Productenboek Klinische Neuropsychologie

Werkzaamheden en zorgproducten binnen de klinische neuropsychologie

Nederlands Instituut van Psychologen

Dit productenboek betreft de beschrijving van de werkzaamheden van het werkveld klinische neuropsychologie en typering van bijbehorende zorgproducten. Het is hiermee geen vervanging van, maar een inhoudelijke aanvulling op de Nza-codes. De genoemde duur van onderzoeken is gebaseerd op werkelijke benodigde tijdsduur, voortkomend uit de ervaring van de auteurs en feedback die de auteurs ontvingen van ervaren en deskundige neuropsychologen uit het klinische werkveld in de volle breedte. De tijden betreffen geen richtlijnen of normen. De lengte van een onderzoek is afhankelijk van de betreffende setting waar een onderzoek plaatsvindt en afhankelijk van het type diagnostiek dat men beoogt. Alle beschreven neuropsychologische werkzaamheden zijn essentieel binnen het vak klinische neuropsychologie.

Herziene versie 2025
Sectie Neuropsychologie NIP

Danielle Boelen
Anne Buunk
Marleen Gerritsen
Joke Spikman
Vera van Stek-Smits

Gebaseerd op de tekst van:
Mayke Derix
Marieke Pijnenborg
Harriet Smeding
Joke Spikman

Inhoud

1 Verantwoording 5

2 Diagnostiek en Indicatiestelling 7

2.1 Indicatiestelling 7
2.2 Diagnostiek 7
2.2.1 Observatie 7
2.2.2 Kort Neuropsychologisch Onderzoek 8
2.2.3 Neuropsychologisch Onderzoek 8
2.2.4 Intra-operatieve neuropsychologische monitoring 10
2.2.5 Expertiseonderzoek en klinisch forensisch onderzoek 11

3 Voorlichting en Advisering 12

4 Neuropsychologische Behandeling 13

4.1 Neuropsychotherapie 13
4.2 Cognitieve revalidatie 13
4.2.1 Structureren van omgeving 14
4.2.2 Functietraining 14
4.2.3 Vaardigheidstraining 14
4.2.4 Strategietraining 14
4.2.5 Gedragsmodificatie 15
4.2.6 Mediatieve therapie 15

5 Overige activiteiten 16

5.1 Kennisoverdracht 16
5.2 Supervisie 16
5.3 Werkbegeleiding 17
5.4 Praktijkbegeleiding 17
5.5 Wetenschappelijk onderzoek 17
5.6 Innovatie en ontwikkeling 18
5.7 Managementtaken 18
5.8 Ondersteuning Beroepsvereniging 18

← TERUG NAAR INHOUDSOPGAVE

1. Verantwoording

Klinische neuropsychologie houdt zich bezig met de relatie tussen hersenen en gedrag en richt zich op stoornissen in cognitief, emotioneel en gedragsmatig functioneren als gevolg van aangeboren of verworven neurologische en neuropsychiatrische aandoeningen bij kinderen, adolescenten, volwassenen en ouderen. Enkele voorbeelden van dergelijke aandoeningen zijn een CVA, autisme, dementie of schizofrenie. De klinische neuropsychologie is een zelfstandige discipline in de Nederlandse gezondheidszorg.

In de Nederlandse gezondheidszorg kunnen Wet BIG geregistreerde psychologen zich bezig houden met klinische neuropsychologie: de klinisch neuropsycholoog (KNP) is de specialist op dit gebied. Daar waar wordt gesproken van 'de neuropsycholoog', kan dit zowel de gezondheidszorg-psycholoog (gz-psycholoog) als de KNP betreffen, afhankelijk van het gevraagde specialistische niveau bij het zorgproduct. Het betreft dus altijd een BIG-geregistreerd psycholoog.

In dit productenboek worden de verschillende werkzaamheden beschreven die behoren tot het werkveld van de klinische neuropsychologie over de gehele levensloop (van kind, jeugdige, volwassene en oudere persoon), de zogenaamde neuropsychologische zorgproducten. De gz-psycholoog voert in omvang beperkte en geprotocolleerde diagnostiek en behandeling uit bij veel voorkomende diagnoses en/of ongecompliceerd beloop, passend bij diens kennis van de neuropsychologie. De KNP werkt meer protocol-overstijgend bij complexe diagnoses en/of beloop. De KNP is expert in de diagnostiek en behandeling van patiënten waarbij er sprake is van een complexe interactie tussen cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van neurologische en neuropsychiatrische aandoeningen. Daarnaast is de KNP opgeleid op gebied van management, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek. Neuropsychologen zijn werkzaam in een veelheid van settingen, zoals academische- en algemene ziekenhuizen, instellingen voor GGZ, revalidatie, epilepsiezorg, mensen met licht verstandelijke beperking en visuele beperkingen, verpleeghuizen, vrijgevestigde praktijken, forensische klinieken en autismecentra.

