijeenkomst 7	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5					1	
	2. PMT: Thema Keuzes maken/grenzen stellen als individu	4			1		1	
Bijeenkomst 8	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5					1	
	2. PMT: Thema Keuzes maken/grenzen stellen in een groep	4			1		1	
Bijeenkomst 9	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5					1	
	2. PMT: Thema Succeservaring/flow als individu	4			2			
Bijeenkomst 10	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5					1	
	2. PMT: Thema Succeservaring/flow in een groep	4			1		1	
Bijeenkomst 11	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5					1	
	2. PMT: Thema Ontspannen als individu	4			2			
Bijeenkomst 12	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5						1
	2. PMT: Thema Ontspannen in een groep	3			1		1	1
Bijeenkomst 13	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	6						
	2. PMT: Thema Blokkerende en helpende gedachten als individu	3	1		2			
Bijeenkomst 14	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	4					1	1
	2. PMT: Thema Blokkerende en helpende gedachten in een groep	2			3		1	
Bijeenkomst 15	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5	1					
	2. PMT: Thema Registratie van vermoeidheid als individu	3	1		2			

(Wordt vervolgd)

Resultaten checklists 'In beweging B' (n=6; vervolg)

		Volgens protocol	Niet volgens protocol					
	Onderdeel		**Tijd**	**Vergeten**	**Groep**	**Instructie**	**Trainer**	**Anders**
Bijeenkomst 16	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5					1	
	2. PMT: Thema Registratie van vermoeidheid in een groep	2			3		1	
Bijeenkomst 17	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5					1	
	2. PMT: Thema N.a.v. registratie andere keuzes maken als individu	3			2			1
Bijeenkomst 18	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	4					1	1
	2. PMT: Thema N.a.v. registraties andere keuzes maken in een groep	2			2		1	1
Bijeenkomst 19	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5					1	
	2. PMT: Thema Activiteitenpatroon als individu	4			2			
Bijeenkomst 20	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5						1
	2. PMT: Thema Activiteitenpatroon in een groep	2			2		1	1
Bijeenkomst 21	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5					1	
	2. PMT: Thema Plannen als individu	3			2			1
Bijeenkomst 22	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	6						
	2. PMT: Thema Plannen in een groep	2			2		1	1
Bijeenkomst 23	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	6						
	2. PMT: Thema Ontspanning plannen individueel	3			1		1	1
Bijeenkomst 24	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	6						
	2. PMT: Thema Ontspanning plannen in een groep	2	1		1		1	1
Bijeenkomst 25	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5					1	
	2. PMT: Thema Terugkoppeling en vooruit kijken individueel	2			2		1	1
Bijeenkomst 26	1. GAT: Conditie, bovenlichaam, benen	5					1	
	2. PMT: Thema Terugkoppeling en vooruit kijken in een groep	1			3		1	1
Bijeenkomst 27	1. GAT: Testen balans	4					1	1
	2. PMT: Thema Lichaamstekening	1			2		1	2
Bijeenkomst 28	1. GAT: Testen kracht en uithoudingsvermogen	5						1
	2. PMT: Thema Afscheid nemen en afsluiting	3			1			2

Tijd=Geen tijd; Groep=Groepsdynamiek; Instructie=Instructie onduidelijk; Trainer=Mening trainer

Appendix 3 Tevredenheidsvragelijsten (incl. resultaten)

Tevredenheidsvragenlijst 'Omgaan met verandering'

		N	Gem (sd)	(helemaal) mee eens n(%)
1	Ik ben tevreden over de behandelaar(s) die deze training gegeven hebben.	39	4.4(0.8)	35 (89.7)
2	Het is goed dat deze training in groepsvorm wordt gegeven.	39	4.3(0.9)	33(84.6)
3	De training voldeed aan mijn verwachtingen.	39	3.7(1.1)	21(53.8)
4	De map waarmee we gewerkt hebben was duidelijk.	38	3.9(1.3)	28(71.8)
5	Ik heb veel aan deze training gehad.	39	4.1(0.9)	30(76.9)
6	Ik pas dingen die ik geleerd heb toe in mijn dagelijkse leven.	39	3.9(1.0)	28(71.8)
7	Ik zou andere mensen aanraden om deel te nemen aan deze training.	39	4.3(1.1)	33(84.6)

