CVA/NAH symposium 3 december 2021

Zorg voor mensen met een CVA/NAH blijft maatwerk!

Locatie: Jaarbeurs Utrecht

Er bestaat geen typische CVA of NAH -patiënt of cliënt, sterker nog: door verbeterde preventie en behandeling zien we relatief minder motorische problemen, maar nog wel gedragsproblemen en problemen met het aanpassen aan het leven met hersenletsel. Hoe spelen we daar op in?

 Wilt u nieuwe kennis verwerven, leren van nieuwe of andere inzichten en leren hoe we de zorg voor mensen na een beroerte kunnen verbeteren, meldt u dan aan voor het symposium!

Er is plaats voor 20 ervaringsdeskundigen, betrokken bij de patiëntenvereniging Hersenletsel.nl die kosteloos het symposium mogen bezoeken. Dit symposium wordt georganiseerd door het Kennisnetwerk CVA Nederland. Doelgroep van het Kennisnetwerk CVA Nederland zijn zorgprofessionals betrokken bij het mensen met hersenletsel.

***Dagvoorzitter: Yvonne Dockx, ergotherapeut Revant***

**Programma:**

**10.00 uur**

**Welkomstwoord**

*Dr****.*** *Bert Vrijhoef -Voorzitter Kennisnetwerk CVA Nederland*

**10.10 uur**

**Inleiding**

*Dagvoorzitter Yvonne Dockx -Ergotherapeut Revant, lid van de symposium commissie*

**10.15 uur**

**Recidief beroerte: een falend brein?**

|  |
| --- |
| Beroerte is een verzamelnaam voor aandoeningen waarbij er iets misgaat in de bloedvaten van je hersenen: wanneer een stolsel een bloedvat afsluit dan spreken we van een herseninfarct en als een bloedvat scheurt dan is er sprake van een hersenbloeding. De symptomen die patiënten ervaren zijn grotendeels hetzelfde, echter de oorzaken en eventuele behandelmogelijkheden zijn wel verschillend. Ook de gevolgen van een beroerte kunnen heel verschillend zijn. Dit heeft onder andere te maken met de soort beroerte en de uitgebreidheid van de schade in de hersenen. De huidige secundaire preventie is erop gericht om een recidief beroerte te voorkomen. Echter, ondanks onze huidige behandelmogelijkheden, blijft er een kans op herhaling bestaan. Los van de acute uitvalsverschijnselen, kunnen patiënten ook problemen ontwikkelen die minder snel opvallen. Deze klachten kunnen variëren van concentratieproblemen, moeite met onthouden, gedragsveranderingen. |

*Prof. dr. Kamran Ikram -Professor en hoofdonderzoeker Neuro-Epidemiologie - Erasmus MC*

**10.45 uur**

**Postervlogs & promotie sponsoren**

**11.00 uur**

**Het korte lontje na hersenletsel: ontremming of communicatie?**

Na hersenletsel, bijvoorbeeld door een beroerte, kunnen er veranderingen ontstaan in cognitie, emotie en gedrag. Soms betreffen de gedragsveranderingen een vorm van boosheid; dit kan variëren van sneller geïrriteerd en bozig reageren (het korte lontje) tot woedeaanvallen en agressie. Voor de omgeving van de patiënt is het vaak moeilijk om hier goed mee om te gaan. In mijn presentatie zal ik ingaan op mogelijke verklaringen voor dit veranderde gedrag en wat deze betekenen voor hoe je er het best mee om kan gaan.

*Prof. Dr. Joke Spikman -Hoogleraar Klinische Neuropsychologie, BIG geregistreerd Klinisch Neuropsycholoog – UMCG*

**11.30 uur**

**Interactie met webinar sprekers en posters**

**12.00 uur**

**Postervlogs en filmpje sponsoren**

**12.15 uur**

**Wie heeft de regie?**

|  |
| --- |
| ‘De revalidant heeft de regie’. Het motto van de revalidatiezorg. Dat klinkt mooi, maar is het ook waar en wenselijk? |

|  |
| --- |
| Een continue worsteling met mezelf en mijn begeleiders over wie de regie heeft -  zo heb ik het ervaren.  De gedachte - dat ik de regie had om mijn zelfstandigheid weer te hervinden - kon ik zeer waarderen maar bleek in de praktijk lastig uitvoerbaar. Ik wist simpelweg niets van revalideren en was door mijn herseninfarct over alles onzeker geworden. Daarnaast bleek ik in de praktijk weinig invloed te hebben op mijn revalidatiepad. Ik ging aan mezelf twijfelen - voelde me eenzaam - en werd boos op de mensen die mij probeerden te helpen. Mijn begeleiders worstelden tegelijkertijd ook met hun eigen positie, het zorgsysteem, en een Rutger die vrij autonoom overkwam. We raakten elkaar kwijt en waren niet in staat om te benoemen dat de samenwerking niet goed ging. |

