

Behandelen van kinderen met NAH+



Pixabay, z.d.

Opmerking. Overgenomen uit Pixabay, z.d. (<https://pixabay.com/vectors/brain-cranium-head-psychology-2750453/>)

Nijmegen, 12 januari 2022

Onderwijseenheid: Praktijkgericht Onderzoek
Opleiding: Ergotherapie
Studiejaar: 2021 – 2022

Docentbegeleider: Barbara Best & Ap Hilhorst
Opdrachtgever: Lectoraat Neurorevalidatie

Vertegenwoordigd door: Sanne Diepeveen

Junior-onderzoekers: Elja Brunekreeft-Verkerk (600522)
Merel van Drunen (595017)
Marith Luisman (585506)
Thijs Nuij (583414)

Colofon

Gegevens instelling opdrachtgever

Instelling: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Neurorevalidatie
 Adres: Kapittelweg 33-35
 6525 EN Nijmegen
 Telefoonnummer: 024 - 353 1500

Opdrachtgever

Naam: Sanne Diepeveen
 Functie: Onderzoeker binnen het Lectoraat Neurorevalidatie & Docent logopedie
 E-mailadres: sanne.diepeveen@han.nl

Onderwijsinstelling

Instelling: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
 Onderdeel: Instituut Paramedische Studies (IPS)
 Adres: Kapittelweg 33 6525 EN
 Plaats: Nijmegen
 Telefoon: 024- 353 1500
 Website: <https://www.han.nl>

Begeleiding onderwijsinstelling

Naam: Barbara Best & Ap Hilhorst
 Functie: Docent ergotherapie bij Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
 E-mailadres: barbara.best@han.nl

Junior-onderzoekers

Naam: Elja Brunekreeft-Verkerk
 Studentnummer: 600522

Naam: Merel van Drunen
 Studentnummer: 595017

Naam: Marith Luisman
 Studentnummer: 585506

Naam: Thijs Nuij
 Studentnummer: 583414

Gezamenlijk e-mailadres junior-onderzoekers:
 NAHplusPO@gmail.com

Netwerk Kind&NAH

Website: www.netwerkkindennah.nl
 E-mailadres: vragen@netwerkkindennah.nl

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport van het praktijkgericht onderzoek; Begeleiden van kinderen met NAH+.

Dit praktijkgericht onderzoek is uitgevoerd door vier junior-onderzoekers van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), te Nijmegen. Het onderzoek heeft plaatsgevonden van augustus 2021 tot en met januari 2022. Het Lectoraat Neurorevalidatie van de HAN, vertegenwoordigd door Sanne Diepeveen, is de opdrachtgever van dit onderzoek. De junior-onderzoekers zijn begeleid en ondersteund in de uitvoering van dit onderzoek door senior-onderzoekers Ap Hilhorst en Barbara Best, docenten ergotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Wij willen alle betrokkenen die een bijdrage hebben geleverd aan dit onderzoek bedanken. Ten eerste Ap Hilhorst en Barbara Best, die beiden als back-up van elkaar opereerden wanneer dit nodig was, voor het vertrouwen en de waardevolle overlegmomenten die hebben bijgedragen aan het onderzoeksproces.

Ten tweede willen wij Sanne Diepeveen bedanken voor de kans, de betrokkenheid en de prettige samenwerking die zij ons gegeven heeft om dit onderzoek zo goed mogelijk te kunnen uitvoeren. Daarbij willen wij Lobke Havens, Juliane Stöcker en Anja de Kruijf bedanken voor de leerzame bijeenkomsten, begeleiding en adviezen die vanuit de HAN gefaciliteerd zijn.

Tot slot willen wij alle ergotherapeuten bedanken die hun ervaringen en kennis met ons gedeeld hebben om dit onderzoek mogelijk te maken.

Zonder deze personen was dit onderzoek niet mogelijk geweest en tot stand gekomen in de vorm zoals deze nu voor u ligt.