Scores: 0 helemaal niet mee eens – 5 helemaal mee eens

		N	Gem (sd)	Te kort/weinig n(%)	Voldoende n(%)	Te lang/veel n(%)
8	Het aantal bijeenkomsten (14) was:	39	0.8(0.6)	10(25.6)	26(66.7)	3(7.7)
9	De duur van één bijeenkomst (2uur) was:	39	1.0(0.5)	4(10.3)	30(76.9)	5(12.8)
10	Het aantal mensen in de groep was:	39	1.0(0.4)	4(10.3)	32(82.0)	3(7.7)

Scores: 0 te kort/te weinig – 2 te lang/teveel

		N	Gem(sd)	Meestal/altijd n(%)
11	In hoeverre heeft u meegedaan in de gesprekken tijdens de bijeenkomsten?	39	3.4(0.7)	36(92.3)
12	In hoeverre heeft u meegedaan aan de opdrachten tijdens de bijeenkomsten?	39	3.2(0.9)	33(84.6)
13	In hoeverre heeft u iedere week de actiepunten uitgevoerd?	39	2.9(1.0)	27(69.2)

Scores: 0 nooit – 4 altijd

		N	Gem(sd)	Min-max
14	Wilt u aan 'Omgaan met Verandering' een rapportcijfer geven tussen 0 en 10. ''0'' betekent dat u helemaal niet tevreden bent, "10" dat u heel erg tevreden bent.	45	8.0(1.2)	5-10

Tevredenheidsvragenlijst 'Grip op je energie'

		N	Gem (sd)	(helemaal) mee eens n(%)
1	Ik ben tevreden over de behandelaar(s) die de training gegeven hebben.	22	4.6(0.7)	20 (90.0)
2	Het is goed dat deze training in groepsvorm wordt gegeven.	22	4.9(0.4)	22(100)
3	De training voldeed aan mijn verwachtingen.	22	4.1(1.0)	16(72.7)
4	De map waarmee we gewerkt hebben was duidelijk.	22	4.3(0.7)	19(86.4)
5	Ik heb veel aan deze training gehad.	22	4.5(1.1)	19(86.4)
6	Ik pas dingen die ik geleerd heb toe in mijn dagelijkse leven.	22	4.1(1.0)	17(77.3)
7	Ik zou andere mensen aanraden om deel te nemen aan deze training.	22	4.6(0.6)	21(95.5)

Scores: 0 helemaal niet mee eens – 5 helemaal mee eens

		N	Gem (sd)	Te kort/weinig n(%)	Voldoende n(%)	Te lang/veel n(%)
8	Het aantal bijeenkomsten (14) was:	22	0.9(0.5)	4(18.2)	17(77.3)	1(4.5)
9	De duur van één bijeenkomst (2uur) was:	22	1.1(0.4)	0(0.0)	19(86.4)	3(13.6)
10	Het aantal mensen in de groep was:	22	0.9(0.3)	2(9.1)	20(90.9)	0(0.0)

Scores: 0 te kort/te weinig – 2 te lang/teveel

		N	Gem(sd)	Meestal/altijd n(%)
11	In hoeverre heeft u meegedaan in de gesprekken tijdens de bijeenkomsten?	22	3.5(0.9)	11(50.0)
12	In hoeverre heeft u meegedaan aan de opdrachten tijdens de bijeenkomsten?	22	3.7(0.5)	22(100)
13	In hoeverre heeft u iedere week de actiepunten uitgevoerd?	22	3.3(0.7)	19(86.4)

Scores: 0 nooit – 4 altijd

		N	Gem(sd)	Min-max
14	Wilt u aan 'Grip op je energie' een rapportcijfer geven tussen 0 en 10. ''0'' betekent dat u helemaal niet tevreden bent, "10" dat u heel erg tevreden bent.	22	8.3(1.1)	6-10

Tevredenheidsvragenlijst 'Denken en doen'

		N	Gem (sd)	(helemaal) mee eens n(%)
1	Ik ben tevreden over de behandelaar(s) die deze training gegeven hebben.	12	4.8(0.4)	12 (100)
2	Het is goed dat deze training in groepsvorm wordt gegeven.	12	4.4(1.2)	8(66.7)
3	De training voldeed aan mijn verwachtingen.	12	4.0(0.9)	8(66.7)
4	De map waarmee we gewerkt hebben was duidelijk.	12	4.0(1.0)	9(75.0)
5	Ik heb veel aan deze training gehad.	12	3.8(0.9)	8(66.7)
6	Ik pas dingen die ik geleerd heb toe in mijn dagelijkse leven.	12	3.9(0.8)	8(66.7)
7	Ik zou andere mensen aanraden om deel te nemen aan deze training.	12	4.3(0.9)	9(75)