Hoe lastiger we het met elkaar kregen hoe meer het systeem de regie kreeg wat in mijn geval niet optimaal was. Mijn vraag is: Hoe werk je als mensen samen in een - goedbedoelend - zorgsysteem?

*Rutger Slump - Social innovator*

**12.45 uur**

**Pauze en interactie met webinars sprekers en posters**

**13.45 uur**

**Verschil moet er zijn!**

Voor gelijke kansen op goede gezondheid en zorg moeten we mensen ongelijk behandelen

|  |
| --- |
| Hart-vaatziekten zoals CVA’s komen veel vaker voor onder mensen met weinig opleiding of inkomen. Mensen met alleen basisschool leven 16 jaar korter in goede gezondheid dan mensen met een HBO of universitaire opleiding. Dit is een voorbeeld van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Wat zijn dat precies, waardoor worden deze veroorzaakt, maar vooral wat we als professionals in de gezondheidszorg daaraan kunnen doen – daarover gaat mijn lezing.  Chronische stress ten gevolge van ongunstige sociale omstandigheden, beperkte gezondheidsvaardigheden, en migratie hebben een negatieve invloed op de gezondheid.  Hoe kun je als zorgverlener de oorzaken van chronische stress herkennen en bespreken, en waar kun je mensen naar verwijzen om hulp hierbij? Hoe kun je zelf begrijpelijk communiceren, en welk voorlichtingsmateriaal en keuzehulpen zijn er voor mensen voor wie lezen moeilijk is? Hoe ga je om met een taalbarriere, en met culturele verschillen in opvattingen over goede zorg, of verwachtingen van de zorg? Gelukkig kun je als zorgverlener veel doen om ook met deze mensen écht samen te beslissen over hun zorg, en hun te ondersteunen zo goed mogelijk met hun gezondheid om te gaan. |

*Prof. Dr. Maria van den Muisenberg - hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg en huisarts - Pharos, expertise gezondheidsverschillen en Radboudumc, afdeling eerstelijnsgeneeskunde*

**14.15 uur**

**Postervlogs en filmpje sponsoren**

**14.30 uur**

**Zelfredzaamheid = loslaten**

|  |
| --- |
| In een half uur van concept naar praktijk!  We bespreken de volgende concepten: Zelfredzaamheid, zelfmanagement, zelfregie en samenredzaamheid. |

Vervolgens gaan we in op hoe we deze kunnen toepassen in de praktijk. Enkele voorbeelden komen voorbij hoe je hier als (team van) professional(s) op kan verbeteren. En welke materialen en instrumenten er beschikbaar zijn via o.m. kennisplein Gehandicaptenzorg en Zorg voor Beter.

*Jeroen Havers, MSc - Senior adviseur en vakgroepleider Leren en veranderen - Vilans*

**15.00 uur**

**Uitreiking George Beusmansprijs 2021**

**15.30 uur**

**Interactie met webinarsprekers en posters**

**15.30 uur**

**Borrel**

De volgende webinars worden aangeboden d.m.v. een link die vanaf 10 november open staat. Deze link is tot en met 31 december beschikbaar. Vragen kunnen live tijdens het symposium aan de sprekers gesteld worden. Het is dus de bedoeling dat de deelnemers vooraf de webinars kijken.

**Webinars:**

**A) Zorg bij ADL, een open deur?: Wat hebben we geleerd van het ontwikkeltraject van de verpleegkundige richtlijn zorg bij ADL.**

|  |
| --- |
| Opstaan, wassen, aankleden, tandenpoetsen en even snel door de haren kammen. Piece of cake!  Maar wat als deze activiteiten ineens niet meer willen lukken. Afasie, apraxie, een spastische arm of been kunnen de op het oog makkelijkste activiteiten bijzonder moeilijk maken. Daarom is het belangrijk om onderbouwde en doelgerichte zorg en ondersteuning te bieden voor mensen met een CVA/NAH. Maar is dit niet vanzelfsprekend? Dat doe je toch gewoon? In het ontwikkeltraject van de verpleegkundige richtlijn “Zorg bij ADL” hebben we met experts uit wetenschap en praktijk kritisch gekeken naar wat er in de ADL-zorg beter kan en wat er eigenlijk bekend is over goede ADL-zorg. In dit Webinar zoomen we in op kernbevindingen en geleerde lessen van het ontwikkeltraject. |

