

Cognitieve en emotionele veranderingen na een beroerte: Wat wil de patiënt weten?

Céline Didderen¹⁻³, Nick Weaver³, Geert Jan Biessels³, Anne Visser-Meily^{1,2}, Joris de Graaf^{1,2}

¹Center of Excellence for Rehabilitation Medicine, UMC Utrecht Brain Center, University Medical Center Utrecht and De Hoogstraat Rehabilitation, Utrecht, The Netherlands

²Department of Rehabilitation, Physical Therapy Science & Sports, UMC Utrecht Brain Center, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands

³Department of Neurology and Neurosurgery, UMC Utrecht Brain Center, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands



Introductie

- ± 50% van de mensen heeft cognitieve stoornissen na een beroerte [1]
- ± 1/3 ervaart angst of depressie na een beroerte [2, 3]
- Mensen die direct naar huis gaan krijgen hierover vaak **(te) weinig informatie**

- In kaart brengen informatiebehoeftes:

1. Welke onderwerpen zijn belangrijk?
2. Op welk moment?
3. Via welke vorm van communicatie?

Methoden

- 1-op-1 interviews met patiënt (40-60 minuten per interview)
- Populatie: herseninfarct 2-12 maanden geleden, ontslagbestemming naar huis
- Inclusie tot saturatie (tot op heden 5 patiënten geïnterviewd)
- Thematische analyse

Voorbeeld interviewvragen



Cognitieve en emotionele klachten

Klacht (CLCE-24)	N (%)
Moeite met informatie onthouden	4 (80%)
Sneller en vaker moe	4 (80%)
Langzamer geworden	3 (60%)
Moeite met plannen/organiseren	3 (60%)
Sombere of depressieve gevoelens	3 (60%)
Angstgevoelens	3 (60%)
Sneller geïrriteerd/prikkelbaar	3 (60%)
Moeite met gesproken of geschreven taal	2 (40%)
Sneller emotioneel/sneller huilen	2 (40%)
Moeite om aandacht erbij te houden	2 (40%)



Wij zoeken nog deelnemers!
Bij vragen of interesse kunt u contact opnemen via:
E-mail: c.didderen@umcutrecht.nl
Tel.: 06 55 23 46 25
Of scan de QR-code voor LinkedIn



Referenties

1. El Husseini N, Katzan IL, Rost NS, Blake ML, Byun E, Pendlebury ST, et al. Cognitive Impairment After Ischemic and Hemorrhagic Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2023;54(6):e272-e91.
2. Towfighi A, Ovbiagele B, El Husseini N, Hackett ML, Jorge RE, Kissela BM, et al. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2017;48(2):e30-e43.
3. Ruthmann F, Lo JW, Mendyk-Bordet A-M, Allart E, Köhler S, Klimkiewicz-Mrowiec A, et al. Prevalence of poststroke anxiety and its associations with global cognitive impairment: An individual participant data analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2025;369:1136-44.

Voorlopige resultaten

📄 Informatiebehoefte blijft bestaan

De zorg stopt, maar de vragen blijven

Vragen over herstel bestaan nog maanden tot een jaar na de beroerte.
Nazorg eindigt echter vaak al na 4-6 weken



📞 Behoeft aan (laagdrempelig) contact met specialist

Wie kan ik bellen?

Individuele vragen worden vaak niet voldoende beantwoord door de huisarts.
Behoeft aan een gesprek met neuroloog of revalidatie professional blijft bestaan



🗣️ Vorm van communicatie

Algemeen op papier, individueel face-to-face

Algemene informatie mag op papier of online. Persoonlijke vragen worden liever telefonisch of face-to-face besproken. Visuele hulpmiddelen in het consult worden als positief ervaren.



Conclusie

- Een beroerte is ingrijpend, veel **informatie blijft kort na het incident niet hangen**.
- Goede informatie kan ervoor zorgen dat patiënten **klachten beter begrijpen** en zich zekerder voelen.
- In de communicatie tussen zorgverlener en patiënt is het belangrijk om rekening te houden met de **blijvende informatiebehoefte, behoefte aan laagdrempelig contact, en passende communicatievormen**.
- Zo kan informatievoorziening in de toekomst beter toegespitst worden op de behoeften van patiënten.