

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Cognitive Complaints – Participation (CoCo-P): De ontwikkeling van een nieuw meetinstrument voor cognitieve klachten in het dagelijks leven

- ▶ Lauriane A. Spreij
- ▶ Isabel K. Gosselt
- ▶ David Sluiter
- ▶ Haike E. van Stralen
- ▶ Johanna M.A. Visser-Meily
- ▶ Tanja C.W. Nijboer

Dankwoord

Dank aan de patiënten, hun naasten en de gezonde controles voor hun bijdrage aan de ontwikkeling van de CoCo-P. Dank aan Chris Dijkerman, Willeke Kruithof, Rinske Maathuis, Albert Postma, Vera Schepers, Jacqueline Sibbel, Stefan van der Stigchel, Tjamke Strikwerda, Carolien van Veen, Irene Huenges Wajer en Martine van Zandvoort voor hun bijdrage als experts.

- **Samenvatting** — Cognitieve klachten kunnen zelfredzaamheid en participatie negatief beïnvloeden. Het is daarom belangrijk om naast de cognitieve stoornissen ook de cognitieve klachten op systematische wijze in kaart te brengen. In dit artikel beschrijven wij de ontwikkeling van de Cognitive Complaints – Participation (CoCo-P) vragenlijst gericht op cognitieve klachten in het dagelijks leven voor patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Een versie voor een naaste werd ontwikkeld om aanvullende informatie over de patiënt te verzamelen. De CoCo-P werd afgenomen bij patiënten met NAH ($n = 46$), hun naasten ($n = 33$) en gezonde controles ($n = 102$). Patiënten rapporteerden meer cognitieve klachten en een hogere mate van vermoeidheid dan gezonde controles. De rapportages van patiënten en hun naasten over het klachtenniveau van de patiënt kwamen niet overeen:

patiënten rapporteerden meer klachten. De CoCo-P blijkt een veelbelovend meetinstrument om cognitieve klachten te kwantificeren en te evalueren. Toekomstig onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit volgt.

