

W H I T E P A P E R



**Samen sterk voor CVA-gezondheidszorg:
van preventie tot leven na een beroerte**

WHITE PAPER

Samen sterk voor CVA-gezondheidszorg: van preventie tot leven na een beroerte

Achtergrond

Op gezamenlijk initiatief van het Kennisnetwerk CVA Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, de Hersenletsel Alliantie en met inhoudelijke betrokkenheid van ervaringsdeskundigen en experts, is in 2025 een start gemaakt met het *CVA Actieplan Nederland*.

Voor het bepalen van kernprioriteiten van het *CVA Actieplan Nederland* voor de periode 2025-2030 en het geven van aanbevelingen aan beleidsmakers zijn twee roundtables georganiseerd. Ter stimulering van de gedachtenuitwisseling tussen de deelnemers aan de roundtables is voorliggende white paper geschreven. Geïnspireerd door de input van deelnemers aan de roundtables is een policy brief 'CVA Actieplan Nederland 2025-2030' geschreven.

Met het publiceren van beide documenten worden beleidsmakers geïnformeerd over het nut en de noodzaak van het *CVA Actieplan Nederland*, de kernprioriteiten en beleidsaanbevelingen. Met de policy brief worden de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de zorgverzekeraars gevraagd om het *CVA Actieplan Nederland* te bekrachtigen.

Inleiding

In 2023 waren naar schatting 543.200 mensen met een beroerte (CVA en TIA) bekend bij de huisarts; dit zijn 31,4/1000 mannen en 29,4/1000 vrouwen.¹ Verwacht wordt dat het aantal mensen met een beroerte de komende jaren verder zal toenemen.² Beroerte vormt met dementie en longkanker de top drie van meest voorkomende doodsoorzaken.³ Een beroerte is een aandoening die gepaard gaat met relatief veel en langdurende ziektelast.⁴

De totale kosten die gepaard gaan met CVA in Nederland worden geschat op 1.991M€ (in 2017).⁵ Van deze totale kosten wordt 57% gegeneerd door gezondheids- en sociale zorg, 24% door informele zorg, 12% door productieverlies als gevolg van overlijden en 6% door productieverlies als gevolg van ziekte.⁵ Met een verwachte stijging >60% nestelt Nederland zich in de top 5 van EU-27 landen waar de totale kosten die gepaard gaan met CVA het meest zullen stijgen.⁵ Hiervan zal sprake zijn indien geen initiatieven worden genomen om de zorg te optimaliseren of transformeren.

Een geruststellende gedachte is dat in Nederland sprake is van diverse verbeterinitiatieven in verschillende fasen van het zorgcontinuüm (i.e., gezondheidsbevordering, ziektepreventie, diagnose, behandeling, revalidatie, nazorg en palliatieve zorg). Aansprekende voorbeelden hiervan zijn: kwaliteitsbenchmarking (*RES-Q* en *DASA*), slimme preventieprogramma's via huisartsen (Cardio Vasculair Risico Management, AF-opsporing), regionale CVA-zorgnetwerken met formele afspraken inclusief 'early supported discharge', de beschikbaarheid van mechanische trombectomie en intraveneuze trombolysie, en de implementatie van de *FAST-campagne*. Desondanks is bij deze initiatieven veelal geen sprake van een landelijke dekking. Daarnaast ontbreekt een gelijke verdeling van initiatieven over de fasen van het zorgcontinuüm. Om de prevalentie, ziektelast, mortaliteit en kosten die gepaard gaan met beroerte planmatig te verbeteren voor Nederland, is een landelijk actieplan noodzakelijk.

Stroke Action Plan Europe (SAP-E) & CVA Actieplan Nederland (CAN)

Een geschikt raamwerk hiervoor wordt geboden door het Stroke Action Plan Europe (SAP-E 2018-2030).⁶ Hierin worden voor zeven pijlers algemene en specifieke doelen en evidence-based interventies beschreven. Deze pijlers zijn: primaire preventie, organisatie van CVA zorg, management van acute CVA, secundaire preventie, revalidatie, evaluatie van kwaliteit en uitkomsten, leven na een CVA.

