

Bijlagen

Bijlage 1 Samenvattende aanbevelingen

- uitkomstmaat/-maten op functieniveau en activiteiten- en participatieniveau van de ICF
- uitkomstmaat/-maten op functieniveau van de ICF
- uitkomstmaat/-maten op activiteiten- en participatieniveau van de ICF
- ✓ fase waarin de interventie is onderzocht (gunstig effect)
- × fase waarin de interventie is onderzocht (ongunstig effect)
- = fase waarin de interventie is onderzocht (geen meerwaarde/meerwaarde onduidelijk)

Algemene (behandel)principes en uitgangspunten van fysiotherapie

CVA-team

1 Het is aangetoond dat het behandelen van patiënten met een CVA door een gespecialiseerd interdisciplinair CVA-team, werkzaam op één plaatsgebonden afdeling (stroke unit), een gunstig effect heeft op overlevingskans, opnameduur en ADL-zelfstandigheid ten opzichte van reguliere zorg op een niet-gespecialiseerde afdeling. (niveau 1)

Evidence-based richtlijnen

2 Er zijn aanwijzingen dat behandelen op basis van evidence-based behandelrichtlijnen door het interdisciplinaire behandelteam een positief effect heeft op de overlevingskans, het herstel van ADL-zelfstandigheid en de tevredenheid en gezondheidszorggerelateerde kosten van patiënten in de (hyper)acute en vroege revalidatiefase die zijn opgenomen in een ziekenhuis. (niveau 3)

3 De werkgroep is van mening dat patiënten met een CVA tijdens intramurale opname ook gedurende het weekend behandeld dienen te worden door de fysiotherapeut. (niveau 4)

Expertise van de fysiotherapeut

4 De werkgroep is van mening dat adequate fysiotherapie bij patiënten met een CVA kennis en ervaring vergt. Om voldoende expertise te kunnen waarborgen, is het een voorwaarde dat fysiotherapeuten die CVA-patiënten behandelen adequate bijscholing volgen en regelmatig CVA-patiënten behandelen. (niveau 4)

Intensiteit van oefentherapie

5 ● Het is aangetoond dat intensivering van oefentherapie (meer uren oefenen) ten opzichte van minder intensief oefenen bij patiënten met een CVA leidt tot een sneller herstel van: het gedissocieerd bewegen, de comfortabele loopsnelheid, de maximale loopsnelheid, de loopafstand, de spiertonus, de zit- en stabalans, de uitvoering van basale activiteiten van het dagelijks leven, de kwaliteit van leven en de mate van depressie en gevoelens van angst. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓), LR (✓), RC (✓).

Taakspecificiteit van trainingseffecten

6 Het is aangetoond dat specifieke training van vaardigheden bij patiënten met een CVA, zoals training van het evenwicht tijdens het staan en training van reiken tijdens het pakken van voorwerpen, een positief effect heeft op de getrainde vaardigheid zelf, in alle fasen van revalidatie. Generalisatie naar andere, niet direct in de therapie getrainde vaardigheden is echter nog nauwelijks aangetoond. (niveau 1)

Contextspecificiteit van trainingseffecten

7 Het is aangetoond dat bij patiënten met een CVA trainen in een functionele context een positief effect heeft op het aanleren van een bewegingshandeling/vaardigheid, ongeacht de fase waarin de patiënt zich op dat moment bevindt. Indien mogelijk worden patiënten met een CVA bij voorkeur in hun eigen (woon- en leef)omgeving gerevalideerd. (niveau 1)

Neurologische oefenmethoden c.q. behandelconcepten (NDT/Bobath)

8 ● Het is aangetoond dat neurologische oefenmethoden c.q. behandelconcepten (NDT/Bobath) op functie- en activiteitsniveau bij patiënten met een CVA niet effectiever zijn dan andere behandelvormen. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=), LR (=), RC (=).

Motorisch leren

9 Het is aannemelijk dat verbetering van functionaliteit zoals zitten, staan, lopen en arm-handvaardigheid tot stand komt door het aanleren van adaptatiestrategieën. (niveau 2)

10 Het is aannemelijk dat functionele oefentherapie in een voor de patiënt zo relevant mogelijke omgeving (taken contextspecifiek) een positief effect heeft op de te leren vaardigheid zelf. Hierbij blijken elementen van variatie en voldoende herhaling (repetition-without-repetition) belangrijke aspecten te zijn voor een effectief leerproces. (niveau 2)

Telerevalidatie/-consultatie

11 Het is aannemelijk dat telerevalidatie/-consultatie leidt tot verbetering van de arm-handvaardigheid van de patiënt met een CVA. (niveau 2)

Zelfmanagement

12 Het is aannemelijk dat zelfmanagementprogramma's effectief zijn voor self-efficacy, participatie en kwaliteit van leven bij patiënten met een CVA. (niveau 2)

Secundaire preventie: leefstijlprogramma's met fysieke training

13 Het is aannemelijk dat bij patiënten met een TIA of 'minor stroke' in de voorgeschiedenis leefstijlprogramma's waar aerobe training een onderdeel van uitmaakt, de risicofactoren voor het krijgen van een CVA positief beïnvloeden. (niveau 2)

Valpreventie

14 De werkgroep is van mening dat alle patiënten met een CVA dienen te worden gescreend op verhoogd valrisico, op grond waarvan, indien nodig, een bij voorkeur interdisciplinaire, multifactoriële behandelstrategie wordt opgesteld. (niveau 4)

Diagnostisch proces

Systematisch meten (monitoren)

15 Er zijn aanwijzingen dat het systematisch meten (monitoren) met behulp van betrouwbare en valide meetinstrumenten leidt tot verbetering van het klinisch redeneerproces en de continuïteit van zorg voor patiënten met een CVA. (niveau 3)