Marith Luisman,
Merel van Drunen,
Elja Brunekreeft-Verkerk
Thijs Nuij

Nijmegen, 12 januari 2022

Samenvatting

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil dat er in 2023 een plan ligt voor kinderen met niet aangeboren hersenletsel+ (NAH+). Op deze manier kan er een structurele weg geboden worden naar de nodige zorg om de behandeling te optimaliseren en de participatie van deze kinderen te vergroten. Naar inschatting gaat het om 400 kinderen met NAH+ in Nederland (Werkgroep NAH+, 2021). De zorgbehoefte van deze kinderen wordt steeds complexer en vereist meer kennis van de zorgprofessionals. Er moet gewerkt worden aan specialisatie van de zorg, omdat zorgprofessionals op dit moment nog onvoldoende kennis en expertise hebben. Hierdoor krijgen kinderen met NAH+ mogelijk niet de gespecialiseerde zorg die zij nodig hebben (Commissie expertisecentra langdurige zorg, 2020; Kamerbrief VWS, 2019; Rapport KPMG, 2019). Het lectoraat Neurorevalidatie van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN) is ingeschakeld om een vooronderzoek te starten naar de aangeboden zorg voor kinderen met NAH+ (Werkgroep NAH+, 2021). In dit praktijkgerichte onderzoek is onderzocht welke zorg ergotherapeuten verlenen aan kinderen met NAH+ in de participatiefase.

Het doel van dit onderzoek is dat er in januari 2022 een overzicht is van de methodieken die ergotherapeuten inzetten tijdens de behandeling van kinderen met NAH+ in de participatiefase en op grond waarvan deze keuzes gemaakt worden. Om antwoord te geven op deze vraag is een explorerend mixed methods onderzoek uitgevoerd. Hiervoor is een digitale vragenlijst uitgezet onder ergotherapeuten die kinderen met NAH+ in de participatiefase behandelen. De ergotherapeuten die de vragenlijst ingevuld hebben, zijn werkzaam in de revalidatie, het speciaal onderwijs, de gehandicaptenzorg of de eerste lijn.

In de resultaten vielen een aantal dingen op. Alle respondenten gaven aan meerdere methodieken te combineren, zodat de aanpak aansloot op de hulpvraag en behoefte van het kind. Daarnaast gaven de meeste respondenten aan voldoende input te hebben voor het opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak. Hierbij speelde de multidisciplinaire aanpak een grote rol. Ook werd er volgens de respondenten veel afstemming gezocht met het cliëntsysteem (waaronder ouders en docenten).

Uiteindelijk is de conclusie dat alle respondenten een aantal methodieken combineren. Veel gebruikte methodieken zijn doelgerichte training, strategietraining, familiebegeleiding, veranderen van de fysieke omgeving en taakgeoriënteerde training. In het keuzeprocess nemen de meeste respondenten de factoren van evidence-based practice mee, namelijk het cliëntperspectief, het ergotherapeutisch perspectief en het wetenschappelijk perspectief.

Dit artikel geeft artsen, ouders en andere betrokkenen inzicht in hoe een ergotherapeutisch behandeltraject kan bijdragen aan de kwaliteit van leven voor het kind en gezin. Er wordt een beeld geschetst van een behandeltraject en welke hulpvragen door ergotherapeuten opgepakt kunnen worden.

Daarnaast geeft dit artikel ergotherapeuten mogelijke informatiebronnen en mogelijke ideeën voor behandelmethodieken die ingezet kunnen worden. Ook wordt het belang van het betrekken van het cliëntsysteem en het samenwerken met andere disciplines toegelicht en benadrukt.

Inhoudsopgave

Begrippenlijst.....	7
Inleiding	8
Niet aangeboren hersenletsel + (NAH+)	8
Fasen van herstel na NAH/NAH+	9
De behandeling van een kind met NAH+	9
Het cliëntsysteem	10
Ergotherapie en NAH+	10
Probleemstelling.....	12
Projectdoel en onderzoeksdoel.....	12
Onderzoeksvraag	12
Methode	13
Dataverzameling.....	13
Onderzoekspopulatie	13
Ethische verantwoording	15
Gedragscode.....	15
Privacy en informed consent.....	15
Data-analyse.....	15
Resultaten	17
Demografische gegevens	17
Verwijzing	18
Vormgeving behandeltraject.....	18
Hulpvragen	18
Behandeling.....	19
Methodieken	20
Multidisciplinaire samenwerking	20
Discussie	23
Methodiek	23
Discussie van de resultaten	24
Maatschappelijke relevantie	26
Conclusie	27
Aanbevelingen.....	28
Bibliografie	30

Bijlagen	36
Bijlage A.....	36
Richtlijnen.....	36
Bijlage B	39
Vragenlijst definitief	39
Bijlage C	39
Transcripten	40
Bijlage D.....	61
Overzicht methodieken en problematieken	61