SAP-E kent vier overstijgende doelen:

1. het verminderen van het absolute aantal CVA's in Europa met 10%;
2. het behandelen van 90% of meer van alle patiënten met een CVA in Europa in een speciale afdeling ('stroke unit') als eerste niveau van zorg;
3. het hanteren van nationale plannen voor CVA zorg die het gehele continuüm omvatten van primaire preventie tot en met leven na een CVA;
4. het volledig implementeren van nationale strategieën voor multi-sectorale, publieke gezondheids-interventies ter bevordering en facilitering van gezonde leefstijl en ter voorkoming van omgevings-, sociaal-economische en scholings factoren die het risico op een CVA vergroten.⁶




Door het SAP-E als referentiekader te gebruiken, kan een nationale vertaling ervan worden gemaakt door de bestaande context, actuele initiatieven, en geplande voornemens in kaart te brengen. Aldus ontstaat op nationaal niveau inzicht in onder meer de doelen en de mate van doelrealisatie voor het verbeteren van het continuüm van CVA-zorg. Dit faciliteert het vaststellen van een agenda ten behoeve van integrale, persoonsgerichte CVA-zorg. In 24 landen in Europa is een nationaal CVA-actieplan beschikbaar. In Engeland wordt verwacht dat volledige implementatie van een nationaal CVA-actieplan gepaard gaat met een jaarlijks voordeel van £48 miljoen.⁷ Ondanks de introductie van het SAP-E in 2018, is in Nederland nog geen sprake van een nationaal actieplan ter verbetering van de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) een CVA.





Een verkenning in opdracht van stichting Kennisnetwerk CVA Nederland onder ruim 30 belanghebbende partijen in 2024, maakte inzichtelijk dat sprake is van een breed draagvlak voor een *CVA Actieplan Nederland* (CAN). Deze verkenning laat zien dat er behoefte bestaat om, met het SAP-E als raamwerk, bestaande initiatieven ter verbetering van CVA zorg in Nederland in kaart te brengen, afstemming ertussen te bevorderen, en samenwerking tussen bestaande initiatieven, op basis van de initiatieven, te versterken. Daarnaast bestaat er behoefte aan een landelijke kennis- en verbeteragenda ten behoeve van passende, regionale CVA-netwerkzorg met hoogwaardige uitkomsten voor patiënten en een efficiënte inzet van middelen.⁸ Dit heeft ertoe geleid dat [de Hersenletsel Alliantie](#), [stichting Kennisnetwerk CVA Nederland](#), en [de Nederlandse Vereniging voor Neurologie](#) gezamenlijk het initiatief hebben genomen tot het ontwikkelen, implementeren en evalueren van het CAN. Een van de eerste concrete acties van dit initiatief is het uitbrengen van een policy brief.

Policy brief CVA Actieplan Nederland

Het doel van de policy brief is om beleidsmakers (1) te informeren over het nut en de noodzaak van het CAN, (2) aanbevelingen te geven voor beleidsmaatregelen om CVA-zorg in Nederland te optimaliseren en transformeren, (3) te vragen om CAN te bekrachtigen.

Op basis van het SAP-E⁶, informatie verzameld tijdens de verkenning naar draagvlak voor het CAN⁸, een recent door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gepubliceerd rapportage over haar toezicht bij regionale CVA-netwerken⁹, inzichten uit wetenschappelijk onderzoek naar regionale CVA zorgnetwerken¹⁰ en de implementatie van nationale CVA-plannen in Europa¹¹, en de internationale policy paper 'Time for a Revolution in Stroke Care'¹² zijn de volgende kernprioriteiten voor het CAN (voor de periode 2025-2030) geïdentificeerd:

-  Perspectief persoon met CVA en hun naaste(n) centraal stellen bij regionale CVA-netwerkzorg;
-  Netwerkgerichte regie ten behoeve van samenwerken binnen en tussen alle fasen van het continuüm met betrokkenheid van alle domeinen;
-  Investeren in effectieve preventie ter voorkoming van CVA en de (on)zichtbare gevolgen ervan;

-  Gelijke en tijdige toegang tot acute CVA zorg in alle regio's;
-  Toekomstbestendige revalidatie en nazorg met passende bekostiging;
-  Sturen op kwaliteit continuüm-breed;
-  Innovatie en implementatieonderzoek: contextgericht innoveren en opschalen.