Scores: 0 helemaal niet mee eens – 5 helemaal mee eens

		N	Gem (sd)	Te kort/weinig n(%)	Voldoende n(%)	Te lang/veel n(%)
8	Het aantal bijeenkomsten (14) was:	12	1.1(0.3)	0(0.0)	11(91.7)	1(8.3)
9	De duur van één bijeenkomst (2uur) was:	12	1.1(0.3)	0(0.0)	11(91.7)	1(8.3)
10	Het aantal mensen in de groep was:	12	0.9(0.3)	1(8.3)	11(91.7)	0(0.0)

Scores: 0 te kort/te weinig – 2 te lang/teveel

		N	Gem(sd)	Meestal/altijd n(%)
11	In hoeverre heeft u meegedaan in de gesprekken tijdens de bijeenkomsten?	12	3.4(0.8)	10(83.3)
12	In hoeverre heeft u meegedaan aan de opdrachten tijdens de bijeenkomsten?	12	3.6(0.7)	11(91.7)
13	In hoeverre heeft u iedere week de actiepunten uitgevoerd?	12	3.4(0.7)	11(91.7)

Scores: 0 nooit – 4 altijd

		N	Gem(sd)	Min-max
14	Wilt u aan 'Denken en doen' een rapportcijfer geven tussen 0 en 10. ''0'' betekent dat u helemaal niet tevreden bent, "10" dat u heel erg tevreden bent.	12	8.1(1.1)	7-10

Tevredenheidsvragenlijst 'In beweging A'

		N	Gem (sd)	(helemaal) mee eens n(%)
1	Ik ben tevreden over de behandelaar(s) die deze training gegeven hebben.	22	4.6(0.5)	22(100)
2	Het is goed dat deze training in groepsvorm wordt gegeven.	22	4.3(1.0)	17(77.3)
3	De training voldeed aan mijn verwachtingen.	22	4.0(1.0)	15(68.2)
4	Ik heb veel aan deze training gehad.	22	4.3(0.8)	19(86.4)
5	Ik pas dingen die ik geleerd heb toe in mijn dagelijkse leven.	22	3.9(0.8)	16(72.7)
6	Ik zou andere mensen aanraden om deel te nemen aan deze training.	22	4.5(0.7)	20(90.9)

Scores: 0 helemaal niet mee eens – 5 helemaal mee eens

		N	Gem (sd)	Te kort/weinig n(%)	Voldoende n(%)	Te lang/veel n(%)
7	Het aantal bijeenkomsten (28) was:	22	1.1(0.4)	1(4.5)	18(81.8)	3(13.6)
8	De duur van één bijeenkomst (2uur) was:	22	1.1(0.4)	1(4.5)	18(81.8	3(13.6)
9	Het aantal mensen in de groep was:	22	0.8(0.4)	4(18.2)	18(81.8)	0(0.0)

Scores: 0 te kort/te weinig – 2 te lang/teveel

		N	Gem(sd)	Meestal/altijd n(%)
10	In hoeverre heeft u meegedaan in de oefeningen tijdens de bijeenkomsten?	22	3.5(0.7)	20(90.9)
11	In hoeverre heeft u thuis actiepunten uitgevoerd?	22	2.1(1.6)	3(13.6)

Scores: 0 nooit – 4 altijd

		N	Gem(sd)	Min-max
12	Wilt u aan 'In beweging A' een rapportcijfer geven tussen 0 en 10. ''0'' betekent dat u helemaal niet tevreden bent, "10" dat u heel erg tevreden.	26	8.2(1.0)	7-10

Tevredenheidslijsten 'In beweging B'

		N	Gem (sd)	(helemaal) mee eens n(%)
1	Ik ben tevreden over de behandelaar(s) die deze training gegeven hebben.	20	4.6(0.5)	20(100)
2	Het is goed dat deze training in groepsvorm wordt gegeven.	20	4.6(0.6)	19(95.0)
3	De training voldeed aan mijn verwachtingen.	20	4.2(0.8)	16(80.0)
4	Ik heb veel aan deze training gehad.	20	4.3(0.7)	17(85.0)
5	Ik pas dingen die ik geleerd heb toe in mijn dagelijkse leven.	20	3.8(1.0)	13(65.0)
6	Ik zou andere mensen aanraden om deel te nemen aan deze training.	20	4.6(0.6)	19(95.0)