De in dit productenboek beschreven typering van de zorgproducten van de klinische neuropsychologie is geschikt om verwijzers en werkgevers te informeren. Hoewel dit productenboek geen richtlijn is en dus niet bindend, kan het gebruikt worden bij het maken van werk- en productieafspraken.

Binnen de beoefening van de klinische neuropsychologie kunnen zeven stappen onderscheiden worden (o.a. Deelman en Eling, 2004*):

I. Analyse van de gestoorde én intacte cognitieve functies en het emotioneel- en gedragsmatig functioneren bij een individuele patiënt of cliënt; onderzoeken van de mate waarin neuropsychologische problemen en klachten terug te voeren zijn op neurologische, onderliggende neuropsychiatrische of ontwikkelingsstoornissen, dan wel bepaald worden door andere (stoor-) factoren (bijvoorbeeld pijn, angst, vermoeidheid, persoonlijkheidsproblematiek, somberheid, onderpresteren).

II. Specificatie van de consequenties van gestoorde en intacte functies voor het dagelijkse leven van de patiënt, waarbij de rol van remmende en faciliterende factoren (o.a. persoonlijkheidskenmerken, psychopathologie, of omgevingsfactoren) wordt meegewogen.

III. Beoordelen of en in hoeverre het gevonden patroon van gestoorde en intacte functies passend is bij een neurologische of neuropsychiatrische aandoening.

* Deelman, B., Eling, P., de Haan, E., & van Zomeren, E. (Eds.) (2004). Klinische neuropsychologie (tweede, herziene druk). Boom, Amsterdam.

IV. Bestuderen van de veranderlijkheid en veranderbaarheid van de geconstateerde functie-mogelijkheden en -beperkingen.
V. Toepassen van voorlichting, advies en behandeling volgens evidence based behandelmethoden. Voor gz-psychologen volgens behandelprotocol, voor KNP vaak innovatief maatwerk. Indien nodig alleen signalering en doorverwijzing.
VI. Beoordelen van de (leer)mogelijkheden van een cliënt of patiënt en voorwaarden hiervoor, bijvoorbeeld op gebied van werk, wonen en onderwijs.
VII. Evaluatie van de klinisch neuropsychologische diagnostiek- en behandelinterventies. Zie ook Beroepsprofiel Klinische neuropsychologie, 2020.

← TERUG NAAR INHOUDSOPGAVE

2. Diagnostiek en indicatiestelling

2.1 Indicatiestelling

Doel: Beoordelen of neuropsychologisch onderzoek haalbaar en zinvol is. Beoordelen welke behandelingen haalbaar en zinvol zijn, gegeven de cognitieve, emotionele en gedragsmatige problematiek. Indicatiestelling vindt dan ook zowel voorafgaand aan als naar aanleiding van de diagnostiek plaats.

Duur: maximaal 1 uur

Inhoud:
1. Dossier onderzoek.
2. Nagaan vraagstelling verwijzer.
3. Nagaan hulpvraag patient (en/of naasten).
4. Beoordelen of neuropsychologische diagnostiek het juiste middel is om de vraag van verwijzer en patient/naaste te beantwoorden.
5. Beoordelen of en welke (neuro)psychologische behandeling van toepassing is.

2.2 Diagnostiek

Op basis van vraagstelling van de verwijzer, dossier informatie, klachten en hulpvragen van de patiënt en diens omgeving en eventuele observatiegegevens, worden in combinatie met kennis over neurologische en neuropsychiatrische ziektebeelden, hypotheses opgesteld. Deze worden met gestandaardiseerde en genormeerde neuropsychologische tests, vragenlijsten, (hetero)anamnestische gegevens en observaties getoetst. De resultaten worden uitgelegd aan de patiënt en diens systeem (partner, ouders, familieleden) en gerapporteerd aan de verwijzer. Op basis van de uitslag wordt advies gegeven over vervolgbeleid en/of behandeling.

2.2.1 Observatie

Doel: Het signaleren van cognitieve, emotionele, gedragsmatige en motorische kenmerken van de patiënt.

Observatie kan een doel op zich zijn, in meer of minder gestructureerde vorm, en is altijd een onderdeel van een neuropsychologisch onderzoek. Het gedrag wordt gewogen aan de hand van ruime kennis van ziektebeelden, cognitieve domeinen, aspecten van emotie en gedrag en ontwikkelingsniveau. Zo objectief mogelijk wordt beoordeeld in hoeverre het gedrag binnen de verwachtingen past.