Op 7 augustus 2025 en 16 september 2025 vonden roundtables plaats om op semi-gestructureerde wijze input op te halen voor de policy brief (Bijlage). Deelnemers werden uitgenodigd van gedachten te wisselen over de kernprioriteiten en de ermee gepaard gaande beleidsaanbevelingen voor de periode 2025-2030.

Aanbevelingen per kernprioriteit van het CVA Actieplan Nederland

Per kernprioriteit is hieronder aangegeven waarom deze relevant is en met welke beleidsaanbeveling(en) deze gepaard gaat:

Perspectief persoon met CVA en hun naaste(en) centraal stellen bij regionale CVA-netwerkzorg

Relevantie: IGJ benadrukt dat vroegtijdige inbreng van patiënten ontbreekt bij regionale netwerkzorg, ook bij nazorg en re-integratie. Vooral jongere patiënten (65 jaar of jonger) ervaren expliciete problemen rond werk, relaties, identiteit en/of gezinsleven. Deze problemen behoeven systematische aandacht bij patiëntgerichte zorg.⁹

Uit de nationale zelfevaluatie door regionale netwerken (n=46) blijkt dat 72% van de netwerken aangeeft alle aspecten met betrekking tot het centraal stellen van patiënten te hebben geïmplementeerd.¹⁰ Dit impliceert dat voor 28% van de netwerken dit nog niet het geval is. Tevens blijkt uit deze evaluatie dat er een negatieve associatie bestaat tussen de omvang van netwerken (in aantal patiënten) en de mate van implementatie van aspecten met betrekking tot het centraal stellen van patiënten.¹⁰

Beleidsaanbevelingen:

- Stimuleer dat het patiënten- en naastenperspectief een plek krijgt op alle niveaus in de netwerksamenwerking door o.a. het betrekken van patiënten(vertegenwoordigers) op beleidsniveau of ervaringsdeskundigen in te zetten;
- Stimuleer het systematisch verzamelen van patiëntervaringen (PREMs) over het gehele zorgcontinuüm en gebruik deze informatie voor kwaliteitsmonitoring en -verbetering;
- Stimuleer dat mensen na een CVA weer eigenregie kunnen pakken en leren leven met de veranderde situatie.

Netwerkgerichte regie ten behoeve van samenwerken binnen en tussen alle fasen van het continuüm met betrokkenheid van alle domeinen

Relevantie: IGJ constateert verschillen in samenwerking en coördinatie bij regionale netwerkzorg; sommige netwerken worden regionaal aangestuurd, andere door ziekenhuizen. Er is nog te weinig sprake van een overkoepelende visie, samenwerkingsverbanden, en vastgelegde afspraken om de zorg gezamenlijk en in samenhang te kunnen bieden.⁹

Het merendeel (82.4%) van de netwerken, dat heeft deelgenomen aan de nationale zelfstudie in 2019, geeft aan dat sprake is van formele afspraken over de samenwerking tussen netwerkpartners.¹⁰ Tegelijkertijd blijkt onder de regionale netwerken een aanzienlijke variatie in bestaansduur van de netwerken (1-24 jaar, mediaan=15 jaar), in deelnemende organisaties (2-23, mediaan=7 organisaties), in het aantal patiënten (80-1200, mediaan=499 patiënten), en in het aantal uren dat een netwerk coördinator actief is (3-24; mediaan=8 uur).¹⁰ In een internationale policy paper wordt aanbevolen om de infrastructuur, die nodig is voor toegankelijke en effectieve CVA-zorg, te verbeteren door het implementeren van zorgpaden die de bestaande tekortkomingen in zorg beslechten.¹²