Prognosticeren van het functioneren

Prognose loopvaardigheid zes maanden na het CVA

16 Het is aangetoond dat voor het inschatten van de prognose voor loopvaardigheid zes maanden na het CVA de zitbalans (gemeten met de Trunk Control Test item zitbalans) en de motorische functie van het been (gemeten met de Motricity Index) zo snel mogelijk, maar bij voorkeur op dag twee na het CVA dienen te worden vastgelegd. (niveau 1)

17 De werkgroep is van mening dat patiënten die aanvankelijk een ongunstige prognose hebben voor loopvaardigheid, wekelijks gedurende de eerste vier weken en vervolgens maandelijks tot zes maanden na het CVA, dienen te worden gemonitord op eventuele terugkeer van genoemde determinanten, met behulp van betrouwbare en valide meetinstrumenten. Dit geldt zolang patiënten geen zelfstandige loopvaardigheid hebben. (niveau 4)

Prognose arm-handvaardigheid zes maanden na het CVA

18 Het is aangetoond dat voor het inschatten van de prognose voor arm-handvaardigheid zes maanden na het CVA extensie van de vingers (gemeten met het Fugl-Meyer Assessment) en abductie van de schouder (gemeten met de Motricity Index) zo snel mogelijk, maar bij voorkeur op dag twee na het CVA dienen te worden vastgelegd. (niveau 1)

19 De werkgroep is van mening dat patiënten die aanvankelijk een ongunstige prognose hebben voor armhandvaardigheid, wekelijks gedurende de eerste vier weken en vervolgens maandelijks tot zes maanden na het CVA, dienen te worden gemonitord op eventuele terugkeer van genoemde determinanten met behulp van betrouwbare en valide meetinstrumenten. Dit geldt zolang patiënten geen arm-handvaardigheid hebben. (niveau 4)

Prognose basale ADL-vaardigheden zes maanden na het CVA

20 Het is aangetoond dat het meest optimale moment om een inschatting te maken van de mogelijkheid tot het uitvoeren van basale ADL-vaardigheden zes maanden na het CVA, de Barthel Index is, afgenomen aan het eind van de eerste week na het CVA, maar bij voorkeur op dag vijf. Met de Barthel Index wordt vastgelegd wat de patiënt op het moment van meting doet, niet wat de patiënt zou kunnen. (niveau 1)

21 De werkgroep is van mening dat patiënten die aanvankelijk een ongunstige prognose hebben voor het uitvoeren van basale ADL-vaardigheden, de eerste maand wekelijks (vier keer) en daarna maandelijks tot zes maanden na het CVA, dienen te worden gemonitord op eventuele terugkeer van genoemde determinanten met behulp van betrouwbare en valide meetinstrumenten. Dit geldt zolang patiënten niet zelfstandig zijn in de basale ADL-vaardigheden. (niveau 4)

Prognose functionele verandering loopvaardigheid in de periode die volgt op de eerste zes maanden na het CVA

22 De werkgroep is van mening dat, om een indicatie te krijgen van eventuele verandering in loopvaardigheid van patiënten in de chronische fase die zes maanden na het CVA een Functional Ambulation Categories (FAC) van drie of meer hebben, elke zes maanden de Tien-meter looptest met comfortabele loopsnelheid moet worden afgenomen. Er is sprake van een daadwerkelijke verandering wanneer de loopsnelheid met minimaal 0,16 m/s is veranderd ten opzichte van de snelheid die zes maanden na het CVA werd behaald. (niveau 4)

23 De werkgroep is van mening dat patiënten in de chronische fase die ook in de periode die volgt op de eerste zes maanden na het CVA nog beperkt zijn in loopvaardigheid regelmatig (elk halfjaar) dienen te worden gemonitord op hun functioneren. (niveau 4)

24 De werkgroep is van mening dat bij patiënten in de chronische fase significante verandering in het functioneren op activiteitsniveau het continueren of herstarten van fysiotherapie legitimeert. (niveau 4)

Prognose functionele verandering arm-handvaardigheid in de periode die volgt op de eerste zes maanden na het CVA

25 De werkgroep is van mening dat om een indicatie te krijgen van eventuele verandering in arm-handvaardigheid in de chronische fase, bij patiënten met een score op de Frenchay Arm Test van één tot vier punten zes maanden na het CVA, somatosensorische functiestoornissen en/of hemineglect, de arm-handvaardigheid elke zes maanden dient te worden geëvalueerd (bij voorkeur met de Action Research Arm Test [ARAT]), omdat deze patiënten 'at risk' zijn voor 'learned non-use'. Er is sprake van een daadwerkelijke verandering wanneer de ARAT-score met minimaal zes punten is veranderd ten opzichte van de ARAT-score die zes maanden na het CVA werd behaald. (niveau 4)

26 De werkgroep is van mening dat patiënten in de chronische fase die zes maanden na het CVA nog beperkt zijn in arm-handvaardigheid geregeld (elk halfjaar) dienen te worden gemonitord op hun functioneren. (niveau 4)

27 De werkgroep is van mening dat bij patiënten in de chronische fase significante verandering in het functioneren op activiteiten-niveau het continueren of herstarten van fysiotherapie legitimeert. (niveau 4)

Prognose functionele verandering in de uitvoering van ADL-vaardigheden in de periode die volgt op de eerste zes maanden na het CVA

28 De werkgroep is van mening dat, om een indicatie te krijgen van eventuele veranderingen in de uitvoering van de ADL-vaardigheden in de chronische fase, de Barthel Index (BI) elke zes maanden dient te worden afgenomen. Er is sprake van een daadwerkelijke verandering wanneer de BI-score met minimaal twee punten is veranderd ten opzichte van de score die zes maanden na het CVA werd behaald. (niveau 4)

29 De werkgroep is van mening dat patiënten in de chronische fase, die zes maanden na het CVA beperkt zijn in ADL-vaardigheden, regelmatig (elk halfjaar) dienen te worden gemonitord op hun functioneren. (niveau 4)

30 De werkgroep is van mening dat bij patiënten in de chronische fase significante verandering in het functioneren op activiteitsniveau het continueren of herstarten van fysiotherapie legitimeert. (niveau 4)