Scores: 0 helemaal niet mee eens – 5 helemaal mee eens

		N	Gem (sd)	Te kort/weinig n(%)	Voldoende n(%)	Te lang/veel n(%)
7	Het aantal bijeenkomsten (28) was:	20	0.8(0.6)	6(30.0)	13(65.0)	1(5.0)
8	De duur van één bijeenkomst (2uur) was:	20	1.1(0.4)	1(5.0)	16(80.0)	3(15.0)
9	Het aantal mensen in de groep was:	20	0.8(0.5)	5(25.0)	14(70.0)	1(5.0)

Scores: 0 te kort/te weinig – 2 te lang/teveel

		N	Gem(sd)	Meestal/altijd n(%)
10	In hoeverre heeft u meegedaan in de oefeningen tijdens de groepsbijeenkomsten?	20	3.7(0.7)	19(95.0)
11	In hoeverre heeft u thuis actiepunten uitgevoerd?	20	2.5(1.7)	8(40.0)

Scores: 0 nooit – 4 altijd

		N	Gem(sd)	Min-max
12	Wilt u aan 'In beweging B' een rapportcijfer geven tussen 0 en 10. ''0'' betekent dat u helemaal niet tevreden bent, "10" dat u heel erg tevreden bent over de training.	20	8.5(1.1)	7-10

Tevredenheidsvragenlijst nameting cliënten

		N	Ja N(%)
1	Heeft u het afgelopen jaar thuisbehandeling gekregen?	41	39(95.1)

		N	Gem(sd)	(helemaal) mee eens N(%)
2	Ik ben tevreden over de behandelaar die de thuisbehandeling gegeven heeft.	39	4.7(0.5)	39(100)
3	De thuisbehandeling vind ik een waardevol onderdeel van mijn behandeling.	39	4.6(0.7)	35(89.7)
4	De thuisbehandeling voldoet aan mijn verwachtingen.	39	4.4(0.7)	34(87.2)
5	Ik heb veel aan de thuisbehandeling gehad.	39	4.4(0.8)	34(87.2)
6	Ik raad andere mensen de thuisbehandeling aan.	39	4.4(0.9)	34(87.2)

Scores: 0 helemaal niet mee eens – 5 helemaal mee eens

		N	Gem(sd)	Te weinig/ kort N(%)	Voldoende N(%)	Te veel/ lang N(%)
7	Ik vind het aantal keren thuisbehandeling:	38	1.0(0.2)	1(2.6)	36(94.7)	1(2.6)
8	Ik vind de duur van de huisbezoeken:	39	0.9(0.2)	2(5.1)	37(94.9)	0(0.0)

Scores: 0 te kort/te weinig – 2 te lang/teveel

		N	Gem(sd)	Niets/ weinig	Niet veel/ niet weinig	(heel) veel
9	In hoeverre heeft u iets gedaan met wat in de thuisbehandeling besproken is?	39	3.3(0.8)	4(10.3)	21(53.8)	14(35.9

Scores: 0 niets – 5 heel veel

		n	Gem(sd)	(helemaal) mee eens n(%)	NVT
10	De Hersenz behandeling voldoet aan mijn verwachtingen.	41	4.1(0.9)	32(78.0)	
11	De Hersenz behandeling kost mij te veel tijd.	40	1.4(1.6)	6(15.0)	
12	De Hersenz behandeling is te intensief.	40	1.5(1.8)	8(20.0)	
13	Ik heb altijd actief mee kunnen doen aan de Hersenz behandeling.	41	4.3(0.9)	36(87.8)	
14	Ik heb veel aan de Hersenz behandeling gehad.	41	4.5(0.7)	37(90.2)	
15	Ik pas de dingen die ik geleerd heb toe in het dagelijks leven.	41	4.1(0.9)	32(78.0)	
16	Ik raad andere mensen de Hersenz behandeling aan.	41	4.4(0.9)	36(87.8)	
17	Ik vind het waardevol dat een naaste persoon (bijv. partner) betrokken is bij de behandeling.	41	3.2(2.2)	27(65.9)*	12(29.3)

Scores: 0 helemaal niet mee eens – 5 helemaal mee eens
*% (helemaal) eens als het aantal NVT niet meegeteld wordt = 93.1% (27 van de 29)

		N	Ja N(%)
18	Vindt u dat er door Hersenz een verbetering in uw dagelijkse leven heeft plaatsgevonden?	41	40(97.6)