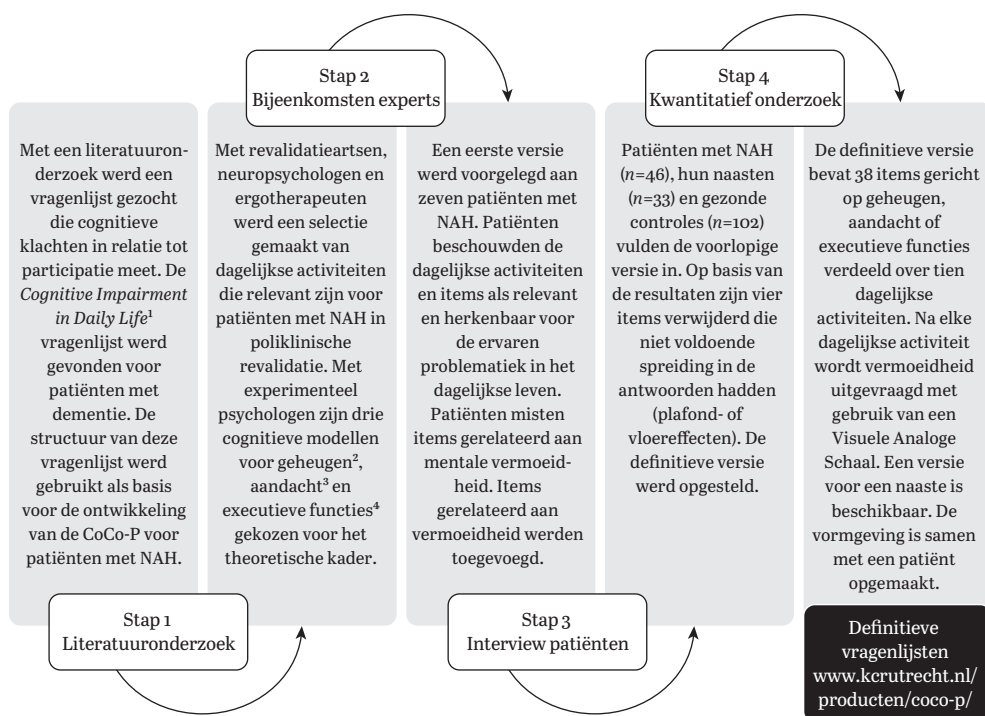
Introductie

Poliklinische revalidatie heeft als doel zelfredzaamheid, eigen regie en participatie te optimaliseren (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2015). Het behalen van deze doelen kan belemmerd worden door de aanwezigheid van cognitieve stoornissen (Ezekiel e.a., 2018), maar ook door de aanwezigheid van cognitieve klachten (Benedictus e.a., 2010; Robison e.a., 2009). Cognitieve klachten zijn subjectieve ervaringen van cognitieve problemen. In tegenstelling tot het neuropsychologische testonderzoek voor het in kaart brengen van cognitieve stoornissen, is er weinig uniformiteit in de systematiek voor het in kaart brengen van cognitieve klachten. Doorgaans worden cognitieve klachten in het dagelijks leven door middel van een (hetero)anamnese in kaart gebracht. Momenteel zijn er enkele vragenlijsten beschikbaar die cognitieve klachten meten zoals de Checklijst voor Cognitieve en Emotionele Problemen na een Beroerte – 24 (CLCE-24) (Van Heugten e.a., 2007). De items zijn echter niet direct gerelateerd aan dagelijkse activiteiten. Andere vragenlijsten richten zich specifiek op dagelijkse activiteiten en participatie zoals de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie – Participatie (Post e.a., 2012). De items leggen echter geen nadruk op onderliggende cognitieve klachten. Het doel van dit onderzoek was het ontwikkelen van een vragenlijst gericht op cognitieve klachten tijdens dagelijkse activiteiten (participatie) voor patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Tevens werd een versie voor een naaste ontwikkeld om aanvullende informatie over de patiënt te verzamelen. De vragenlijsten werden ontwikkeld op basis van een literatuuronderzoek, bijeenkomsten met experts, interviews met patiënten en een kwantitatieve studie. Wij vergeleken de gerapporteerde klachten en de mate van vermoeidheid van patiënten met NAH en gezonde controles. Daarnaast vergeleken we de rapportages van patiënten en hun naasten over het klachtenniveau van de patiënt.

Ontwikkeling van de Cognitive Complaints – Participation (CoCo-P)

De ontwikkeling van de CoCo-P wordt beschreven in Figuur 1. De definitieve vragenlijst bevat 38 items verdeeld over tien dagelijkse activiteiten (werk/opleiding, vrijetijdsbesteding, reizen, autorijden, geldzaken, me-

dicijngebruik, rol in uw gezin, contact vrienden, familie en omgeving, koken, boodschappen). De items zijn gericht op geheugen (retrospectief, prospectief), aandacht (arousal, oriëntatie, monitoring, volgehouden) en executieve functies (planning, zelfmonitoring, initiatief, mentale flexibiliteit). De antwoordmogelijkheden reflecteren verschillende maten van zelfstandigheid en moeite ([0] zelfstandig zonder moeite, [1] zelfstandig met moeite, [2] met hulp, [3] niet mogelijk, [4] niet van toepassing). Na elke dagelijkse activiteit wordt de mate van vermoeidheid uitgevraagd op basis van een Visuele Analoge Schaal (VAS) van 0 (niet vermoeiend) tot 10 (zeer vermoeiend). Er is een versie voor naasten beschikbaar, waarin een naaste wordt gevraagd een inschatting te maken van het klachteniveau van de patiënt.



FIGUUR 1 De ontwikkeling van de CoCo-P in stappen weergegeven. ¹Johansson e.a., 2016; ²Squire, 2004; ³Petersen & Posner, 2012; Posner & Rothbart, 2007; ⁴Ylvisaker e.a., 1998. Voor een uitgebreide beschrijving van de ontwikkeling van de CoCo-P verwijzen we de lezer naar de internationale publicatie (Spreij e.a., in press).