Premobilisatiefase**Duur van premobilisatiefase en vroegtijdige start van de revalidatie**

31 Er zijn aanwijzingen dat de duur van de premobilisatiefase varieert van enkele uren tot soms vele weken en afhankelijk is van onder andere de aanwezigheid van koorts, cardiale instabiliteit en algehele malaise, en bewustzijnsdaling. (niveau 3)

32 Het is aannemelijk dat een zo vroeg mogelijke start van de revalidatie (bij voorkeur binnen 24 uur na het ontstaan van het CVA) het functionele herstel versnelt en verbetert. (niveau 2)*

Ligging in bed

33 De werkgroep is van mening dat de houding waarmee de CVA-patiënt in bed ligt als comfortabel moet worden ervaren. (niveau 4)

Handoedeem

34 Het is aannemelijk dat intensieve intermitterende pneumatische compressie (IPC) van de paretische onderarm in de vroege revalidatiefase niet effectiever is voor handoedeem in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 2)

* Belangrijke wijziging. Recent onderzoek (2020) toont dat vroegtijdige mobilisatie (< 24 uur) in sommige gevallen risico kan geven op neurologische verslechtering. Het huidige advies om patiënten zo snel mogelijk (< 24 uur) te mobiliseren uit bed is daarom vervallen.

Preventie van decubitus

35 Er zijn aanwijzingen dat bij patiënten in de premobilisatiefase het risico op het ontstaan van decubitus afneemt door de patiënt regelmatig te laten veranderen van lighouding (wisselliging). Eveneens zal het dagelijks controleren van huidgebieden die aan puntbelasting blootgesteld worden (hiel en stuit) het risico op decubitus reduceren. (niveau 3)

Preventie van bronchopneumonie

36 Er zijn aanwijzingen dat het regelmatig innemen van een andere houding door een patiënt met een CVA in de premobilisatiefase leidt tot een verminderd risico op het ontstaan van een bronchopneumonie. (niveau 3)

Pulmonale ventilatie

37 Het is voorsnog onduidelijk of ademhalingsoefeningen en manuele compressie op de borst effectiever is voor de pulmonale functie en de sputumdrainage in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 3)

Inspiratoire spierkrachttraining

38 Het is voorsnog onduidelijk of inspiratoire spierkrachttraining bij patiënten met een CVA effectiever is in vergelijking met andere interventies. (niveau 1)

(Geleid) actief bewegen

39 Er zijn aanwijzingen dat het oefenen (reactiveren) van patiënten met een CVA in de premobilisatiefase effectief is. (niveau 3)

Signaleren van diepe veneuze trombose

40 De werkgroep is van mening dat patiënten in de premobilisatiefase dagelijks dienen te worden gecontroleerd op de symptomen oedeem, pijn in de kuit, lokale roodheid en warmte, en koorts, aangezien deze kunnen duiden op DVT. Om het risico op het ontstaan van DVT te verminderen, moeten patiënten na het CVA, indien mogelijk, direct gemobiliseerd worden (staan en/of lopen) onder begeleiding van een fysiotherapeut. (niveau 4)*

Vroegtijdige betrokkenheid mantelzorgers

41 Er zijn aanwijzingen dat de revalidatie optimaler verloopt als de mantelzorgers van de patiënt zo vroeg mogelijk geïnformeerd wordt over mogelijkheden en onmogelijkheden van de patiënt. (niveau 3)

Mobilisatiefase**Loopvaardigheid en andere aan mobiliteit gerelateerde functies en vaardigheden in de mobilisatiefase****Vroegtijdige mobilisatie uit bed***

42 ● Het is voorsnog onduidelijk of vroegtijdige mobilisatie uit bed, binnen 24 uur na het CVA in vergelijking met later mobiliseren effectiever is voor complicaties, neurologische verslechtering, vermoeidheid, basale ADL-vaardigheden en ontslag naar huis. (niveau 1)
Onderzocht in (H)AR (=).

Oefenen van het evenwicht in zit

43 ● Het is aangetoond dat oefenen van het evenwicht in zit middels reik oefeningen met de niet-paretische arm leidt tot verbetering van de zitbalans en de snelheid van het reiken in zit bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=) en RC (=).

44 ● Het is aangetoond dat oefenen van het evenwicht in zit middels reik oefeningen met de niet-paretische arm niet leidt tot verbetering van de symmetrie van de grondreactiekrachten in zit bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=) en RC (=).

Oefenen van het opstaan en gaan zitten


45 ● Het is voorsnog onduidelijk of het oefenen van opstaan en gaan zitten effectiever is voor de symmetrische verdeling van het lichaamsgewicht en het opstaan en gaan zitten in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=) en RC (=).

Oefenen van het evenwicht in stand zonder visuele feedback van een krachtenplatform

46 ● Het is voorsnog onduidelijk of oefenen van het evenwicht in stand zonder visuele feedback van een krachtenplatform effectiever is voor de stabiliteit, het opstaan en gaan zitten en de loopvaardigheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=) en RC (=).


* Belangrijke wijziging. Recent onderzoek (2020) toont dat vroegtijdige mobilisatie (< 24 uur) in sommige gevallen risico kan geven op neurologische verslechtering. Het huidige advies om patiënten zo snel mogelijk (< 24 uur) te mobiliseren uit bed is daarom vervallen.

Oefenen van houdingscontrole met visuele feedback tijdens staan op een krachtenplatform

47  Het is aangetoond dat oefenen van de houdingscontrole met visuele feedback tijdens het staan op een krachtenplatform leidt tot verbetering van de houdingszwaai in stand bij patiënten met een CVA. (niveau 1)


Onderzocht in VR (✓) en RC (✓).

Oefenen van het evenwicht tijdens verschillende activiteiten


48  Het is aangetoond dat oefenen van het evenwicht tijdens verschillende activiteiten leidt tot verbetering van de zit- en stabalans en het uitvoeren van basale activiteiten van het dagelijks leven bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (✓), LR (✓) en RC (✓).