Duur: maximaal 1 uur

2.2.2. Kort neuropsychologisch onderzoek

Doel: Een kort neuropsychologisch onderzoek is screenend van aard om deelvragen te beantwoorden en/of de noodzaak voor uitgebreider onderzoek in te schatten. Deelvragen kunnen zijn:

- Het vaststellen van neuropsychologisch disfunctioneren in de acute fase na letsel.
- Het vaststellen van neuropsychologisch disfunctioneren bij ernstig zieke patiënten.
- Het vaststellen van neuropsychologisch disfunctioneren in een setting die geen uitgebreid onderzoek toelaat.
- Het genereren van hypothesen voor verder onderzoek.
- Herhalingsonderzoek bij eenvoudige vraagstellingen.
- Het ondersteunen van een al vastgestelde of zeer waarschijnlijke diagnose.
- Het adviseren over verwijzing en vervolgbeleid aansluitend op ziekenhuisopname (veiligheid, leerbaarheid, zorgbehoefte, advies behandelaars/verzorgenden).

Duur: minimaal 2 uur 45 minuten en maximaal 5 uur

Inhoud:

1. Dossierstudie: 15–30 minuten.
2 Anamnese, heteroanamnese en observatie: 30–60.
3 Testonderzoek, observatie en uitwerking: 60–90 minuten.
4 Interpretatie, rapportage en bespreking: 60–120 minuten.

2.2.3 Neuropsychologisch onderzoek

Doel: Een uitgebreid neuropsychologisch onderzoek is bedoeld voor het in kaart brengen van het actuele neuropsychologische toestandsbeeld. Dit betekent een zorgvuldige analyse van de cognitieve en intellectuele capaciteiten en de emotionele en gedragsmatige factoren bij (vermoeden van) neurologische of neuropsychiatrische aandoeningen.

Duur: minimaal 6 en maximaal 16 uur

Inhoud:

1. Voorbereiden 30–60 minuten.
- Verduidelijken onderzoeksvraag door navraag verwijzer.
- Dossierstudie: het bestuderen van de beschikbare medische gegevens.
- Het opvragen van niet direct beschikbare gegevens: eerder neuropsychologisch onderzoek, testgegevens en/of schoolonderzoeken/Citoscores.
- Hypothesevorming: op grond van de beschikbare informatie worden hypotheses gevormd over mogelijke oorzaken voor de problemen van patiënt, waarbij differentiaal diagnostisch wordt gedacht.

2. Anamnese 45–60 minuten
- Het uitgebreid navragen van de klachten en beperkingen van de patiënt in relatie tot het dagelijks leven, de achtergrond, de persoonlijkheid en de verwachtingen van de patiënt. Afhankelijk van de vraagstelling en de benodigde informatie kan dit in af- of aanwezigheid van een naaste worden gedaan, in overleg met de patiënt.
- Observatie tijdens anamnese.

3. Heteroanamnese (indien mogelijk) 30–45 minuten, kind- en jeugd tot 2 uur
- Heteroanamnese: het uitvragen van de ziektegeschiedenis van de patiënt bij naasten/ouders. Afhankelijk van de vraagstelling en benodigde informatie kan dit in af- of aanwezigheid van de patiënt worden gedaan. Voor kind- en jeugd: ontwikkelingsanamnese en schoolanamnese.
- Zo nodig een extra heteroanamnese als de eerste heteroanamnese weinig informatie heeft opgeleverd of, vanwege interactionele problemen, niet betrouwbaar is. Dit kan bestaan uit het navragen bij zorgpersoneel op een afdeling of bij andere betrokkenen, zoals een docent.

4. Voorbereiding psychometrisch onderzoek 15-30 minuten
- Gestandaardiseerde testbatterij daar waar mogelijk.
- Tests kiezen om de gevormde diagnostische en differentiaal diagnostische hypotheses te toetsen. Dit betreft niet alleen tests die de modaliteit toetsen waarover klachten en /of vragen zijn, maar ook tests die het overige neuropsychologisch functioneren in kaart brengen, omdat onvoldoende prestaties binnen een modaliteit alleen als afwijkend geïnterpreteerd kunnen worden in de context van het totale neuropsychologische functioneren. Differentiaal diagnostisch onderzoek behelst ook het includeren van tests die dienen ter uitsluiting van bepaalde verklaringen. Tests worden gekozen op basis van goede psychometrische aspecten.
- Testing the limits: tests worden naast gestandaardiseerd ook aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt aangeboden. Afwijken van een standaard testprocedure (meer tijd geven, meerdere pogingen toestaan, items na het officiële afbreekitem aanbieden, feedback geven e.d.) kan zeer relevante informatie opleveren en zo bijdragen aan een beter beeld van de patiënt.
- Bespreking met psychodiagnostisch werkende, indien van toepassing.