Resultaten kwantitatieve studie

Participanten

We rekruteerden patiënten met NAH die poliklinische revalidatie kregen in De Hoogstraat Revalidatie of het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Een naaste werd gevraagd te participeren. Gezonde controles werden gerekruteerd via kennissen, nieuwsbrieven en websites. De inclusiecriteria voor de patiënten en gezonde controles waren: 1) achttien tot tachtig jaar oud en 2) Nederlandstalig. Het exclusie criterium voor gezonde controles was een voorgeschiedenis van neurologische en/of psychiatrische aandoeningen. Participanten gaven geschreven toestemming. Het onderzoek werd uitgevoerd volgens het verdrag van Helsinki en met goedkeuring van de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (METC protocol 17-407/C). Er zijn 46 patiënten met NAH, 33 naasten en 102 gezonde controles geïncludeerd (zie Tabel 1, p. 54). Tussen patiënten en gezonde controles was er geen significant verschil voor geslacht ($\chi^2(1) = .48, p = .488$), leeftijd ($U = 2161.00, z = -.77, p = .443$) en opleiding ($\chi^2(2) = 4.81, p = .090$).

Klachten per dagelijkse activiteit

Wanneer een participant binnen een activiteit op minstens één item aangaf deze niet te kunnen uitvoeren ([3] niet mogelijk), werd de participant gecategoriseerd onder 'niet mogelijk'. Wanneer een participant binnen een activiteit op minstens één item aangaf deze met hulp te kunnen uitvoeren ([2] met hulp), werd de participant gecategoriseerd onder 'met hulp'. Wanneer een participant binnen een activiteit op minstens één item aangaf deze met moeite uit te voeren ([1] zelfstandig met moeite), werd de participant gecategoriseerd onder 'met moeite'. Wanneer een participant op alle items binnen een activiteit aangaf geen cognitieve klachten te ervaren ([0] zelfstandig zonder moeite), werd de participant gecategoriseerd onder 'geen klachten aanwezig'. De meeste patiënten rapporteerden cognitieve klachten ('met moeite', 'met hulp', 'niet mogelijk' bij elkaar opgeteld) tijdens werk/opleiding (87%), vrijetijdsbesteding (89%) en het contact met vrienden, familie en omgeving (96%) (Figuur 2, p. 55). Gezonde controles rapporteerden de meeste cognitieve klachten tijdens werk/opleiding (32%), het contact met vrienden, familie en omgeving (31%) en het koken (24%).

TABEL 1 Demografische en klinische gegevens.

	Patiënten met NAH <i>n</i> = 46	Naasten <i>N</i> = 33	Gezonde controles <i>n</i> = 102
Man (%)	52,2	42,4	46,0
Leeftijd in jaren (gemiddelde, SD)	46,9 (12,85)	47,84 (11,48)	48,4 (15,09)
Opleidingsniveau (%)			
Laag	4,3	9,1	0
Gemiddeld	28,3	24,2	23,7
Hoog	67,4	66,7	76,3
Oorzaak NAH (%)			
Cerebrovasculair accident	32,6		
Traumatisch hersenletsel	56,5		
Hersentumor	10,9		
Tijd na letsel (gemiddelde, range)	15 maanden (3-177)		
Laesiezijde (%)			
Links	23,9		
Rechts	30,4		
Bilateraal	26,1		
Niet zichtbaar op scan	17,4		
Onbekend	2,2		
Werksituatie (%)			
Terug naar werk	2,2		
Terug naar werk, minder uren	21,7		
In re-integratietraject	28,2		
Niet terug naar werk	34,8		
Onbekend	13,1		