Loopbandtraining met gewichtsondersteuning


49  Het is aangetoond dat loopbandtraining met gewichtsondersteuning leidt tot verbetering van de comfortabele loopsnelheid en de loopafstand bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (✓) en RC (✓).

50  Het is aangetoond dat loopbandtraining met gewichtsondersteuning niet effectiever is dan een controle-interventie voor de zit- en stabalans bij patiënten met een CVA. (niveau 1)


Onderzocht in VR (=) en RC (=).

Robotgeassisteerde looptraining

51  Het is aangetoond dat bij niet-zelfstandig lopende patiënten met een CVA robotgeassisteerde looptraining leidt tot verbetering van de comfortabele loopsnelheid, de maximale loopsnelheid, de loopafstand, de hartfrequentie, de zit- en stabalans, de loopvaardigheid en de uitvoering van de basale activiteiten van het dagelijks leven in vergelijking met conventionele therapie (inclusief looptraining op een vaste ondergrond). (niveau 1)


Comfortabele loopsnelheid onderzocht in VR (✓), maximale loopsnelheid in VR (✓) en RC (✓), loopafstand in VR (✓) en RC (✓),

hartfrequentie in VR (✓), zit- en stabalans in VR (✓), loopvaardigheid in VR (✓), basale activiteiten van het dagelijks leven in VR (✓) en RC (✓).

52  Het is aangetoond dat robotgeassisteerde looptraining gecombineerd met functionele elektrostimulatie van het paretische been leidt tot verbetering van de zit- en stabalans en de loopvaardigheid in vergelijking met conventionele therapie (inclusief looptraining op een vaste ondergrond) bij patiënten met een CVA. (niveau 1)


Zit- en stabalans onderzocht in VR (✓) en RC (✓), loopvaardigheid in VR (✓).

Loopbandtraining zonder gewichtsondersteuning


53  Het is aangetoond dat loopbandtraining zonder gewichtsondersteuning effectiever is ter verbetering van de maximale loopsnelheid en de breedte van het gangspoor dan conventionele (loop)training bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (✓), LR (✓) en RC (✓).

Looptraining op een vaste ondergrond


54  Het is aangetoond dat bij patiënten met een CVA die kunnen lopen zonder fysieke ondersteuning, looptraining op een vaste ondergrond effectiever is ter verbetering van de loopafstand en ter vermindering van angst dan looptraining op een loopband. (niveau 1)

Onderzocht in RC (✓).

55  Het is aangetoond dat bij patiënten met een CVA die bij aanvang van de therapie niet zelfstandig kunnen lopen, looptraining op een vaste ondergrond in vergelijking met looptraining met lichaamsondersteuning een nadelig effect heeft op het aerobe uithoudingsvermogen. (niveau 1)


Onderzocht in VR (×).

Looptraining met externe auditieve ritmen

56  Het is aangetoond dat looptraining met externe auditieve ritmen (EAR) niet effectiever is dan conventionele looptraining voor gangbeeldparameters bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (=) en RC (=).

Looptraining in een openbare ruimte

57  Het is vooralsnog onduidelijk of looptraining in een openbare ruimte effectiever is voor de maximale loopsnelheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (=) en RC (=).

Training van de mobiliteit in een virtuele omgeving

58 ● Het is voornamelijk onduidelijk of trainen van de mobiliteit in een virtuele omgeving effectiever is voor de comfortabele en maximale loopsnelheid, de spatiotemporale gangbeeldparameters en de loopvaardigheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in RC (=).

Groepstraining met werkstations gericht op lopen en andere aan mobiliteit gerelateerde functies en activiteiten

59 ● Het is aangetoond dat groepstraining met werkstations (circuit class training [CCT]) gericht op het lopen en andere aan mobiliteit gerelateerde functies en activiteiten leidt tot verbetering van de loopafstand/loopsnelheid, de zit- en stabilans en de loopvaardigheid en tot vermindering van de inactiviteit bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Loopafstand/loopsnelheid onderzocht in VR (✓), LR (✓) en RC (✓), zit- en stabilans in VR (✓), LR (✓) en RC (✓), loopvaardigheid in VR (✓), LR (✓) en RC (✓) en inactiviteit in LR (✓) en RC (✓).

Oefenen van lopen en andere aan mobiliteit gerelateerde functies en activiteiten met een mantelzorger

60 ● Het is aangetoond dat bij patiënten met een CVA oefenen van lopen en andere aan mobiliteit gerelateerde functies en activiteiten met een mantelzorger leidt tot verbetering van de uitvoering van de basale activiteiten van het dagelijks leven en tot een vermindering van de ervaren zorglast van de mantelzorger. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓).

Spierkrachttraining van het paretische been

61 ● Het is aangetoond dat spierkrachttraining van het paretische been of beide benen leidt tot verbetering van de spierkracht, de weerstand tegen passief bewegen en verbetering van het gangbeeld in termen van cadans, symmetrie en schredelengte bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓) en RC (✓).

Training van het aerobe uithoudingsvermogen

62 ● Het is aangetoond dat training van het aerobe uithoudingsvermogen leidt tot verbetering van het maximale zuurstofopnamevermogen, de respiratoire functies in termen van FEV₁ en uitademing per minuut, en het vermogen bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓) en RC (✓).

Training van het aerobe uithoudingsvermogen in combinatie met spierkrachttraining

63 ● Het is aangetoond dat training van het aerobe uithoudingsvermogen in combinatie met spierkrachttraining leidt tot verbetering van het gedissocieerd bewegen, de spierkracht van het paretische been, de comfortabele en maximale loopsnelheid, de loopafstand, het maximale zuurstofopnamevermogen, de hartfrequentie tijdens inspanning, de balans, de mate van fysieke activiteit in het dagelijks leven en de kwaliteit van leven bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓), LR (✓) en RC (✓).