5. Testonderzoek 30 minuten tot 6 uur
Dit kan bestaan uit één, of een combinatie van, onderstaande onderdelen:

- Intelligentieonderzoek voor kind, jeugd of volwassenen: 1– 3 uur
- Testonderzoek naar functiedomeinen en symptoomvaliditeit: 2 – 5 uur
  - Waarneming
  - Geheugen en oriëntatie
  - Taal en spraak
  - Aandacht en tempo van informatieverwerking
  - Executief functioneren
  - Emotie en sociale cognitie
  - Motoriek en praxis
  - Orthodidactische vaardigheden (lezen, rekenen, spelling)
  - Symptoomvaliditeit
- Ontwikkelingsonderzoek: 90 minuten – 2 uur
  - Ontwikkelingsschalen
  - Spelonderzoek
- Vragenlijstonderzoek: 90 minuten – 2 uur
  - Persoonlijkheid
  - Stemming
  - Coping
  - Gedrag
  - Klachten/ symptomen
  - Psychiatrisch interview bij neuropsychiatrische vraagstellingen

6. Uitwerking testonderzoek 30 minuten – 6 uur
   Dit kan bestaan uit één, of een combinatie van, onderstaande onderdelen:
   - Uitwerken van intelligentieonderzoek: 1 – 2 uur
   - Uitwerken van testonderzoek cognitieve functies: 90 minuten – 2 uur
     - Het scoren van de testprestaties op basis van leeftijd, sekse en/of opleiding.
     - Het vaststellen van verandering, bijvoorbeeld met een Reliable Change Index.
   - Uitwerken vragenlijsten: 30–60 minuten
   - Observatieverslag 30–60 minuten

7. Rapportage: 2– 3 uur
   Interpreteren en integreren van de resultaten uit tests, observatie, interview en (hetero) anamnese; toetsen van hypotheses en beantwoorden van vraagstellingen.
   - Het schrijven van een verslag.
   - Het evalueren van een video en audio-opname.
   - Aanvullende expert-opinie of literatuur zoeken.
   - Verslaglegging voor verwijzer en, met toestemming van patiënt, voor andere geauthoriseerde belanghebbenden.
   - Bespreken uitslag met verwijzer mono-of mutidisciplinair.

8. Nabespreking: 30–60 minuten en rapportage/doorverwijzing 15–30 minuten
   - Het bespreken van de uitslag met de patiënt en diens systeem.
   - Patiënt en systeem informeren over mogelijke veranderingen in denken, gedrag en stemming.
   - Relatie uitleggen tussen klachten, neuropsychologische bevindingen, (onderliggende) aandoening en beïnvloedende factoren.
   - Relatie uitleggen tussen bevindingen en dagelijks leven.
   - Adviseren op basis van de resultaten (school, werk).
   - Adviseren over mogelijke behandeling.
   - Zo mogelijk geruststellen.
   - Eventuele doorverwijzing bespreken.
   - Rapportage nabespreking in patientendossier.
   - Doorverwijzing: bepalen of en naar wie (collega's en /of instellingen) doorverwijzing moet plaatsvinden. Telefonisch overleg met collega of instelling om de mogelijkheden te bespreken kan hierbij horen. Indien mogelijk zelf doorverwijzen, anders verwijsverzoek voorleggen aan medisch verwijzer.

2.2.4 Intra-operatieve neuropsychologische monitoring

Doel: Wakkere craniotomie wordt toegepast bij een hersentumor of epileptische haard in eloquente hersengebieden. Het (cognitief) functioneren wordt tijdens de operatie door de neuropsycholoog nauwkeurig gemonitord bij de wakkere patiënt, voor het optimaliseren van behoud van (taal) functie. De neuropsycholoog is betrokken bij de voorbereiding, intra-operatieve monitoring en de nazorg, binnen een multidisciplinaire samenwerking van de neurochirurg, anesthesioloog, neurofysioloog/neuroloog en verpleegkundig specialist.

Duur: 7 tot 24 uur

Inhoud:

1. Preoperatief 4 – 12 uur, gemiddeld 8 uur
   - Een inschatting maken van de testbaarheid, het ziekte-inzicht, psychische klachten, coping en de motivatie van de patiënt voor de wakkere operatie. Pre-operatieve psycho-educatie, waaronder uitleg over de hersen-gedrag relatie, de noodzaak en het doel van het bewaken van functies en gedrag tijdens de operatie, voorlichting over de werkwijze en de verwachtingen met betrekking tot de inzet van de patiënt tijdens de operatie.
   - Preoperatief (regulier) neuropsychologisch onderzoek om een goed beeld te krijgen van het niveau van het cognitief functioneren.
   - Uitgangsmeting en oefenen van de taken die intra-operatief zullen worden gebruikt.