		N	Gem(sd)	Min-max
19	Wilt u aan Hersenz een rapportcijfer geven tussen 0 en 10. Het cijfer '0' betekent dat u helemaal niet tevreden bent, het cijfer '10' betekent dat u heel erg tevreden bent .	39	8.7(0.9)	7-10

Tevredenheidsvragenlijst nameting naasten

		N	Ja N(%)
1	Bent u het afgelopen jaar aanwezig geweest bij de thuisbehandeling of heeft u zelf afspraken gehad?	24	21(87.5)

		N	Gem(sd)	(helemaal) mee eens N(%)
2	Ik ben tevreden over de behandelaar die de thuisbehandeling gegeven heeft.	21	4.4(0.5)	21(100)
3	De thuisbehandeling voldoet aan mijn verwachtingen.	21	4.2(0.6)	19(90.5)
4	De thuisbehandeling is een waardevol onderdeel van de Hersenz behandeling.	21	4.4(0.6)	21(95.2)
5	Ik word voldoende betrokken bij de thuisbehandeling.	21	4.1(0.7)	19(90.9)
6	Ik heb veel aan de thuisbehandeling gehad.	21	3.6(1.2)	14(66.7)
7	De cliënt heeft veel aan de thuisbehandeling gehad.	21	4.5(0.5)	21(100)
8	Ik raad andere mensen de thuisbehandeling aan.	21	4.3(0.7)	18(85.7)

Scores: 0 helemaal niet mee eens – 5 helemaal mee eens

		N	Te weinig/te kort	voldoende	Te veel/te lang
9	Ik vind het aantal keren thuisbehandeling:	21	1(4.8)	19(90.5)	1(4.8)
10	Ik vind de duur van de huisbezoeken:	21	0(0.0)	20(95.2)	1(4.8)

Scores: 0 te kort/te weinig – 2 te lang/teveel

		N	Gem(sd)	Niets/ weinig	Niet veel/ niet weinig	(heel) veel
11	In hoeverre heeft uzelf iets gedaan met wat in de thuisbehandeling besproken is?	21	2.2(1.1)	3(14.3)	8(38.1)	10(47.7)
12	In hoeverre heeft de cliënt iets gedaan met wat in de thuisbehandeling besproken is?	21	3.1(0.7)	0(0.0)	4(19.0)	17(81.0)

Scores: 0 niets – 5 weinig

		N	Gem(sd)	(helemaal) mee eens N(%)
13	De Hersenz behandeling voldoet aan mijn verwachtingen.	23	3.9(1.0)	20(87.0)
14	De Hersenz behandeling kost mij te veel tijd.	22	1.3(1.4)	3(13.6)
15	Ik werd voldoende betrokken bij de Hersenz behandeling.	23	3.8(0.9)	18(81.8)
16	Er was ook voldoende aandacht voor mijn problemen.	23	3.5(1.3)	17(73.9)
17	Ik zou andere mensen de Hersenz behandeling aanraden.	23	4.3(0.6)	21(91.3)
18	De cliënt heeft veel aan de Hersenz behandeling gehad.	23	4.1(0.9)	19(82.6)
19	Ik heb veel aan de Hersenz behandeling gehad.	23	3.3(1.2)	15(65.2)
20	De Hersenz behandeling is te intensief voor De cliënt .	23	1.5(1.2)	1(4.3)
21	De cliënt heeft altijd actief mee kunnen doen aan de Hersenz behandeling.	23	3.9(0.9)	19(82.6)
22	De cliënt heeft voldoende inzet getoond gedurende de Hersenz behandeling.	23	4.3(0.6)	21(91.3)

Scores: 0 helemaal niet mee eens – 5 helemaal mee eens

		N	Ja N(%)
23	Vindt u dat door Hersenz een verbetering in het dagelijkse leven van de cliënt heeft plaatsgevonden?	24	23(95.8)
24	Vindt u dat door Hersenz een verbetering in uw dagelijkse leven heeft plaatsgevonden?	23	21(91.3)

		N	Gem(sd)	Min-max
25	Wilt u aan Hersenz een rapportcijfer geven tussen 0 en 10. Het cijfer ‘’0’’ betekent dat u helemaal niet tevreden bent. Het cijfer “10” dat u heel erg tevreden bent.	21	7.8(1.2)	5-10