Hydrotherapie

64 ● Het is aangetoond dat hydrotherapie leidt tot verbetering van de spierkracht van het paretische been bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in RC (✓).

Interventies ter bevordering van de somatosensorische functies van het paretische been

65 ● Het is aangetoond dat interventies ter bevordering van somatosensorische functies van het paretische been niet effectiever zijn voor het gedissocieerd bewegen, de loopsnelheid en de zit- en stabilans in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=) en RC (=).

Elektrostimulatie van het paretische been met gebruik van oppervlakte-elektroden

66 ● Het is aangetoond dat neuromusculaire elektrostimulatie (NMS) van het paretische been leidt tot verbetering van het gedissocieerd bewegen, de spierkracht en de weerstand tegen passief bewegen bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓) en RC (✓).

67 ● Het is voornamelijk onduidelijk of EMG-triggered neuromusculaire elektrostimulatie (EMG-NMS) van het paretische been effectiever is in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=) en RC (=).

68 ● Het is aangetoond dat 'transcutaneous electrical nerve stimulation' (TENS) van het paretische been leidt tot verbetering van de spierkracht en de loopvaardigheid en daaraan gerelateerde activiteiten bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓) RC (✓).

EMG-BF voor het paretische been

69 ● Het is vooralsnog onduidelijk of elektromyografische biofeedback (EMG-BF) effectiever is voor de bewegingsuitslag, de loopsnelheid, de spatiotemporale gangbeeldparameters en de EMG-activiteit van het paretische been in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=), LR (=) en RC (=).

Bilaterale beentraining met ritmische auditieve cueing

70 ● Het is aannemelijk dat 'bilateral leg training with rhythmic auditory cueing' (BLETRAC) niet effectiever is voor het gedissocieerd bewegen, de loopsnelheid en de staplengte in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in RC (=).

Spiegeltherapie voor het paretische been

71 ● Het is aannemelijk dat spiegeltherapie voor het paretische been leidt tot verbetering van het gedissocieerd bewegen en de uitvoering van basale ADL-vaardigheden bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in RC (✓).

72 ● Het is aannemelijk dat spiegeltherapie voor het paretische been niet effectiever is voor de weerstand bij passief bewegen en de loopvaardigheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in RC (=).

Limb overloading met externe gewichten aan de paretische zijde

73 ● Het is aannemelijk dat 'limb overloading' door middel van het dragen van externe gewichten aan de paretische zijde bij activiteiten tijdens staan en lopen niet effectiever is voor de balans en de (comfortabele) loopsnelheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in RC (=).

Systematische feedback op loopsnelheid

74 ● Het is aannemelijk dat het systematisch geven van feedback op de loopsnelheid leidt tot verbetering van de loopsnelheid bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in VR (✓).

75 ● Het is aannemelijk dat het systematisch geven van feedback op de loopsnelheid niet effectiever is voor de opnameduur, de loopafstand en de loopvaardigheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in VR (=).

Behoud van enkeldorsaalflexie middels een statafel of nachtpalk

76 ● Het is aannemelijk dat gebruik van een statafel net zo effectief is voor het behoud van de passieve bewegingsuitslag van de enkel in dorsaalflexierichting en het opstaan uit een stoel als het dragen van een nachtpalk bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in VR (=).

Manuele passieve gewrichtsmobilisaties van de enkel

77 ● Het is aannemelijk dat manuele passieve mobilisaties van het enkelgewricht tijdelijk een positief effect hebben op de actieve en passieve enkeldorsaalflexie bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in RC (✓).

78 ● Het is aannemelijk dat manuele passieve mobilisaties van het enkelgewricht een nadelig effect hebben op de snelheid van het opstaan en gaan zitten bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in RC (×).

79 ● Het is aannemelijk dat manuele passieve mobilisaties van het enkelgewricht niet effectiever zijn voor de symmetrie tijdens het staan en het lopen in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in RC (=).

Oefeningen voor de bewegingsuitslag van de paretische enkel met behulp van speciaal daarvoor ontwikkelde apparatuur

80 ● Het is aannemelijk dat het gebruik van een apparaat* om de bewegingsuitslag van de enkel te beïnvloeden niet effectiever is voor de actieve en passieve bewegingsuitslag, de weerstand bij passief bewegen, de spierkracht, de loopafstand, de loopsnelheid, de balans, de loopvaardigheid, activiteiten van het dagelijks leven en de kwaliteit van leven in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 2)

Onderzocht in RC (=).

* Hier: de 'Stimulo'. De Stimulo is een draagbaar ('portable') apparaat waarbij de patiënt passief of actief dorsaal- en plantairflexie in de enkel uitvoert. Het apparaat gaat automatisch van dorsaalflexie naar plantairflexie en vice versa wanneer de maximale bewegingsuitslag is behaald. De uitgangshouding is rugligging.

Ultrageluid voor het paretische been

81 ● Het is aannemelijk dat ultrageluid op de m. gastrocnemius en de m. soleus in vergelijking met andere interventies alleen effectiever is voor de Hmax/Mmax-ratio bij patiënten met een CVA. (niveau 2)

Onderzocht in RC (✓).

82 Het is aannemelijk dat ultrageluid op de m. gastrocnemius en de m. soleus niet effectief is voor de weerstand tegen passief bewegen en de actieve of passieve bewegingsuitslag van de enkel bij patiënten met een CVA en een verhoogde weerstand tijdens passief bewegen van de enkel in dorsaalflexie, zonder een passieve bewegingsbeperking van de enkel. (niveau 2)

Onderzocht in RC (=).

Segmentale spiervibratie bij een voetheffersparese

83 ● Het is aannemelijk dat additionele segmentale spiervibratie van de dorsaalflexoren effectiever is voor de kinematische maten en elektromyografische spierfuncties in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA met een voetheffersparese. (niveau 2)

Onderzocht in RC (✓).