Beleidsaanbevelingen:

- Stimuleer de ontwikkeling van een landelijk kwaliteitskader (incl. audits) voor regionale CVA-netwerkzorg dat afstemming, rollen en professionele standaarden expliciteert;
- Stimuleer vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) de ontwikkeling en professionalisering van overkoepelende samenwerkingsverbanden en vastgelegde afspraken tussen gezondheidszorg, het sociaal domein en informele zorg voor mensen met een CVA ;
- Verschaf uniforme financiering voor deze samenwerking, inclusief de coördinatie in de regionale CVA-zorgnetwerken;
- Biedt ondersteuning van zorgverzekeraars voor het ontwikkelen en implementeren van geïntegreerde prestaties en netwerkbekostiging.



3 Investeren in effectieve preventie ter voorkoming van CVA en gevolgen

Relevantie: De kans op het krijgen van een beroerte is aanzienlijk te verkleinen. Hiervoor is een samenhangend pakket van interventies en maatregelen nodig op individueel-, wijk-, en populatieniveau. Het SAP-E adviseert in te zetten op een combinatie van screening van mensen met een verhoogd risico op het krijgen van een CVA (bijvoorbeeld aan de hand van demografische factoren) met het systematisch screenen op de aanwezigheid van risico factoren.⁶

Beleidsaanbevelingen:

- Veranker CVA-preventie in het nationaal preventieakkoord, het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA);
- Stimuleer regionale CVA-netwerken om promotie en preventie onderdeel te maken van de samenwerkingsverbanden en afspraken;
- Stimuleer dat promotie en preventie, naast de andere fasen van het zorgcontinuüm, onderdeel uitmaken van het landelijk kwaliteitskader voor regionale CVA-netwerkzorg.



4 Gelijke en tijdige toegang tot acute CVA zorg in alle regio's

Relevantie: Mensen met een CVA hebben de grootste kans op herstel bij snelle behandeling in een gespecialiseerde stroke unit. Het SAP-E stelt als doel dat tenminste 90% van patiënten zorg krijgt in een stroke unit.⁶ In 2023 lag dit percentage in Nederland tussen de 50-74% (2023).⁶

In Nederland zijn 71 centra waar patiënten met een acute beroerte opgevangen kunnen worden en waar behandeling met intraveneuze trombolysie (IVT) gegeven kan worden. Bij 18 van deze centra is behandeling met endovasculaire trombectomie (EVT) mogelijk. Het opvangen en behandelen met IVT gebeurt veelal in kleinere (primaire) ziekenhuizen. Indien patiënten op basis van de verrichte diagnostiek ook in aanmer-

king komen voor een EVT behandeling, worden zij met spoed doorverwezen naar een EVT-centrum. De samenwerkingsverbanden tussen ambulances, verwijzende centra en EVT-centra is cruciaal en worden georganiseerd in Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) regio's. Op basis van recent onderzoek onder de ziekenhuizen is geconcludeerd dat het proces en de kwaliteit van de acute CVA zorg in Nederland verder verbeterd kan worden. Deze verbeteringen hebben betrekking op: verwijzingslogistiek en samenwerking, kwaliteitsmonitoring, en performance feedback.¹³

Op basis van een budget-impact analyse blijkt dat brede implementatie van EVT in Nederland, een kosteneffectieve interventie, gepaard gaat met een toename in de kosten voor ziekenhuizen en een afname in de kosten die gepaard gaan met revalidatie, verpleegzorg en paramedische zorg. De netto-impact van brede implementatie van EVT over de periode 2015-2021 in Nederland neemt jaarlijks toe en wordt geschat op een besparing van >50M€ in 2020.¹⁴ Onderzocht moet worden of deze besparingen verder kunnen toeneemen en hoe deze kunnen worden gebruikt voor investeringen in het continuüm van CVA zorg..