2. Intra-operatief 2–6 uur
   - Monitoren van de cognitieve functies met behulp van vooraf geselecteerde taken.
   - Begeleiding van patiënten (coaching).
   - Doorlopende communicatie met het behandelteam, met name met de neurochirurg.

3. Postoperatief 1–6 uur
   - Onmiddellijke nazorg na de operatie (evaluatie o.b.v. systematische gedragsobservatie en psychologische nazorg).
   - Herhaling neuropsychologisch onderzoek (3 tot 12 maanden na de operatie).
   - Psychologische nazorg voor de langere termijn (bijv. psychische klachten en cognitieve stoornissen).

2.2.5 Expertiseonderzoek en klinisch forensisch onderzoek

Doel:
- Het inventariseren van cognitieve, emotionele en gedragsmatige stoornissen en beoordelen in hoeverre deze passen bij neurologische of neuropsychiatrische aandoeningen.
- Het waarborgen van validiteit en betrouwbaarheid van de bevindingen, onder meer gebruik makend van symptoomvaliditeitstests.
- Het in kaart brengen van factoren die een rol kunnen spelen bij verminderde toerekeningsvatbaarheid.
- Het inschatten van beperkingen en mogelijkheden voor (het hervatten van) activiteiten in het dagelijks leven (specifiek de arbeidsparticipatie).
- Het inschatten van de prognose en de haalbaarheid of zinvolheid van behandeling.

Duur: 11 tot 19 uur

Inhoud:
1. Anamnese: maximaal 2 uur.
2. Heteroanamnese: maximaal 1 uur.
3. Tests, vragenlijsten en uitwerking: 4–10 uur.
4. Interpretatie en rapportage 2-4 uur.
5. Nabespreking, inzage en eventueel correctie: maximaal 2 uur.

3. Voorlichting en advisering

Doel: Informeren en inzicht vergroten over de neuropsychologische gevolgen van neurologische of neuropsychiatrische aandoeningen en voorbereiden van gedragsverandering. Psycho-educatie kan individueel of in groepsvorm worden aangeboden en gegeven worden aan patient en/of systeem en/of behandelteam.

Inhoud:

1. Informeren over neuropsychologische stoornissen en gevolgen voor het dagelijkse functioneren bij de neurologische of neuropsychiatrische aandoening van de patient, aan de hand van neuropsychologische diagnostiek.
2. Bij aanwezige psychologische en gedragsproblematiek inzicht geven in de predisponerende factoren of ontstaansgeschiedenis en hoe in-stand houdende factoren (bijvoorbeeld pijn, vermoeidheid, stemming, angst) de klachten en het functioneren kunnen beïnvloeden.
3. Normaliseren van gedachten en emoties in geval van gebruikelijke gevolgen en indien nodig inzicht geven in maladaptieve coping.
4. Ziekte-inzicht bevorderen (zowel wat betreft beperkingen als mogelijkheden).
5. Informeren over mogelijkheden voor behandeling en voorzieningen.
6. Motivatie vergroten voor psychologische en medische behandeling.
7. In geval van voorlichting aan het systeem van de patiënt adviseren over hoe om te gaan met de veranderingen of stoornissen op het gebied van cognitief, emotioneel en gedragsmatig functioneren. Ook mantelzorgbegeleiding kan een onderdeel van het advies zijn.
8. Naast het voorzien van informatie aan patiënt en naasten uitleg geven aan team, behandelaars of verzorgenden met het oog op optimale benadering in behandeling, begeleiding en verzorging.

← TERUG NAAR INHOUDSOPGAVE

4. Neuropsychologische behandeling

Elke interventie waarvan het doel is patiënten (en hun naasten) te leren leven met, te hanteren van, te compenseren voor, te laten verminderen van, of zich te verzoenen met de cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van neurologische of neuropsychiatrische aandoeningen (B. Wilson et al., 2017*).

De neuropsycholoog stelt een neuropsychologisch behandelplan op gebaseerd op diens kennis en expertise aangaande het gehele spectrum van cognitieve, emotionele en gedragsmatige gevolgen van neurologische en neuropsychiatrische aandoeningen, de consequenties hiervan voor het functioneren, de rol van beïnvloedende psychologische en somatische factoren, en de beschikbare neuropsychologische behandelingen en de wetenschappelijke onderbouwing die daarvoor bestaat. Delen van een dergelijk behandelplan kunnen door andere disciplines worden uitgevoerd (ergotherapeut, cognitief trainer, logopedist) waarbij de neuropsycholoog eindverantwoordelijke voor de neuropsychologische behandeling moet zijn. Behandeling start nadat psycho-educatie is gegeven. Afhankelijk van de setting waarin behandeling plaatsvindt (en het type problematiek) zal de specifieke keuze van de interventies en de duur van behandeling variëren. Een gemene deler in de behandeling van iedere neuropsycholoog, ongeacht setting, betreft neuropsychotherapie.