84 ● Het is aannemelijk dat additionele segmentale spiervibratie niet effectiever is voor gangbeeldparameters, waaronder de loopsnelheid, de staplengte en de cadans in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA met een voetheffersparese. (niveau 2)

Onderzocht in RC (=).

Oefenen op een trilplaat

85 ● Het is aannemelijk dat het oefenen op een trilplaat niet effectiever is voor de spierkracht, de somatosensorische functie, de zit- en stabalans, de loopvaardigheid en andere aan mobiliteit gerelateerde vaardigheden en het uitvoeren van basale activiteiten van het dagelijks leven in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 2)

Onderzocht in VR (=).

Hulpmiddelen ter verbetering van het zich verplaatsen in de mobilisatiefase**Loophulpmiddelen ter verbetering van de loopvaardigheid**

86 De werkgroep is van mening dat het gebruik van loophulpmiddelen ten goede komt aan de veiligheid, zelfstandigheid en de efficiëntie van het lopen en het zelfvertrouwen bij patiënten met een CVA. (niveau 4)

Beenorthesen ter verbetering van de loopvaardigheid

87 ● Het is aangetoond dat looptraining met een beenorthese langs een barre met ondersteuning door een fysiotherapeut leidt tot net zo veel verbetering van de loopsnelheid en de loopafstand als loopbandtraining met gewichtsondersteuning bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (=).

88 ● Het is aannemelijk dat lopen met een beenorthese leiden tot een grotere verbetering van de loopsnelheid en het energieverbruik dan lopen zonder beenorthese bij patiënten met een CVA. (niveau 2)

Onderzocht in RC (✓).

89 ● Het is aannemelijk dat de toepassing van een beenorthese het maken van transfers niet verbetert bij patiënten met een CVA. (niveau 2)

Onderzocht in RC (=).

90 ● Het is aannemelijk dat looptraining met een beenorthese langs een barre met ondersteuning door een fysiotherapeut niet effectiever is voor de loopafstand dan loopbandtraining met gewichtsondersteuning bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in VR (=).

Oefenen van zelfstandig rijden in een handbewogen rolstoel

91 ● Het is aannemelijk dat het voortbewegen van een handbewogen rolstoel met de niet-paretische hand en voet geen nadelige effecten heeft op de weerstand tegen passief bewegen en het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven bij patiënten met een CVA die niet zelfstandig kunnen lopen, maar wel zelfstandig kunnen zitten. (niveau 2)
Onderzocht in VR (✓).

92 De werkgroep is van mening dat het gebruik van een rolstoel ten goede komt aan de veiligheid, zelfstandigheid en actieradius van patiënten met een CVA die niet ambulant zijn. (niveau 4)

Arm-handvaardigheid in de mobilisatiefase

Therapeutisch positioneren van de paretische arm

93 ● Het is aangetoond dat therapeutisch positioneren van de paretische arm leidt tot behoud van de passieve exorotatie van de schouder bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓).

Reflex-inhiberende houdingen en immobilisatietechnieken voor de paretische pols en hand

94 ● Het is vooralsnog onduidelijk of reflex-inhiberende houdingen en immobilisatietechnieken voor de paretische pols en hand effectiever zijn voor de weerstand tegen passief bewegen, pijn en de passieve bewegingsuitslag in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=), LR (=) en RC (=).

Het gebruik van air-splints rondom de paretische arm en hand

95 ● Het is vooralsnog onduidelijk of het gebruik van air-splints rondom de paretische arm en hand effectiever is voor het gedissocieerd bewegen, de weerstand tegen passief bewegen, somatosensorische functies, pijn en de armhandvaardigheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=) en LR (=).

Ondersteunende technieken en hulpmiddelen voor de preventie of behandeling van glenohumerale subluxatie en/of hemiplegische schouderpijn

96 ● Het is vooralsnog onduidelijk of het gebruik van slings, strapping, of armorthesen effectiever is ter preventie van hemiplegische schouderpijn en het gedissocieerd bewegen in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=).

Bilaterale armtraining

97 ● Het is vooralsnog onduidelijk of bilaterale armtraining voor het gedissocieerd bewegen, de spierkracht, de arm-handvaardigheid, het ervaren gebruik van de paretische arm in het dagelijks leven en het uitvoeren van de basale activiteiten van het dagelijks leven effectiever is dan unilaterale armtraining bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in LR (=) en RC (=).

'Original' Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT)

98 ● Het is aangetoond dat originele CIMT leidt tot verbetering van de arm-handvaardigheid, het ervaren gebruik van de arm en hand, de kwaliteit van bewegen van de arm en hand en de kwaliteit van leven bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in LR (✓).

Hoge intensiteit gemodificeerde Constraint-Induced Movement Therapy (mCIMT)

99 ● Het is aangetoond dat hoge intensiteit mCIMT leidt tot verbetering van de arm-handvaardigheid, het ervaren gebruik van de arm en hand en de kwaliteit van bewegen van de arm en hand bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓) en RC (✓).

Lage intensiteit gemodificeerde Constraint-Induced Movement Therapy (mCIMT)

100 ● Het is aangetoond dat lage intensiteit mCIMT leidt tot verbetering van het gedissocieerd bewegen, de armhandvaardigheid, het ervaren gebruik van de arm en hand en de kwaliteit van bewegen van de arm en hand en het uitvoeren van basale activiteiten van het dagelijks leven bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Gedissocieerd bewegen onderzocht in VR (✓) en RC (✓), armhandvaardigheid onderzocht in VR (✓), LR (✓) en RC (✓) en ervaren gebruik en kwaliteit van bewegen van de arm en hand in VR (✓), LR (✓) en RC (✓).

Immobilisatie van de niet-paretische arm zonder specifieke training van de paretische arm

101 ● Het is vooralsnog of het immobiliseren van de niet-paretische arm zonder taakspecifieke training van de paretische arm effectiever is in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (=) en LR (=).