Beleidsaanbevelingen:

- Stimuleer verdere versterking van de acute fase door regionale samenwerkingsafspraken en het gebruik van regionale kwaliteitsindicatoren te faciliteren;
- Investeer in landelijke dekking van stroke units en recanalisatietherapieën, inclusief triageprotocollen en tele-zorg in perifere regio's;
- Benut de potentiële besparingen van brede implementatie van EVT voor investeringen in het continuüm van CVA-zorg georganiseerd door regionale netwerken.



Toekomstbestendige revalidatie en nazorg met passende bekostiging

Relevantie: Na een beroerte is het belangrijk om snel te starten met revalideren. Essentieel hierbij is dat de patiënt op ieder moment van het traject de juiste zorg op de juiste plaats krijgt. Om dit te bereiken, is samenwerking tussen zorgprofessionals en zorgorganisaties in een regionaal netwerk cruciaal.¹⁵ Deze samenwerking is volop in ontwikkeling die zich kenmerkt door o.a. de opkomst van multidisciplinaire, eerste lijns zorgnetwerken en nazorg poli's, diverse rollen voor de revalidatiearts binnen en buiten het ziekenhuis, de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten en de inzet van eHealth toepassingen. Onder belanghebbenden bestaan verschillende opvattingen over wat passende revalidatiezorg is.¹⁶ De naaste(n) van mensen met een CVA hebben een belangrijke rol bij het herstelproces. Aandacht dient dan ook uit te gaan naar o.a. de mogelijkheden van naaste(n) van mensen met een CVA om hun rol te vervullen en naar hun gezondheidssituatie.¹⁷

IGJ meldt het belang van een overkoepelend samenwerkingsverband en vastgelegde afspraken om CVA-zorg gezamenlijk en in samenhang te kunnen bieden. Uniforme financiering voor deze samenwerking ontbreekt echter.⁹

Beleidsaanbevelingen:

- Stimuleer een brede kijk op regionale samenwerkingsverbanden (incl. sociaal domein) en het gebruik van zorgpaden en interdisciplinaire richtlijnen voor de zorg aan mensen met een CVA;
- Stimuleer het systematisch verzamelen van gegevens over mantelzorglast en gebruik deze informatie voor kwaliteitsmonitoring en -verbetering;
- Stimuleer het systematisch verzamelen van patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (PROMs) over het gehele zorgcontinuüm en gebruik deze informatie voor kwaliteitsmonitoring en -verbetering;
- Creëer uniforme, passende financiering voor overkoepelende samenwerkingsverbanden, waarvan de eerste lijn en het sociale domein onderdeel zijn.

6 Sturen op kwaliteit continuüm-breed

Relevantie: Een internationale case-studie naar het implementeren van het SAP-E in Europese landen maakt inzichtelijk dat hierbij sprake is van aanzienlijke variatie tussen landen. De beschikbaarheid van gestructureerde monitoring en nationale registraties ten aanzien van de kwaliteit en uitkomsten van het CVA-zorgcontinuüm zijn bevorderend voor implementatie van een nationaal CVA-actieplan.¹¹

De informatie over de 13 Key-Performance Indicators (KPIs), afgeleid van het SAP-E, maakt inzichtelijk dat voor drie KPIs informatie over Nederland ontbreekt en dat voor vier KPIs verbetering nodig is.⁶ Het SAP-E onderstreept het belang van kwaliteitsregistratie, benchmarking, certificering en patiënt-gerapporteerde uitkomsten en ervaringen.⁶

IGJ onderstreept het belang van het actief en op een systematische manier verzamelen van PREMs bij het systematisch leren en verbeteren door de regionale CVA-netwerken.⁹

Beleidsaanbevelingen:

- Stimuleer de ontwikkeling en implementatie van een nationaal kwaliteitskader CVA-zorg dat breder is dan de acute fase, zoals nu het geval;
- Stimuleer het gebruik van informatie uit het nationaal kwaliteitskader voor beleidsontwikkeling en bekostiging op basis van kwaliteit en uitkomsten van regionale CVA-netwerkwzorg.