4.1 Neuropsychotherapie

Neuropsychotherapie omvat evidence-based vormen van psychotherapie, waarbij de neuropsycholoog de kennis en expertise heeft om de therapie waar nodig aan te passen aan de cognitieve, emotionele en gedragsmatige beperkingen van de patiënt. De therapie is van toepassing bij rouw-, verwerkings- en acceptatieproblematiek en bij psychiatrische problemen (bijvoorbeeld angst, depressie, obsessief-compulsief gedrag). Deze kunnen ontstaan door verlies van mogelijkheden, rollen en toekomstperspectief. De therapie beoogt de copingvaardigheden te vergroten.

De meest gangbare therapievormen die geboden kunnen worden en die werkzaam zijn gebleken bij mensen met hersenaandoeningen zijn:

- Cognitieve gedragstherapie (CGT)
- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
- Mindfulness Based Cognitieve Therapy (MBCT)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Oplossingsgerichte psychotherapie

4.2 Cognitieve revalidatie

In de behandeling van neurologische of neuropsychiatrische aandoeningen is cognitieve revalidatie van toepassing, gericht op het verlichten van of leren omgaan met cognitieve problemen. Een onderdeel van deze behandeling is cognitieve training. Deze is bedoeld om functies te verbeteren, vaardigheden aan te leren, of voor stoornissen te leren compenseren en beperkingen te verminderen door intacte mogelijkheden optimaal te gebruiken. De behandeling kan zich primair richten op de patiënt, maar ook op diens systeem (partner, ouders, omgeving, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van beperkt leervermogen of beperkt ziekte-inzicht bij de patiënt). De neuropsycholoog schat de leerbaarheid van de patiënt in, op basis van de specifieke combinatie van premorbide factoren en de gevolgen van de hersenaandoening. Kennis van leren en leerstijlen is essentieel wanneer men een patiënt met een hersenaandoening iets nieuws wil aanleren (of 'herleren' van iets wat verloren is gegaan).

* Wilson, B., Winegardner, J., van Heugten, C., & Ownsworth, T. (2017) *Neuropsychological RehabilitationThe International Handbook*. Routledge London and New York.

De neuropsycholoog heeft bij uitstek kennis van technieken om de patiënt optimaal te laten leren binnen de mogelijkheden van diens cognitieve beperkingen. Binnen de cognitieve revalidatie worden diverse vormen van training en aanpassing onderscheiden, die ook in combinatie toegepast kunnen worden:

4.2.1 Structureren van omgeving

Doel: Wanneer het leervermogen beperkt is, kan men op systematische wijze structuur bieden aan de patiënt (in zowel de fysieke als sociale omgeving). Van de patiënt wordt weinig tot geen inzicht, abstractie- of generalisatievermogen vereist; de optimalisatie vindt extern plaats (bijvoorbeeld prikkelarme omgeving, ingevulde kalender of dagoverzicht, voorkomen van afleiding, etc.). Structureren van de omgeving is doorgaans ook een faciliterende factor binnen vaardigheidstraining en strategietraining.

4.2.2 Functietraining

Doel: Het herhaaldelijk oefenen en stimuleren van een cognitieve functie (bijvoorbeeld het geheugen) om deze zodanig te verbeteren, dat dit in allerlei verschillende situaties in het dagelijks leven waarin deze functie benodigd is, tot beter functioneren leidt. Hoewel er weinig evidentie is voor deze restauratieve benadering, zijn er allerlei oefeningen beschikbaar, veelal in spelvorm. Functietraining kan bruikbaar zijn bij patiënten die beperkt leerbaar zijn en weinig ziekte-inzicht hebben met de volgende doelen:

- patiënten (meer) inzicht leren krijgen in hun stoornissen en beperkingen.
- patiënten meer zelfvertrouwen laten krijgen omdat ze verbeteren op de oefentaken.
- patiënten leren feedback te gebruiken.
- patiënten motiveren voor constructievere cognitieve revalidatiemethoden.

4.2.3 Vaardigheidstraining

Doel: In deze vorm van training wordt de patiënt een specifieke vaardigheid geleerd, die situatie-gebonden is; er wordt geen generalisatie naar andere taken of situaties beoogd. Dit is geschikt voor patiënten die beperkt leerbaar zijn, of als onderdeel van andere vormen van cognitieve training (bijvoorbeeld strategietraining, zie verder). Vaardigheidstraining kan het leren gebruiken van een hulpmiddel betreffen, zoals een agenda of een computer, en is bedoeld om de zelfstandigheid in het dagelijks leven te vergroten (bijvoorbeeld een bepaalde route lopen).