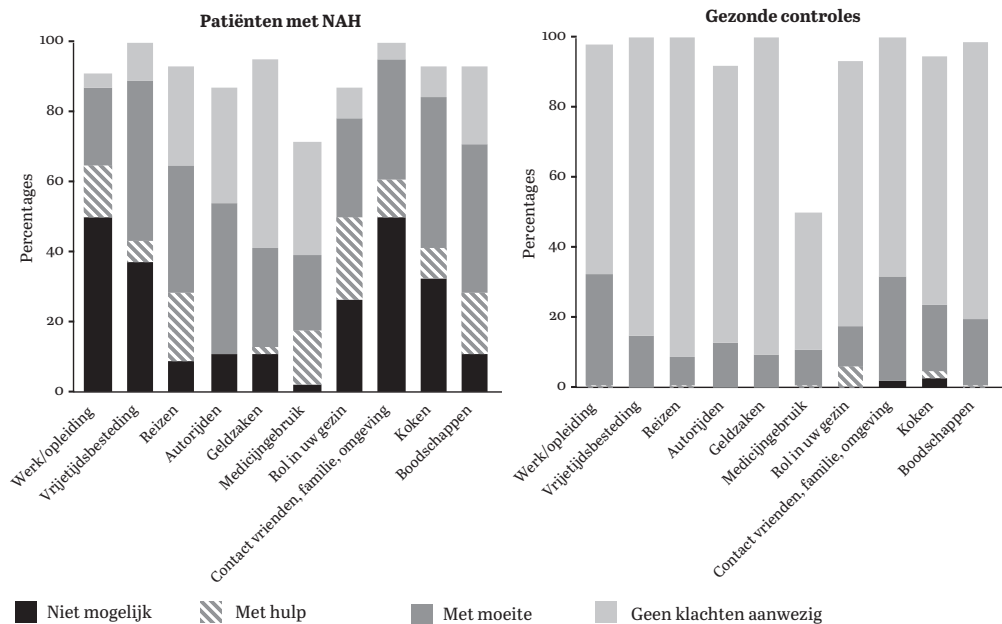
Legenda: Niet-aangeboren hersenletsel (NAH); Standaarddeviatie (SD).

Klachten per cognitief domein

We berekenden klachtenscores per cognitief domein met de volgende formule:

$$\text{Klachtenscore} = \frac{\text{Gemiddelde score op onderliggende items}}{3 \text{ (maximale score)}} \times 100$$

Voor elke participant werden alleen de items meegenomen die van toepassing waren. De range was van 0-100 en een hogere klachtenscore wees op een hogere mate van klachten. De klachtenscores waren niet normaal verdeeld, dus de mediaan en het eerste en derde kwartiel zijn representatief voor de verdeling van de scores. Mann-Whitney U tests (twee onafhankelijke groepen) lieten zien dat patiënten significant meer klachten in het geheugen, de aandacht en het executief domein rapporteerden dan gezonde controles (Tabel 2, p. 56). Wilcoxon signed-rank tests (twee gerelateerde groepen) lieten zien dat patiënten significant meer klachten rapporteerden in het geheugen- en aandacht domein dan hun naasten (over de patiënt) hadden gerapporteerd.



FIGUUR 2 De percentages van participanten (op de y-as) die klachten (gecategoriseerd in 'niet mogelijk', 'met hulp', 'met moeite') en geen klachten rapporteerden per dagelijkse activiteit (op de x-as). De overige participanten gaven aan dat de dagelijkse activiteit niet van toepassing was.

TABEL 2 Vergelijking van de klachtenscores per cognitief domein tussen patiënten met NAH en gezonde controles, en patiënten met NAH en hun naasten (ingevuld over de patiënt)

	Patiënten met NAH (n = 46)	Gezonde controles (n = 102)	
	Mediaan (Q1-Q3)	Mediaan (Q1-Q3)	Mann-Whitney U test
Geheugen klachtenscore (0-100)	26 (18-43)	0 (0-5)	$U = 374,50, z = -8,64, p < .001^*$
Aandacht klachtenscore (0-100)	42 (26-58)	0 (0-4)	$U = 167,50, z = -9,28, p < .001^*$
Executief klachtenscore (0-100)	23 (11-43)	0 (0-3)	$U = 314,50, z = -8,84, p < .001^*$
	Patiënten met NAH (n = 33)	Naasten (n = 33)	
	Mediaan (Q1-Q3)	Mediaan (Q1-Q3)	Wilcoxon signed-rank test
Geheugen klachtenscore (0-100)	28 (19-44)	19 (8-36)	$Z = -2,42, p = .015^*$
Aandacht klachtenscore (0-100)	40 (27-61)	27 (17-58)	$Z = -2,64, p = .008^*$
Executief klachtenscore (0-100)	23 (11-44)	19 (9-42)	$Z = -1,83, p = .067$