7 Innovatie en implementatieonderzoek: contextgericht innoveren en implementeren

Relevantie: Voor alle domeinen uit het SAP-E samen zijn 72 onderzoeksprioriteiten benoemd.⁶ Een overzicht voor Nederland in (geplande) uitvoering van deze prioriteiten ontbreekt, terwijl dit kan helpen bij het bepalen van een kennisagenda voor Nederland ter versterking van de regionale CVA-netwerkwzorg. Met name voor de zes hierboven genoemde thema's is het relevant om een samenhangend beeld te hebben van de beschikbaarheid van onderzoeksprogramma's en financieringsinstrumenten voor evaluatie en implementatie van innovaties of transformaties van zorg. Omdat de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) een CVA in toenemende mate in regionale netwerken wordt georganiseerd, is het van belang om naast een overzicht op nationaal niveau dit te vertalen naar het regionale niveau. Op deze wijze kan bottom-up innovatie en implementatie verder worden gestimuleerd.

Beleidsaanbevelingen:

- Stimuleer het maken van een landschapsfoto voor de CVA zorg in Nederland met SAP-E als referentiekader voor het identificeren van 'gaps';
- Stimuleer op basis hiervan de beschikbaarheid van programma's en financieringsinstrumenten om de geïdentificeerde 'gaps' te beslechten met behulp van innovaties en implementatieonderzoek.

Tot slot

In 24 landen in Europa is reeds een nationaal CVA-actieplan beschikbaar. Nederland kan en moet hierin actie nemen. Het SAP-E biedt een richtinggevend kompas voor het *CVA Actieplan Nederland*. Zo kan Nederland laten zien dat het op onderdelen over hoogwaardige CVA-zorg beschikt, terwijl het ook de samenwerking kan bevorderen om op planmatige en systematische wijze onderdelen van de zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) een CVA en hun naaste(n) te versterken.

Om impact te kunnen maken, is bekrachtiging van het *CVA Actieplan Nederland* door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de zorgverzekeraars een belangrijke randvoorwaarde.

Referenties

1. <https://www.vzinfo.nl/beroerte/leeftijd-en-geslacht/naar-type> (geraadpleegd op 17 november 2025).
2. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_nl_english.pdf (geraadpleegd op 17 november 2025).
3. <https://www.vzinfo.nl/ranglijsten/sterfte> (geraadpleegd op 17 november 2025).
4. <https://www.vtv2018.nl/aandoeningen> (geraadpleegd op 17 november 2025).
5. <https://www.hersenletsel.nl/sites/default/files/downloads/EBOS%20Volledig.pdf> (geraadpleegd op 17 november 2025).
6. <https://actionplan.eso-stroke.org/> (geraadpleegd op 17 november 2025).
7. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/stroke-service-model-may-2021.pdf> (geraadpleegd op 17 november 2025).
8. Lumineus-Advies. Op weg naar een CVA Actieplan Nederland: Een verkenning naar draagvlak. Oktober 2024.
9. <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2025/05/13/betrek-als-zorgnetwerk-patientenperspectief-voor-passen-de-zorg-na-beroerte> (geraadpleegd op 17 november 2025).
10. Voogdt-Pruis HR, Zonneveld N, Bergsma M, Van Wijk E, Kerkhof H, Van der Dussen L, Kuijpers M, Vrijhoef HJM, Minkman MMN. Optimising integrated stroke care in regional networks: a nationwide self-assessment study in 2012, 2015 and 2019. *Int J Integr Care* 2021;21(3):12 doi:10.5334/ijic.5611
11. Fijneman PCCJ, Haastregt JCM, Van Erp S, Vrijhoef HJM. Barriers and facilitators in translating the Stroke Action Plan for Europe (SAP-E) into national strategies: a multi-country explorative case study. Submitted to *European Stroke Journal*.
12. https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO-x-Philips_Stroke_PolicyPaper_adjusted_Ref_amended.pdf (geraadpleegd op 17 november 2025).
13. https://www.neurologie.nl/wp-content/uploads/2025/04/Eindversie_RegionaleauditingacutestrokezorgSKMSadviesrapport_logo-NVN.pdf (geraadpleegd op 17 november 2025).
14. Van den Berg LA, Berkhemer OA, Franssen PSS, et al. on behalf of the MR CLEAN investigators. Budget impact of endovascular treatment for acute ischaemic stroke patients in the Netherlands for 2015-2021. *Neth Heart J* 2023;31:254-59. <https://doi.org/10.1007/s12471-023-01788-x>
15. <https://www.revalidatie.nl/magazine/artikelen/cva-zorg-zonder-scheidslijn/> (geraadpleegd op 17 november 2025).
16. <https://www.revalidatie.nl/ntr/grenzen-verleggen-de-toekomst-van-de-revalidatie-in-nederland/> (geraadpleegd op 17 november 2025).
17. Scholten EWM, Ketelaar M, Visser-Meily JMA, et al. Self-efficacy predicts personal and family adjustment among persons with spinal cord injury or acquired brain injury and their significant others: a dyadic approach. *Arch Physical Med Rehab* 2020;101(11):1937-45.