4.2.4 Strategietraining

Doel: Een strategie is een algemene, abstracte aanpak, waarmee beter functioneren door middel van herstructurering van taken, strakkere planning van activiteiten en striktere controle van het eigen gedrag beoogd wordt. Een strategie kan worden toegepast in diverse situaties, maar de patiënt zelf moet deze aanpak kunnen toespitsen op de specifieke vereisten van de situatie, zodat generalisatie van de strate-gie optreedt. Er bestaat inmiddels een groot aantal evidence-based protocollen voor het aanleren van strategieën voor cognitieve, emotionele en gedragsmatige beperkingen na hersenletsel (bijvoorbeeld op gebied van geheugen, mentale traagheid, executieve problemen, vermoeidheid, en apraxie).

Deze protocollen bestaan meestal uit stappenplannen en/of een reeks vragen die een patiënt zichzelf moet stellen. Voor deze protocollen geldt dat ze individueel afgestemd dienen te worden om de patiënt de betreffende strategie optimaal aan te leren. Strategietraining is alleen zinvol bij patiënten die voldoende leerbaar zijn en over een zekere mate van ziekte-inzicht en abstractievermogen beschikken. Het doel is dan ook zelfstandig kunnen compenseren voor een stoornis waardoor de beperking in het dagelijks leven vermindert en de zelfstandigheid toeneemt.

4.2.5 Gedragsmodificatie

Doel: Principes uit de leertherapie en gedragstherapie worden door de omgeving toegepast bij patiënten die ernstige gedragsstoornissen vertonen die verdere behandeling bemoeilijken, om gewenst gedrag aan te leren en ongewenst gedrag te doen verminderen. Deze technieken zijn in diverse settings goed bruikbaar (zoals bijvoorbeeld klinische revalidatie-afdeling, verpleeghuis, GGZ, woonvormen voor mensen met leer- en/of psychiatrische stoornissen).

4.2.6 Mediatieve therapie

Doel: Het beïnvloeden van het gedrag van de patiënt via een tussenpersoon. Het betreft een specifieke toepassingsvorm van gedragstherapie waarbij problemen van de patient op indirecte wijze worden behandeld. Onderzocht wordt welke stimuli ongewenst gedrag uitlokken zodat het via de mediator, bijvoorbeeld een familielid of verzorgenden op de afdeling waar de patiënt verblijft, kan worden geneutraliseerd, en meer wenselijk gedrag ontstaat.

5. Overige activiteiten

5.1 Kennisoverdracht

Doel:
- Inzicht geven in wetenschappelijk onderbouwde kennis over vakgebied.
- Faciliteren van implementatie van nieuwe inzichten in de klinische praktijk.

Inhoud:

Lesgeven aan, presentaties verzorgen en bijeenkomsten organiseren voor psychologen i.o., psychologen, gz-psychologen en klinisch psychologen/klinisch neuropsychologen en collega's van andere disciplines over:

- Diagnostische criteria en fenomenologie/etiologie van neurologische en psychiatrische aandoeningen die gepaard gaan met cognitieve functiestoornissen.
- Gevolgen van hersenletsel of afwijkend functioneren van de hersenen op het gebied van cognitief, emotioneel en gedragsmatig functioneren.
- De gevolgen van de cognitieve stoornissen en beperkingen vertaald naar het functioneren in het dagelijks leven.
- De rol van de klinisch neuropsycholoog in de diagnostiek, indicatiestellingen en behandelingen van mensen met neurologische en psychiatrische aandoeningen die gepaard gaan met cognitieve functiestoornissen.
- Wetenschappelijke ontwikkelingen binnen het vakgebied en 'evidence based' behandelingen.

5.2 Supervisie

Doel:
- Overbrengen van kennis over het vakgebied klinische neuropsychologie.
- Overbrengen van relevante vaardigheden binnen de klinische praktijk.
- Competenties bevorderen.

Inhoud:

Superviseren van psychologen i.o., psychologen, gz-psychologen en klinisch psychologen/klinisch neuropsychologen en collega's van andere disciplines bij:

- Activiteiten van de supervisant op het gebied van diagnostiek, indicatiestellingen en behandelingen van mensen met neurologische en psychiatrische aandoeningen die gepaard gaan met cognitieve functiestoornissen.
- Verbinden van praktische werkzaamheden van de supervisant met wetenschappelijke inzichten.
- Andere relevante activiteiten, zoals voorlichten van familieleden van patiënten en collega's van andere disciplines.

5.3 Werkbegeleiding

Doel:
- Bewaken kwaliteit opleidingstraject.
- Bewaken kwaliteit zorg.

Inhoud:

Geven van werkbegeleiding aan psychologen in opleiding tot gz-psycholoog (PioG) en gz-psychologen in opleiding tot specialist (GioS):
- Toezien op adequate uitvoering van leertraject in klinische praktijk.
- Dagelijkse begeleiding van werkzaamheden op vorm en inhoud; de werkbegeleider is tuchtrechtelijk verantwoordelijk.