Tevredenheidsvragenlijst nameting behandelaars

Opleidingsachtergrond (n=45)	N(%)
Sociaal Pedagogische hulpverlening	11(24.4)
Psychomotorische therapie	6(13.3)
Psychologie	4(8.9)
Fysiotherapie	3(6.7)
GZ-opleiding	2(4.4)
HBO-Overig	12(26.7)
WO-overig	2(4.4)
Anders	5(11.1)

Anders: Creatieve therapie, Ergotherapie, Orthopedagogiek, Sociaalpsychiatrische verpleegkunde, MBO-overig (allen n=1)

Behandeling Thuis

		N	Ja N(%)
1	Heeft u scholing gevolgd voor de Behandeling Thuis?	45	29(64.4)

		N	Gem (sd)	(helemaal) mee eens
2	Na de scholing was voor mij duidelijk wat van mij als thuisbehandelaar verwacht werd.	29	3.8(1.2)	10(34.5)
3	Na de scholing was ik in staat de Behandeling Thuis naar behoren uit te voeren.	29	3.7(1.1)	8(27.6)
4	Ik ben over het algemeen tevreden over de scholing over de Behandeling Thuis.	29	4.0(1.1)	12(41.4)

Scores: 0 helemaal niet mee eens – 5 helemaal mee eens

			N(%)		
		N	Goed	Voldoende	Onvoldoende
5	De kwaliteit van de scholing was:	28	6(21.4)	19(67.9)	3(10.7)

		N	Ja N(%)
6	Heeft u in de periode van september 2014 (landelijke start Hersenz) tot 1 november 2015 aan één of meerdere cliënten Behandeling Thuis gegeven?	45	27(60.0)

		N	Gem(sd)	Voor meer dan de helft van de cliënten N(%)
7	In hoeverre vindt u dat u de doelen van de Behandeling Thuis heeft behaald?	28	4.1(0.9)	26(92.9)
8	In hoeverre bent u aanwezig geweest bij de bijeenkomsten waarbij de cliënt(en) individuele doelen stelde(n) voor de overige Hersenz modules?	27	3.5(1.5)	17(63.0)
9	In hoeverre bent u aanwezig geweest bij de bijeenkomsten waarbij de cliënt(en) individuele doelen evalueerde(n) voor de overige Hersenz modules?	27	3.8(1.5)	18(66.7)
10	In hoeverre heeft u met de cliënt(en) gewerkt aan het toepassen van de individuele doelen van de overige Hersenz modules in de thuissituatie?	27	4.5(0.8)	24(88.9)
11	In hoeverre heeft u met de cliënt(en) het geleerde uit de overige modules toegepast in de thuissituatie?	27	3.9(1.2)	19(70.4)
12	In hoeverre heeft u met de cliënt(en) gewerkt aan andere individuele doelen, die niet gerelateerd waren aan een Hersenz module?	27	3.3(1.3)	10(37.0)

Scores: 1 Bij geen enkele cliënt – 5 Bij alle cliënten

		N	Gem(sd)	(helemaal) mee eens n(%)
13	De behandelaarsmap bevat voldoende informatie om Behandeling Thuis uit te voeren	27	3.9(0.8)	5(18.5)
14	De behandelaarsmap bevat duidelijke informatie.	27	4.4(0.9)	15(55.6)

Scores: 1 helemaal niet mee eens – 6 helemaal mee eens

		N	Te weinig	Voldoende	Te veel
15	Wat vindt u van de frequentie van Behandeling thuis? (gemiddeld 2u per 2 weken)	27	5(18.5)	22(81.5)	0(0.0)

		N	Gem(sd)	Voor meer dan de helft van de cliënten N(%)
16	In hoeverre denkt u dat cliënten baat hebben gehad van de Behandeling Thuis?	27	4.7(0.5)	27(100)
17	In hoeverre denkt u dat het systeem baat heeft gehad van de Behandeling Thuis?	27	4.4(0.6)	25(92.6)

Scores: 1 Bij geen enkele cliënt – 5 Bij alle cliënten

Scholing Cognitief Behandelaars

		N	Ja N(%)
18	Heeft u de scholing voor cognitief behandelaars gevolgd?	45	27(60.0)

		N	Gem(sd)	(helemaal) mee eens N(%)
19	Na de scholing was voor mij duidelijk wat er van mij verwacht werd.	27	4.3(0.9)	13(48.1)
20	Na de scholing ik in staat 'Omgaan met verandering' naar behoren uit te voeren.	27	4.4(1.1)	17(63.0)
21	Na de scholing was ik in staat 'Grip op je energie' naar behoren uit te voeren.	26	4.3(1.1)	16(61.5)
22	Na de scholing kon ik 'Denken en doen-Aandacht en geheugen' naar behoren uitvoeren.	27	4.3(1.1)	16(28.1)
23	Ik ben over het algemeen tevreden over de scholing voor cognitief behandelaars.	27	4.6(0.8)	20(74.1)