Bijlage

Alle deelnemers aan de roundtables worden bedankt voor het geven van input op de kernprioriteiten en beleidsaanbevelingen.

Deelnemers Roundtable 7 augustus 2025:

Prof. Dr. Robbert Huijsman (Erasmus Universiteit Rotterdam), Mw. Gea Broekema (ervaringsdeskundige), Dr. Erik van Duin (HartvaatHAG), Drs. Madelon Roosenboom (Zorginstituut Nederland), Prof. Dr. Anne Visser (UMC Utrecht), Dhr. Harmen Hidding (ervaringsdeskundige), Dr. Bert Vrijhoef (Kennisnetwerk CVA Nederland), Mevr. Sabine van Erp MSc (Kennisnetwerk CVA Nederland), Mevr. Lumien van der Meer (Lumineus Advies), Drs. Jan-Willem Scheijgrond (Philips), Prof. Dr. Patrick Jeurissen (Philips), Dr. Angelique Balguid (Philips), Prof. (em) Dr. Niek Klazinga (Amsterdam UMC/UvA).

Deelnemers Roundtable 16 september 2025:

Prof. Dr. Caroline van Heugten (Maastricht University), Prof. Dr. Bart van der Worp (UMC Utrecht), Prof. Dr. Wim van Zwam (Maastricht UMC), Dr. Pim Valentijn (Hanzehogeschool Groningen), Dr. Jan Welmers (Hersenletsel Alliantie), Prof. Dr. Robbert Huijsman (Erasmus Universiteit Rotterdam), Mw. Gea Broekema (ervaringsdeskundige), Dhr. Harmen Hidding (ervaringsdeskundige), Dr. Bert Vrijhoef (Kennisnetwerk CVA Nederland), Mevr. Sabine van Erp MSc (Kennisnetwerk CVA Nederland), Mevr. Lumien van der Meer (Lumineus Advies), Prof. Dr. Patrick Jeurissen (Philips), Dr. Angelique Balguid (Philips), Mevr. Manon van Raak (Philips).

Auteurs:

Vrijhoef HJM, Van Erp S, van der Meer L, Huijsman R.

Gelieve deze white paper als volgt te citeren:

Samen sterk voor CVA-gezondheidszorg: van preventie tot leven na een beroerte. Utrecht: Stichting CVA Actieplan Nederland, 2025.



Utrecht: Stichting CVA Actieplan Nederland, 2025.

De stichting CVA Actieplan Nederland (CAN) is opgericht op 29 oktober 2025, World Stroke Day, met als doel het verbeteren van het welzijn en de gezondheid van mensen met (een verhoogd risico op) een CVA en hun naaste(n) in Nederland. De stichting CAN is gevestigd in Utrecht.

Voor het organiseren van de roundtables en de totstandkoming van deze policy brief en het white paper 'Samen sterk voor CVA-gezondheidszorg: van preventie tot leven na een beroerte' is een financiële bijdrage ontvangen van Philips.