Duur: 2–4 uur per week, mede afhankelijk van de fase van de opleiding, waarvan minimaal 1 contactuur.

5.4 Praktijkbegeleiding

Doel: Bewaken randvoorwaarden voor een kwalitatief goed opleidingstraject.

Inhoud:

Geven van praktijkbegeleiding aan psychologen in opleiding tot gz-psycholoog (PioG) en gz-psychologen in opleiding tot specialist (GioS):

- Opstellen van een opleidingsplan.
- Toezicht houden op de uitvoering van het opleidingsplan en contact met werkbegeleider.
- Onderhouden van contacten met P-opleider van eigen instituut en opleidingsinstituut.
- Beoordeling van voortgang van de opleideling.

Duur: 3 uur per maand voor organisatie en 1 contactuur per maand per opleideling.

5.5 Wetenschappelijk onderzoek

Doel: Bijdragen aan de ontwikkeling van wetenschappelijke kennis omtrent neurologische en neuropsychiatrische aandoeningen die gepaard gaan met cognitieve, emotionele en gedragsmatige stoornissen en de behandeling van deze stoornissen.

Inhoud:

Doen van en meewerken aan wetenschappelijk onderzoek naar:
- Etiologie, determinanten en beloop van neurologische en psychiatrische aandoeningen die gepaard gaan met cognitieve functiestoornissen.
- De gevolgen van hersenaandoeningen of afwijkend functioneren van de hersenen op het gebied van cognitief, emotioneel en gedragsmatig functioneren.
- De gevolgen van de neuropsychologische stoornissen en beperkingen vertaald naar het functioneren in het dagelijks leven.
- De effectiviteit van psychologische interventies in de diagnostiek en behandeling van neurologische en psychiatrische aandoeningen die gepaard gaan met neuropsychologische functiestoornissen.

5.6 Innovatie en ontwikkeling

Doel: Kwaliteit van de klinische neuropsychologie verbeteren.

Inhoud:
- Tests ontwerpen.
- Normgegevens verzamelen.
- Behandelingen opzetten.
- Zorgtrajecten bedenken.
- Richtlijnen ontwikkelen.

5.7 Managementtaken

Doel:
- Bewaken afdelingsklimaat en toezien op de kwaliteit van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling.
- Faciliteren van zorginnovatie.

Inhoud:
- Leidinggeven aan afdelingen, teams of eigen praktijk.
- Adviseren van directie t.a.v. keuzes in zorg- en behandelprogramma's op basis van neuropsychologische expertise.
- Acquisitie verrichten.
- Contracten zorgverzekeraars onderhandelen en afsluiten.
- Jaargesprekken voeren.
- Opstellen jarenplan.
- Profilering van afdeling, team, eigen praktijk.
- Faciliteren van- en aanzetten tot innovaties in de zorg.

5.8 Ondersteuning beroepsvereniging

Doel: Bijdragen aan de werkzaamheden van beroeps- en wetenschappelijke vereniging, in de vorm van een functie in het bestuur of deelname aan werkgroepen.

- Sectie Neuropsychologie van het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen; beroepsvereniging)
  - Bewaken kwaliteit diagnostiek, behandeling, onderwijs.
  - Richtlijnen.
  - Belangenbehartiging.
  - Kennisoverdracht.
  - Wetenschapsbevordering.

- Kamer Specialisten van het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen, beroepsvereniging)
  - Belangenbehartiging en positionering van de psycholoog specialist.
  - Kennisoverdracht.

- Kamer Gz-psychologen van het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen, beroepsvereniging)
  - Belangenbehartiging en positionering van de gz-psycholoog.
  - Kennisoverdracht.

- Nederlandse Vereniging voor Neuropsychologie (NVN, wetenschappelijke vereniging)
  - Wetenschappelijke ontwikkelingen.
  - Kennisoverdracht.

Dit productenboek is een uitgave van het Nederlands Instituut van Psychologen. Het Nederlands Instituut van Psychologen is al meer dan 80 jaar de grootste beroepsvereniging van psychologen in Nederland met zo'n 17.000 leden. We zetten ons in voor de psycholoog als professional en voor de psychologie als vak. Dit doen we door de standaard van de professionals hoog te houden en het vak stevig op de kaart te zetten. We zijn een serieuze gesprekspartner in Den Haag en werken samen met diverse andere belangenverenigingen. Bij vragen kun je contact opnemen met het NIP via **info@nip.nl**.

info@nip.nl | www.nip.nl

Nederlands Instituut van Psychologen

NIP, april 2025 | Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd of gekopieerd zonder toestemming van het NIP