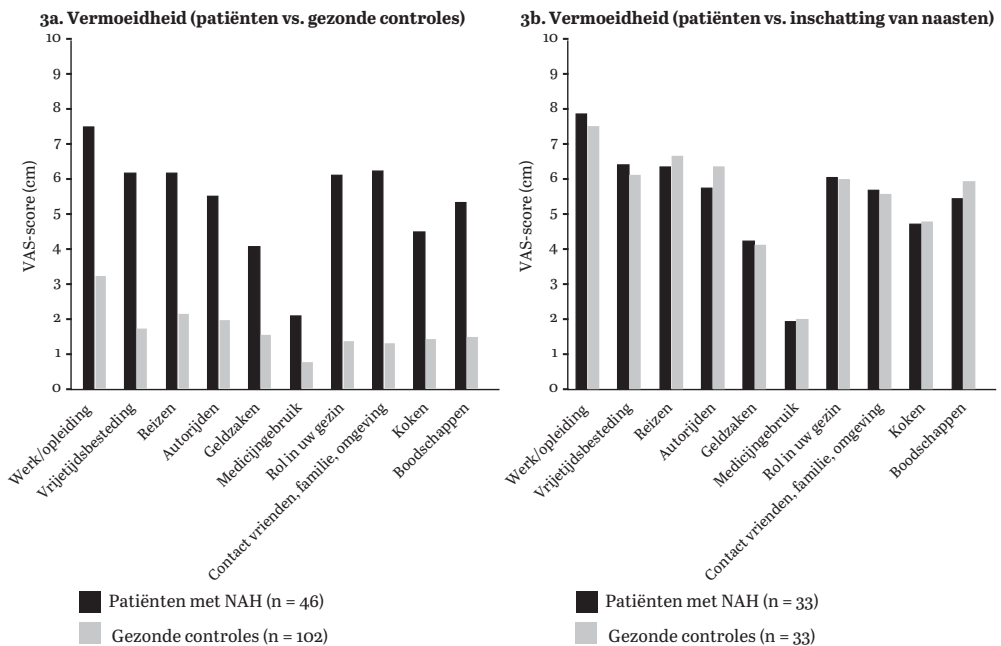
* $p < .05$. **Legenda:** eerste en derde kwartiel (Q1-Q3)

Vermoeidheid per dagelijkse activiteit

Patiënten rapporteerden significant meer vermoeidheid tijdens elke dagelijkse activiteit in vergelijking met gezonde controles (Figuur 3a). De rapportages van patiënten en naasten (over de patiënt) bleken goed overeen te komen (Figuur 3b).

Discussie en conclusie

In dit artikel beschrijven wij de ontwikkeling van de CoCo-P op basis van een literatuuronderzoek, bijeenkomsten met experts, interviews met patiënten en een kwantitatieve studie. De resultaten van de kwantitatieve studie lieten zien dat de meeste patiënten klachten rapporteerden tijdens werk/opleiding, vrijetijdsbesteding en het contact met vrienden, familie en omgeving. Cognitieve klachten kunnen terugkeer naar werk, vrijetijdsbesteding en sociale activiteiten negatief beïnvloeden (Benedic-



FIGUUR 3 De mate van vermoeidheid gemeten met een VAS-score (op de y-as) tijdens dagelijkse activiteiten (op de x-as). Een vergelijking wordt weergegeven tussen (a) patiënten en gezonden en (b) patiënten en hun naasten (ingevuld over de patiënt).

tus e.a., 2010; Robison e.a., 2009). In vergelijking met patiënten met NAH rapporteerden weinig gezonde controles cognitieve klachten tijdens dagelijkse activiteiten (patiënten 39 tot 96% versus 9 tot 32%). Gezonde controles rapporteerden relatief lichte klachten (moeite) tijdens cognitieve taken, in tegenstelling tot een groot deel van de patiënten die aangaven dat de cognitieve taken niet meer mogelijk waren (Figuur 2). Daarnaast rapporteerden patiënten ook een hogere mate van vermoeidheid na elke dagelijkse activiteit dan gezonde controles. Vermoeidheid is een bekend probleem na NAH (Visser-Keizer e.a., 2015). Deze bevindingen laten zien dat de CoCo-P een onderscheid kan maken tussen patiënten met en gezonde controles zonder cognitieve klachten.