We staan met name stil bij het belang van de betrokkenheid van zorgvragers bij ADL-zorg. In dit Webinar gaan we in op het belang van betrokkenheid en gezamenlijke besluitvorming in ADL-zorg bij met name mensen met een CVA/NAH zo belangrijk is. U gaat naar huis met de volgende boodschap: Goede ADL-zorg kan mensen met een CVA/NAH in verschillende fases ondersteunen. Hierbij is goede ADL zorg is niet medisch- maar mensgericht. Je wast je bijvoorbeeld niet alleen om te wassen, je wast om te revalideren!

*Svenja Cremer - Promovenda - Universiteit Maastricht, Afdeling Health Services Research*

**B) Aandacht voor visuospatieel neglect!**

**Het belang van goede diagnostiek en behandeling in Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) en Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)**

|  |
| --- |
| Neglect is een van de cognitieve gevolgen van hersenletsel en kenmerkt zich door het niet goed bewust worden van een deel van de omgeving of het eigen lichaam. Dit is te zien  doordat patiënten met neglect bijvoorbeeld de helft van hun bord leegeten of botsen tegen mensen of dingen in een gang. Het heeft een negatieve invloed op de zelfstandigheid in het  dagelijks leven, maar ook op bijvoorbeeld de opnameduur in ziekenhuizen of revalidatiecentra, de kans dat mensen naar huis worden doorverwezen, en op mate waarin compensatiestrategieën kunnen worden aangeleerd. Het is dus erg belangrijk om neglect in een zo vroeg mogelijk stadium na hersenletsel te diagnosticeren en vervolgens te behandelen.  Ons gezamenlijk onderzoek richt zich op zowel de MSR als de GR. Hoewel de patiënten in beide typen centra aanzienlijk van elkaar kunnen verschillen, blijft het belang van vroege diagnostiek en passende behandeling gelijk. Wij zullen het neglectsyndroom bespreken, de conventionele manieren van diagnostiek en het belang van multidisciplinaire aanpak daarin. |

*Tanja Nijboer - Associate Professor - Universiteit Utrecht en Kenniscentrum Revalidatiegeeskunde*

*Martine Kant-Bosma - Promovenda - LUMC en Zorggroep Florence*

**C) Coaching naar een gezonde leefstijl bij mensen met NAH**

**Hoe zorg je als zorgverlener dat je de coaching afstemt op de mogelijkheden en behoeften van de cliënt?**

|  |
| --- |
| Maximaal effect op het gebied van een gezonde leefstijl is te behalen door in de acute fase coaching te starten.  Kennis en goede samenwerking tussen verschillende hulpverleners optimaliseren het effect van de leefstijlinterventies  Om iemand met NAH goed te kunnen coachen naar een gezonde leefstijl is expertise op het gebied van NAH een vereiste en is het belangrijk dat dit wordt afgestemd op de mogelijkheden van de client |

JUIST bij mensen met NAH is een gecombineerde leefstijlinterventie belangrijk om risicofactoren te verkleinen

*Susan Blom - de Heer, MSc - Fysiotherapeut neurorevalidatie en bewegingswetenschapper - Rijndam Revalidatie*

*Iris van Leeuwen - Fysiotherapeut neurorevalidatie en leefslijlcoach - Rijndam Revalidatie*

*Anita Veldt - Verpleegkundig consulent CVA en integraal leefstijl en vitaliteitscoach - Noordwestziekenhuisgroep*

**D) Aan het werk met NAH**

|  |
| --- |
| Tijdens de webinar zal besproken worden hoeveel mensen het betreft, tegen welke problemen zij aanlopen en hoe begeleiding gegeven kan worden. Kort zullen de verschillende interventies besproken worden. De zojuist opgeleverde richtlijn NAH en arbeidsparticipatie zal de basis vormen voor het webinar. Daarnaast zal een werknemer met NAH zijn verhaal doen samen met een jobcoach. |

*Prof. Dr. Coen van Bennekom - Bijzonder hoogleraar Revalidatie en Arbeid ,Revalidatiearts,  hoofd afdeling Research & Development - Heliomare, Amsterdam UMC*