Scores: 1 helemaal niet mee eens – 6 helemaal mee eens

Module Omgaan met verandering (OMV)

		N	Ja N(%)
24	Heeft u van 1 september 2014 tot 1 november 2015 één of meer keer OMV gegeven?	44	29(65.9)

		N	Gem(sd)	Voor meer dan de helft van de cliënten N(%)
25	In hoeverre worden volgens u de doelen van OMV behaald?	29	1.6(0.9)	26(89.7)
26	In hoeverre denkt u dat cliënten baat hebben gehad van OMV?	29	4.4(0.6)	28(96.6)

Scores: 1 Bij geen enkele cliënt – 5 Bij alle cliënten

		N	Gem(sd)	(helemaal) mee eens n(%)
27	De trainersmap bevat voldoende informatie om OMV uit te voeren	29	4.5(1.0)	19(65.5)
28	De trainersmap bevat duidelijke informatie.	29	4.7(0.7)	22(75.9)

Scores: 1 helemaal niet mee eens – 6 helemaal mee eens

		N	Te weinig/te kort	Voldoende	Te veel/ te lang
29	Het aantal bijeenkomsten (14) was:	28	6(21.4)	21(75.0)	1(3.6)
30	De duur van één bijeenkomst (2 uur) was:	28	2(7.1)	24(85.7)	2(7.1)

Module Grip op je energie (GOE)

		N	Ja N(%)
31	Heeft u van 1 september 2014 tot 1 november 2015 één of meer keer GOE gegeven?	44	25(56.8)

		N	Gem(sd)	Voor meer dan de helft van de cliënten N(%)
32	In hoeverre worden volgens u de doelen van GOE behaald?	25	3.9(0.8)	18(72.0)
33	In hoeverre denkt u dat cliënten baat hebben gehad van GOE?	25	4.0(0.6)	20(80.0)

Scores: 1 Bij geen enkele cliënt – 5 Bij alle cliënten

		N	Gem(sd)	(helemaal) mee eens n(%)
34	De trainersmap bevat voldoende informatie om GOE uit te voeren	25	4.9(0.6)	23(92.0)
35	De trainersmap bevat duidelijke informatie.	25	4.9(0.7)	22(88.0)

Scores: 1 helemaal niet mee eens – 6 helemaal mee eens

		N	Te weinig/te kort	Voldoende	Te veel/ te lang
36	Het aantal bijeenkomsten (14) was:	25	4(16.0)	19(76.0)	2(8.0)
37	De duur van één bijeenkomst (2 uur) was:	25	1(4.0)	22(88.0)	2(8.0)

Module Denken en doen – Aandacht en geheugen (DD)

		N	Ja N(%)
38	Heeft u van 1 september 2014 tot 1 november 2015 één of meer keer DD gegeven?	44	9(20.5)

		N	Gem(sd)	Voor meer dan de helft van de cliënten N(%)
39	In hoeverre worden volgens u de doelen van DD behaald?	9	4.0(0.5)	8(88.9)
40	In hoeverre denkt u dat cliënten baat hebben gehad van DD?	9	4.0(0.5)	8(88.9)

Scores: 1 Bij geen enkele cliënt – 5 Bij alle cliënten

		N	Gem(sd)	(helemaal) mee eens n(%)
41	De trainersmap bevat voldoende informatie om DD uit te voeren	8	4.4(0.9)	5(62.5)
42	De trainersmap bevat duidelijke informatie.	9	4.4(1.0)	6(66.7)

Scores: 1 helemaal niet mee eens – 6 helemaal mee eens

		N	Te weinig/te kort	Voldoende	Te veel/ te lang
43	Het aantal bijeenkomsten (14) was:	9	1(11.1)	7(77.8)	1(11.1)
44	De duur van één bijeenkomst (2 uur) was:	9	0(0.0)	8(88.9)	1(11.1)

Scholing fysiek behandelaars

		N	Ja N(%)
45	Heeft u de scholing voor fysiek behandelaars gevolgd?	44	11(25.0)