De rapportages van patiënten en naasten over het klachtenniveau van de patiënt bleken niet overeen te komen. Deze bevinding weerspiegelt mogelijk dat patiënten hun eigen functioneren onderschatten (en dus meer klachten rapporteren) of dat naasten het functioneren van de patiënt overschatten (en dus minder klachten rapporteren). Op basis van

deze studie kunnen we echter geen uitspraken doen over de oorzaak van deze discrepantie. Het inzicht in eigen functioneren kan aangedaan zijn na NAH (Noé e.a., 2005). Tevens kan het voor anderen, zelfs voor naasten, moeilijk zijn om de onzichtbare gevolgen van NAH te observeren (Hochstenbach e.a., 2005). De rapportages van patiënten en naasten met betrekking tot vermoeidheid bleken echter goed overeen te komen, wat suggereert dat vermoeidheid makkelijker te herkennen is voor de patiënt en zijn naaste.

Een sterk punt is de bijdrage van revalidatieartsen, ergotherapeuten, neuropsychologen, experimenteel psychologen en patiënten aan de ontwikkeling van de CoCo-P. De CoCo-P is daardoor zowel gebaseerd op theorie als op (klinische) ervaring. Een beperking is de strikte verdeling van de items onder de cognitieve (sub)domeinen. Hoewel deze verdeling theoretisch onderbouwd wordt aan de hand van cognitieve modellen (Peterson & Posner, 1990, 2012; Posner & Rothbart, 2007; Squire, 1992, 2004; Ylvisaker e.a., 1998) kunnen sommige items onder meerdere domeinen vallen. Een andere beperking is de relatief selectieve patiëntengroep. De patiënten waren hoogopgeleid en cognitief gezien mild aangedaan. Hoewel we verwachten dat de CoCo-P inzetbaar is bij de meerderheid van de patiënten met NAH, kunnen we op basis van deze studie geen uitspraken doen over het gebruik van de CoCo-P bij ernstig aangedane patiënten. Toekomstig onderzoek zal gericht zijn op de betrouwbaarheid en de validiteit met gebruik van een grote heterogene patiëntengroep. Tevens zullen normgegevens bepaald worden.

Klinische implicaties

Er is tot op heden weinig uniformiteit en systematiek bij het in kaart brengen van cognitieve klachten in het dagelijks leven. Doorgaans worden klachten door middel van een (hetero)anamnese in kaart gebracht. Hierdoor bestaat de kans dat klachten worden gemist, of dat verbetering of verslechtering van klachten niet eenvoudig kan worden gesignaleerd. Het is daarom belangrijk om cognitieve klachten op systematische wijze in kaart te brengen. De CoCo-P kan deze systematiek bieden. Er is een versie voor een naaste beschikbaar om aanvullende informatie over de patiënt via een naaste te verzamelen. De CoCo-P is geschikt om thuis in te vullen, waardoor deze laagdrempelig mee genomen kan worden bij een neuropsychologisch onderzoek of bij de cognitieve revalidatiebehandeling door een neuropsycholoog of ergotherapeut. De definitieve vragenlijsten zijn terug te vinden op www.kcrutrecht.nl/producten/coco-p/.

Lauriane A. Spreij Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum.

Isabel K. Gosselt Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum.

David Sluiter Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum.

Haike E. van Stralen Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, UMC Utrecht Hersencentrum.

Johanna M.A. Visser-Meily Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum; Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, UMC Utrecht Hersencentrum.