**E) Maximale inspanningstesten bij CVA-patiënten: zinvol!?**

|  |
| --- |
| Bewegen is van groot belang voor iedereen, zeker ook voor mensen met een beperking. Daarbij kan bewegen een doel op zich zijn; bijvoorbeeld om werk, hobby’s of huishouden uit te kunnen voeren, maar bewegen is ook een middel om optimaal te revalideren. Dit laatste onder het motto: “een fittere patiënt herstelt sneller en beter”. De fitheid van CVA-patiënten kan worden bevorderd door gebruik te maken van een verantwoord programma, bestaand uit een (maximale) inspanningstest, een daarop geënt trainingsprogramma en een hertest.  Tijdens de presentatie komt onder andere aan de orde waarom bewegen zo belangrijk is, wat de redenen zijn om een (maximale) inspanningstest uit te voeren (voor- en nadelen, wat heeft de patiënt er aan en hoe kan het team de uitslag gebruiken) en hoe zo’n test veilig en betrouwbaar kan worden uitgevoerd. Daarnaast wordt ook aangestipt dat er in Nederland een uitgebreid landelijk netwerk actief is, genaamd AIRe ([www.airevalidatie.nl](http://www.airevalidatie.nl)), bestaand uit leden (o.a. revalidatieartsen, fysiotherapeuten, bewegingsagogen, bewegingswetenschappers, medewerkers inspanningslaboratoria) die ervaring hebben met het uitvoeren en doorontwikkelen van testen en trainingsprogramma’s en die openstaan voor het delen van hun kennis en expertise. |

*Prof. Dr. Rienk Dekker - Revalidatiearts - UMCG, centrum voor revalidatie*

**GEORGE BEUSMANSPRIJS**

Op initiatief van het bestuur van de Stichting Kennisnetwerk CVA Nederland wordt tijdens het symposium, dat ieder najaar wordt georganiseerd, de George Beusmans Innovatieprijs uitgereikt. Feitelijk worden ieder jaar twee prijzen uitgereikt, namelijk een Zorginnovatieprijs en een Wetenschapsprijs.

**Posters**

***Zet uw innovatie op een poster en win de “George Beusmans Innovatie- of wetenschapsprijs”***  
Iedere deelnemer wordt uitgenodigd om een poster van een zorginnovatie of resultaten van wetenschappelijk onderzoek in te dienen. Deze poster wordt voorzien van inhoud, richtlijn en contactgegevens aangeleverd uiterlijk woensdag 3 november. Aansluitend beoordeelt de jury welke posters er doorgaan voor de George Beusmans innovatie- of wetenschapsprijs. Zij worden uitgenodigd tot het maken van een vlog die gepresenteerd wordt op het symposium.

Op 3 december in de middag worden de winnaars van de George Beusmans Innovatieprijs en de wetenschapsprijs bekend gemaakt.

Voor instructies ‘Hoe maak ik een poster’, kijk dan [hier.](https://www.kennisnetwerkcva.nl/project/hoe-maak-ik-een-poster/) Wij ontvangen de poster bij voorkeur in het Nederlands. Neem voor meer informatie contact op met het bureau van het Kennisnetwerk CVA NL [info@kennisnetwerkcva.nl](mailto:info@kennisnetwerkcva.nl).

**Organisatiecommissie**

* Anne Visser-Meily, hoogleraar revalidatiegeneeskunde, UMC Utrecht en Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht (voorzitter)
* Anja Kuperus, geriatrie fysiotherapeut Beukenhof Venray, docent centraal neurologische aandoeningen
* Paul van Keeken, opleidingscoördinator Master Neurorevalidatie en Innovatie Hogeschool Arnhem Nijmegen
* Eugenie Brinkhof, fysiotherapeut en Knowledge Broker De Hoogstraat Revalidatie Utrecht, docent neurorevalidatie NPi
* Tineke Beterams, nazorgverpleegkundige Vivium Zorggroep
* Annette Baars, gespecialiseerd verpleegkundige neurologie Ziekenhuis Rijnstate, werkgroep CVA V&VN
* Yvonne Dockx, ergotherapeut Revant
* Jeannine Jaski, Specialist Ouderengeneeskunde Vivent
* Bert Vrijhoef, Voorzitter bestuur Kennisnetwerk CVA Nederland
* Monique Bergsma, Organisatorisch manager Kennisnetwerk CVA Nederland