		N	Gem(sd)	(helemaal) mee eens N(%)
46	Na de scholing was voor mij duidelijk wat van mij verwacht werd.	11	4.5(1.1)	7(63.6)
47	Na de scholing kon ik Fitstroke van 'In beweging A' naar behoren uitvoeren.	11	5.0(0.6)	9(81.8)
48	Na de scholing kon ik de Themagerichte interventie van 'In beweging A' naar behoren uitvoeren.	11	4.1(1.2)	6(54.5)
49	Na de scholing kon ik de Graded Activity training van 'In beweging B' naar behoren uitvoeren.	11	4.5(.8)	7(63.6)
50	Na de scholing kon ik de Themagerichte interventie van 'In beweging B' naar behoren uitvoeren.	11	4.1(1.3)	7(63.6)
51	Ik ben over het algemeen tevreden over de scholing voor fysiek behandelaars.	11	4.8(0.6)	8(72.7)

Scores: 1 helemaal niet mee eens – 6 helemaal mee eens

In Beweging A (IBA)

		N	Ja N(%)
52	Heeft u van 1 september 2014 tot 1 november 2015 één of meer keer IBA gegeven?	44	12(27.3)

		N	Gem(sd)	Voor meer dan de helft van de cliënten N(%)
53	In hoeverre worden volgens u de doelen van IBA behaald?	12	4.1(0.3)	12(100)
54	In hoeverre denkt u dat cliënten baat hebben gehad van IBA?	12	4.3(0.5)	12(100)

Scores: 1 Bij geen enkele cliënt – 5 Bij alle cliënten

		N	Gem(sd)	(helemaal) mee eens n(%)
55	De trainersmap bevat voldoende informatie om IBA uit te voeren	12	4.7(0.8)	10(83.3)
56	De trainersmap bevat duidelijke informatie.	12	4.7(0.7)	9(75.0)

Scores: 1 helemaal niet mee eens – 6 helemaal mee eens

		N	Te weinig/te kort	Voldoende	Te veel/ te lang
57	Het aantal bijeenkomsten (28) was:	12	3(25.0)	9(75.0)	0(0.0)
58	De duur van één bijeenkomst (2 uur) was:	12	3(25.0)	9(75.0)	0(0.0)

In beweging B (IBB)

		N	Ja N(%)
59	Heeft u van 1 september 2014 tot 1 november 2015 één of meer keer IBB gegeven?	44	11(25.0)

		N	Gem(sd)	Voor meer dan de helft van de cliënten N(%)
60	In hoeverre worden volgens u de doelen van IBB behaald?	11	4.0(0.4)	10(90.9)
61	In hoeverre denkt u dat cliënten baat hebben gehad van IBB?	10	3.9(0.6)	8(80.0)

Scores: 1 Bij geen enkele cliënt – 5 Bij alle cliënten

		N	Gem(sd)	(helemaal) mee eens n(%)
62	De trainersmap bevat voldoende informatie om IBA uit te kunnen voeren	10	4.5(0.7)	6(60.0)
63	De trainersmap bevat duidelijke informatie.	10	4.5(0.7)	6(60.0)

Scores: 1 helemaal niet mee eens – 6 helemaal mee eens

		N	Te weinig/te kort	Voldoende	Te veel/ te lang
64	Het aantal bijeenkomsten (28) was:	11	2(18.2)	7(63.6)	2(18.2)
65	De duur van één bijeenkomst (2 uur) was:	11	2(18.2)	9(81.8)	0(0.0)

Hersenz als geheel

		N	Gem(sd)	Voor meer dan de helft van de cliënten N(%)	Weet niet
66	In hoeverre denkt u dat het hoofddoel van Hersenz behaald is voor cliënten?	43	4.1(0.6)	37(86.0)	
67	In hoeverre denkt u dat het hoofddoel van Hersenz behaald is voor het systeem?	42	4.3(1.7)	27(64.3)	4(9.5)
68	In hoeverre denkt u dat cliënten baat hebben gehad van Hersenz?	43	4.3(0.5)	43(100)	
69	In hoeverre denkt u dat het systeem baat heeft gehad van Hersenz?	41	4.0(0.6)	33(76.7)	

Scores: 1 Bij geen enkele cliënt – 5 Bij alle cliënten

www.maastrichtuniversity.nl

Based in Europe, focused on the world. Maastricht University is a stimulating environment. Where research and teaching are complementary. Where innovation is our focus. Where talent can flourish. A truly student oriented research university.

MHeNs School for Mental Health and Neuroscience
Universiteitssingel 40
6229 ER Maastricht
The Netherlands