Tanja C.W. Nijboer Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum; Afdeling Experimentele Psychologie, Helmholtz Instituut, Universiteit Utrecht, e-mail: t.c.w.nijboer@uu.nl.

Literatuur

- Benedictus, M.R., Spikman, J.M. & Van Der Naalt, J. (2010). Cognitive and behavioral impairment in traumatic brain injury related to outcome and return to work. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9), 1436-1441. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.06.019>.
- Ezekiel, L., Collett, J., Mayo, N.E., Pang, L., Field, L. & Dawes, H. (2018). Factors associated with participation in life situations for adults with stroke: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.06.017>.
- Heugten, C. van, Rasquin, S., Winkens, I., Beusmans, G. & Verhey, F. (2007). Checklist for cognitive and emotional consequences following stroke (CLCE-24): Development, usability and quality of the self-report version. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 109(3), 257-262. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2006.10.002>.
- Hochstenbach, J., Prigatano, G. & Mulder, T. (2005). Patients' and relatives' reports of disturbances 9 months after stroke: Subjective changes in physical functioning, cognition, emotion, and behavior. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(8), 1587-1593. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.050>.
- Johansson, M.M., Marcusson, J. & Wressle, E. (2016). Development of an instrument for measuring activities of daily living in persons with suspected cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(3), 230-239. <https://doi.org/10.3109/11038128.2016.1139621>.
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (2015). *Actief naar zelfredzaamheid en eigen regie: Position paper revalidatiegeneeskunde*.
- Noé, E., Ferri, J., Caballero, M.C., Villodre, R., Sanchez, A. & Chirivella, J. (2005). Self-awareness after acquired brain injury: Predictors and rehabilitation. *Journal of Neurology*, 252(2), 168-175. <https://doi.org/10.1007/s00415-005-0625-2>.
- Petersen & Posner, M.I. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25-42. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-062111-150525>.
- Petersen, S.E. & Posner, M.I. (2012). The attention system of the human brain: 20 years after. *Annual Review of Neuroscience*, 21(35), 73-89. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-062111-150525>.

- Posner, M.I. & Rothbart, M.K. (2007). Research on attention networks as a model for the integration of psychological science. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 1-23. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085516>.
- Post, M.W.M., Van Der Zee, C.H., Hennink, J., Schafrat, C.G., Visser-Meily, J.M.A. & Van Berlekom, S.B. (2012). Validity of the Utrecht scale for evaluation of rehabilitation-participation. *Disability and Rehabilitation*, 34(6), 478-485. doi:10.3109/09638288.2011.608148.
- Robison, J., Wiles, R., Ellis-Hill, C., McPherson, K., Hyndman, D. & Ashburn, A. (2009). Resuming previously valued activities post-stroke: Who or what helps. *Disability and Rehabilitation*, 31(19), 1555-1566. <https://doi.org/10.1080/09638280802639327>.
- Spreij, L.A., Sluiter, D., Gosselt, I.K., Visser-Meily, J.M.A. & Nijboer, T.C.W. (in press). CoCo - Participation: The development and clinical use of a novel inventory measuring cognitive complaints in daily life. *Neuropsychological Rehabilitation*.
- Squire, L.R. (1992). Nondeclarative memory: Multiple brain systems supporting learning. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 4(3), 232-243. <https://doi.org/10.1162/jocn.1992.4.3.232>.
- Squire, L.R. (2004). Memory systems of the brain: A brief history and current perspective. *Neurobiology of Learning and Memory*, 82(3), 171-177. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2004.06.005>.
- Visser-Keizer, A.C., Hogenkamp, A., Westerhof-Evers, H.J., Egberink, I.J.L. & Spikman, J.M. (2015). Dutch multifactor fatigue scale: A new scale to measure the different aspects of fatigue after acquired brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(6), 1056-1063. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.12.010>.
- Ylvisaker, M., Szekeres, S.F. & Feeney, T. (1998). Cognitive rehabilitation: Executive functions. In: M. Ylvisaker (red.), *Traumatic brain injury rehabilitation: Children and adolescents*. (pp. 221-269). Boston: Butterworth-Heinemann.