Robotgeassisteerde training van de paretische arm

102 ● Het is aangetoond dat unilaterale robotgeassisteerde training van de paretische schouder en elleboog leidt tot verbetering van het gedissocieerd bewegen en de spierkracht van de arm en tot vermindering van atypische pijn in de paretische arm bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Gedissocieerd bewegen en de spierkracht van de arm onderzocht in VR (✓), LR (✓) en RC (✓), atypische pijn in VR (✓) en LR (✓).

103 ● Het is aangetoond dat bilaterale robotgeassisteerde training van elleboog en pols leidt tot verbetering van het gedissocieerd bewegen en de spierkracht van de arm bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (✓) en RC (✓).

104 ● Het is vooralsnog onduidelijk of robotgeassisteerde training waarbij de arm en hand gelijktijdig worden geoefend effectiever is voor het gedissocieerd bewegen en de spierkracht in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (=) en RC (=).

Spiegeltherapie voor de paretische arm en hand

105 ● Het is vooralsnog onduidelijk of spiegeltherapie voor de paretische arm en hand effectiever is voor het gedissocieerd bewegen, de weerstand tegen passief bewegen, pijn en arm-handvaardigheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in LR (=) en RC (=).

Training van de paretische arm en hand in een virtuele omgeving

106 ● Het is aangetoond dat het trainen van de paretische arm en hand in een virtuele omgeving naast reguliere oefentherapie leidt tot verbetering van de uitvoering van de basale activiteiten van het dagelijks leven bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (✓) en RC (✓).

107 ● Het is aangetoond dat het trainen van de paretische arm en hand in een virtuele omgeving naast reguliere oefentherapie een nadelig effect heeft op de weerstand tegen passief bewegen bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (×) en RC (×).

NMS van de paretische pols- en vingerextensoren met gebruik van oppervlakte-elektroden

108 ● Het is aangetoond dat neuromusculaire elektrostimulatie (NMS) van de paretische pols- en vingerextensoren niet effectiever is voor het gedissocieerd bewegen, de spierkracht, de actieve bewegingsuitslag van de pols en vingers in extensierichting en de arm-handvaardigheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (=) en RC (=).

NMS van de paretische pols- en vingerflexoren en -extensoren met gebruik van oppervlakte-elektroden

109 ● Het is aangetoond dat neuromusculaire elektrostimulatie (NMS) van de paretische pols- en vingerflexoren en -extensoren leidt tot verbetering van het gedissocieerd bewegen en de spierkracht bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (✓).

NMS van de paretische schouderspieren met gebruik van oppervlakte-elektroden

110 ● Het is aangetoond dat neuromusculaire elektrostimulatie (NMS) van de paretische schouderspieren leidt tot vermindering van de glenohumerale subluxatie bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (✓), LR (✓) en RC (✓).

EMG-NMS van de paretische pols- en vingerextensoren met gebruik van oppervlakte-elektroden

111 ● Het is aangetoond dat EMG-triggered neuromusculaire elektrostimulatie (EMG-NMS) van de paretische pols- en vingerextensoren leidt tot verbetering van het gedissocieerd bewegen, de actieve bewegingsuitslag en de arm-handvaardigheid bij patiënten met een CVA. (niveau 1)

Onderzocht in VR (✓) en RC (✓).

EMG-NMS van de paretische pols- en vingerflexoren en -extensoren met gebruik van oppervlakte-elektroden

112 ● Het is voornamelijk onduidelijk of EMG-triggered neuromusculaire elektrostimulatie (EMG-NMS) van de paretische pols- en vingerflexoren en -extensoren effectiever is voor het gedissocieerd bewegen en de arm-handvaardigheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓) en RC (✓).

TENS van de paretische arm met gebruik van oppervlakte-elektroden

113 ● Het is aangetoond dat transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) niet effectiever is voor de weerstand tegen passief bewegen en het uitvoeren van basale ADL-vaardigheden in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=) en RC (=).

EMG-BF voor de paretische arm en hand

114 ● Het is voornamelijk onduidelijk of elektromyografische biofeedback (EMG-BF) voor de paretische arm effectiever is voor het gedissocieerd bewegen, de actieve bewegingsuitslag en de armhandvaardigheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in LR (=) en RC (=).

Spijkrachttraining van de paretische arm en hand

115 ● Het is voornamelijk onduidelijk of spierkrachttraining van de paretische arm en hand effectiever is voor het gedissocieerd bewegen, de spierkracht, de bewegingsuitslag, pijn en de arm-handvaardigheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=) en RC (=).

Fixatie van de romp tijdens training van de paretische arm en hand

116 ● Het is aangetoond dat fixatie van de romp tijdens training van de paretische arm en hand een ongunstig effect heeft op het ervaren gebruik van de arm en hand bij patiënten met een CVA in vergelijking met training zonder deze fixatie. (niveau 1)
Onderzocht in RC (×).

Interventies ter bevordering van de somatosensorische functies van de paretische arm en hand

117 ● Het is aangetoond dat interventies ter bevordering van de somatosensorische functies van de paretische arm en hand leiden tot verbetering van somatosensorische functies en afname van de weerstand tegen het passief bewegen bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓), LR (•) en RC (✓).

'Continuous passive motion' (CPM) voor de schouder

118 ● Het is aannemelijk dat het gebruik van een 'continuous passive motion' (CPM) hulpmiddel niet effectiever is voor de stabiliteit van het schoudergewricht, de spierkracht, het gedissocieerd bewegen, de weerstand tegen passief bewegen, pijn en het uitvoeren van basale ADL-vaardigheden in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in VR (=).

Subsensorische elektrische en vibratiestimulatie van de paretische arm

119 ● Het is aannemelijk dat subsensorische elektrische en vibratiestimulatie van de paretische arm niet effectiever zijn voor de somatosensorische functie, het gedissocieerd bewegen, de arm-handvaardigheid en de kwaliteit van leven in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA.
Onderzocht in RC (=).

Groepstraining met werkstations gericht op de paretische arm

120 ● Het is aannemelijk dat groepstraining met werkstations voor de paretische arm leidt tot verbetering van het gedissocieerd bewegen en de arm-handvaardigheid bij patiënten met een CVA.
Onderzocht in RC (✓).