Begrippenlijst

Begrip	Definitie
Ergotherapeut uit het werkveld:	Binnen dit onderzoek worden alleen ergotherapeuten werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), gehandicaptenzorg (GZ), eerste lijn, het onderwijs en revalidatiecentra meegenomen.
Methodiek:	Een methodiek is een theoretisch onderbouwde benaderingswijze. Deze theorie komt voort uit visie, theorie, literatuur ervaring en reflectie op het handelen volgens bepaalde methodiek (Kinébanian & Logister-Proost, 2017). In dit onderzoek staan de ergotherapeutische methodieken centraal die ingezet worden tijdens de behandeling van kinderen met NAH+ in de participatiefase.
Multidomeinproblematiek	Er is sprake van multidomeinproblematiek als een cliënt (en zijn omgeving) een combinatie van somatische, psychische, psychiatrische, sociale of gedragsmatige problemen ervaart (Commissie expertisecentra langdurige zorg, 2020).
NAH+	Niet aangeboren hersenletsel met een complexe combinatie van bijkomende stoornissen waardoor zorg nodig is op meerdere domeinen. Onder deze domeinen vallen (neuro)cognitieve stoornissen en beperkingen, executieve functieproblemen, gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen, somatische aandoeningen en/of communicatieproblemen. Door de combinatie van deze stoornissen is de zorgbehoefte erg complex en overschrijdt de draaglast de draagkracht van zowel het kind zelf, de professionals en het sociale netwerk van het kind (Wergroep NAH+, 2021).
Vijf settingen	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), Gehandicapten zorg (GHZ), Eerste lijn ergotherapie, speciaal onderwijs en revalidatiecentra.
Zorgprofessionals	Verwijst naar iedereen die een bijdrage levert aan het zorgproces of informele zorg verleent (Vegro, z.d.). Onder zorgprofessionals vallen onder andere ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, psychologen, verpleegkundigen, orthopedagogen, (revalidatie)artsen, maatschappelijk werkers, oefen-, cesar- of mensendiecktherapeut en muziektherapeuten (Hersenstichting, 2016).

Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in februari 2019 benadrukt dat de huidige kennisontwikkeling en kennisoverdracht tussen onderzoek, beleid en praktijk in de langdurige zorg verbeterd moet worden. Dit geldt met name voor tien kleine doelgroepen met multidomeinproblematiek¹ met financiering vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Het ministerie VWS wil dat er in 2023 een plan ligt voor deze doelgroepen zodat er een structurele weg geboden kan worden naar de nodige zorg om de behandeling te optimaliseren en de participatie van deze doelgroepen te vergroten. Eén van deze doelgroepen is de doelgroep kinderen met niet aangeboren hersenletsel+ (NAH+) (Commissie expertisecentra langdurige zorg, 2020). Naar inschatting zijn er 400 kinderen met NAH+ in Nederland (Werkgroep NAH+, 2021). De zorgbehoefte van deze kinderen wordt steeds complexer en vereist meer kennis van de zorgprofessionals (*zie begrippenlijst*). Er moet gewerkt worden aan specialisatie van de zorg, omdat zorgprofessionals op dit moment nog onvoldoende kennis en expertise hebben. Hierdoor krijgen kinderen met NAH+ mogelijk niet de gespecialiseerde zorg die zij nodig hebben (Commissie expertisecentra langdurige zorg, 2020; Kamerbrief VWS, 2019; Rapport KPMG, 2019).

Naar aanleiding van de constatering van het ministerie van VWS is de werkgroep NAH+ opgericht. Deze werkgroep pleit voor een beter zorgnetwerk voor kinderen met NAH+. Deze werkgroep is tot stand gekomen met behulp van twee kinderartsen. Zij hebben het lectoraat Neurorevalidatie van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN) ingeschakeld om een vooronderzoek te starten naar de aangeboden zorg voor kinderen met NAH+ (Werkgroep NAH+, 2021). In dit praktijkgerichte onderzoek wordt onderzocht welke zorg ergotherapeuten verlenen aan kinderen met NAH+ in de participatiefase.