Passieve bilaterale armtraining

121 ● Het is aannemelijk dat passieve bilaterale armtraining niet effectiever is voor het gedissocieerd bewegen, de maximale handknijpkracht en neurologische functies in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in RC (=).

122 **■** Het is aannemelijk dat passieve bilaterale armtraining leidt tot verbetering van neurofysiologische maten als excitatie van de ipsilaterale motorische cortex bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in RC (=).

Mechanische armtrainer

123 **■** Het is aannemelijk dat een mechanische armtrainer niet effectiever is voor het gedissocieerd bewegen, de spierkracht, de weerstand tegen passief bewegen en het uitvoeren van de basale ADL-vaardigheden in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in VR (=).

124 **■** Het is aannemelijk dat een mechanische armtrainer leidt tot verbetering van de arm-handvaardigheid bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in VR (✓).

ADL-vaardigheden in de mobilisatiefase

Training bij dyspraxie ter verbetering van ADL-zelfstandigheid

125 **■** Het is vooralsnog onduidelijk of behandeling van dyspraxie middels gebarentraining ('gestural training') een gunstig effect heeft op de mate van de ideatoire en ideomotorische apraxie in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA in de linker hemisfeer. (niveau 1)
Onderzocht in RC (✓).

126 **■** Het is aannemelijk dat behandeling van dyspraxie middels gebarentraining ('gestural training') een gunstig effect heeft op de basale activiteiten van het dagelijks leven bij patiënten met een CVA in de linker hemisfeer. De effecten blijven bestaan op lange termijn. (niveau 2)
Onderzocht in RC (✓).

127 **■** Het is aannemelijk dat strategietraining bij dyspraxie een gunstig effect heeft op de basale activiteiten van het dagelijks leven en generaliseert naar niet-getrainde taken bij patiënten met een CVA in de linker hemisfeer. De effecten nivelleren op lange termijn. (niveau 2)
Onderzocht in LR (✓).

128 **■** Het is aannemelijk dat strategietraining niet effectiever is voor de mate van ideatoire en ideomotorische apraxie, de spierkracht en de arm-handvaardigheid in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA in de linker hemisfeer. (niveau 2)
Onderzocht in LR (=).

Interventies gericht op het (her)leren en hervatten van vrijetijds- of dagbesteding in de thuissituatie

129 **■** Het is aangetoond dat therapie die is gericht op vrijetijds- of dagbesteding in de thuissituatie, zoals bijvoorbeeld het (her)leren van tuinieren en schilderen, een gunstig effect heeft op participatie in vrijetijdsbesteding bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓).

130 **■** Het is aangetoond dat therapie die is gericht op vrijetijds- of dagbesteding in de thuissituatie niet effectiever is voor de kwaliteit van leven, en de stemming en depressie in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=) en RC (=).

131 **■** Het is aannemelijk dat therapie in de thuissituatie die is gericht op vrijetijds- of dagbesteding niet effectiever is voor de verbetering van de motorische functies, basale activiteiten van het dagelijks leven, bijzondere activiteiten van het dagelijks leven en participatie bij patiënten met een CVA en de vermindering van de ervaren spanning bij de partner in vergelijking met andere interventies bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Motorische functies onderzocht in VR (=), basale activiteiten van het dagelijks leven in VR (=), bijzondere activiteiten van het dagelijks leven in LR (=), participatie in LR (=) en ervaren spanning bij de partner in LR (=).

Cognitieve revalidatie

Cognitieve revalidatie gericht op aandachtsproblemen

132 **■** Het is vooralsnog onduidelijk of training van de aandacht in de eerste zes weken na het ontstaan van het CVA effectiever is in vergelijking met andere interventies. (niveau 1)
Onderzocht in VR (=).

133 **■** Het is aangetoond dat training van de aandacht middels compensatiestrategieën een gunstig effect heeft op het vasthouden van de aandacht als na het CVA inmiddels zes weken verstreken zijn. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓), LR (✓) en RC (✓).

Cognitieve revalidatie gericht op geheugenproblemen

134 **■** Het is aangetoond dat geheugenstrategietraining waarbij gebruik wordt gemaakt van interne en externe strategieën een positief effect heeft op het leren compenseren van milde geheugenstoornissen bij patiënten met een CVA. (niveau 1)
Onderzocht in LR (✓) en RC (✓).

135 **■** Het is aangetoond dat geheugenstrategietraining in functionele situaties waarbij gebruik wordt gemaakt van externe strategieën een gunstig effect heeft op het aanleren van functionele vaardigheden in deze situaties bij patiënten met een CVA die matige tot ernstige geheugenproblemen hebben. (niveau 1)
Onderzocht in LR (✓) en RC (✓).

Cognitieve revalidatie gericht op (hemi)neglect

136 **■** Het is aangetoond dat visuele scanningstraining een gunstig effect heeft op de aandacht voor de verwaarloosde zijde bij patiënten met een CVA in de rechter hemisfeer. (niveau 1)
Onderzocht in VR (✓), LR (✓) en RC (✓).

137 **■** Er zijn aanwijzingen dat bij patiënten met een CVA in de rechter hemisfeer de volgende op neglect gerichte trainingsvormen een gunstig effect hebben op de aandacht voor de verwaarloosde zijde: gecombineerde training van visuele scanning, lezen, kopiëren en het beschrijven van figuren, activatie van de extremiteiten aan de verwaarloosde zijde, stimulatie van de nekspiergroep, het dragen van een hemispatiële zonnebril, het dragen van een prismabril en videofeedback. (niveau 3)
Onderzocht in VR (✓), LR (✓) en RC (✓).

Cognitie en aerobe training

138 **■** Het is aannemelijk dat aerobe training een gunstig effect heeft op conditioneel leren en impliciet leren bij patiënten met een CVA. (niveau 2)
Onderzocht in RC (✓).