Niet aangeboren hersenletsel + (NAH+)

Gedurende dit onderzoek wordt gesproken over de doelgroep kinderen met NAH+. De definitie van een kind met NAH+ is: een kind in de leeftijd van 1-18 jaar dat gedurende de levensloop schade aan de hersenen heeft opgelopen. De gevolgen van het hersenletsel kunnen zich op diverse domeinen uiten. Bij kinderen met NAH+ is er sprake van een complexe combinatie van stoornissen die direct of indirect samenhangen met de hersenbeschadiging. Onder deze stoornissen vallen (neuro)cognitieve stoornissen en beperkingen, executieve functieproblemen, gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen, somatische aandoeningen en/of communicatieproblemen, nader uitgelegd in figuur 1. Door de combinatie van deze stoornissen is de zorgbehoefte erg complex en overschrijdt de draaglast de draagkracht van zowel het kind zelf, de professionals en het sociale netwerk van het kind (Werkgroep NAH+, 2021). Het kind komt in aanmerking voor 24-uurszorg die vergoed wordt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) Commissie Expertisecentra WLZ, 2020). 24-uurs toezicht is noodzaak, omdat een kind met NAH+ niet kan inschatten wanneer hij/zij hulp nodig heeft, niet om hulp vraagt, volledig zorgafhankelijk

Figuur 1

Definitie stoornissen

Onder *neurocognitieve stoornissen* wordt de achteruitgang in het denkvermogen verstaan (Yulius, 2021). *Cognitieve stoornissen* leiden tot problemen in de processen die betrokken zijn bij het opnemen en verwerken van informatie (Van Cranenburgh, 2019). Bij *executieve functiestoornissen* kunnen er problemen optreden in aandacht, motivatie in handelen, denken achter het handelen en het uitvoeren, evalueren en eventueel bijsturen van het handelen (Van Cranenburgh, 2019). Onder *somatische aandoeningen* worden lichamelijke aandoeningen verstaan (PsyQ, 2020).

¹ Er is sprake van multidomeinproblematiek als een cliënt (en zijn omgeving) een combinatie van somatische, psychische, psychiatrische, sociale of gedragsmatige problemen ervaart (Commissie expertisecentra langdurige zorg, 2020).

is en/of agressief/ontremd gedrag laat zien (Werkgroep NAH+, 2021; Regelhulp, z.d.).

Fasen van herstel na NAH/NAH+

Het herstel na een NAH verloopt in verschillende fases zoals weergegeven in figuur 2.

1. **Acute fase:** hierin staan vooral de fysiologische processen en het diagnosticeren centraal.
2. **Herstelfase:** deze fase richt zich vooral op het herstelproces van de hersenen. Om het herstelproces bij kinderen goed te begrijpen, moet er rekening gehouden worden met de langdurige ontwikkeling van het brein. Daarnaast kunnen er op latere leeftijd, na aanvankelijk herstel, nieuwe gevolgen optreden (Hadders-Algra et al., 2021).
3. **Participatiefase:** in deze fase leert het kind omgaan met de blijvende fysieke, cognitieve en sociale beperkingen met als doel het optimaliseren van het maatschappelijk functioneren (Werkgroep NAH+ 2021).

Figuur 2

Fases van Herstel na NAH bij Kinderen



Opmerking. Overgenomen uit *Kinderrevalidatie* (p. 554) door Hadders-Algra et al., 2021, uitgeverij Koninklijke Van Gorcum

Tijdens de participatiefase van het herstel wordt duidelijk wat het kind wel en niet meer kan in de thuissituatie. Echter blijven de hersenen zich ontwikkelen tot het 25ste levensjaar waardoor het kind pas op een later moment problemen kan ervaren van een eerder opgelopen hersenletsel. Hierdoor is het niet te voorspellen hoe de ontwikkeling van het kind zal verlopen (Swaab et al., 2016). Daarnaast worden er steeds hogere eisen aan het kind gesteld, naarmate het ouder wordt. De uit te voeren taken worden steeds complexer en deze moeten sneller uitgevoerd worden. Op het moment dat een kind niet aan deze eisen kan voldoen, wordt het kind met hersenletsel beperkt in zijn/haar participatie (Hadders-Algra et al., 2021). Om de participatie van het kind te bevorderen, kunnen zorgprofessionals ingeschakeld worden. Afhankelijk van de situatie van het kind, kan het kind in verschillende settingen zorg en begeleiding ontvangen. Een kind kan intramuraal wonen in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) of de Gehandicaptenzorg (GHZ) of behandeld worden in het speciaal onderwijs, het regulier onderwijs of de eerste lijn. Dit zijn ook de settingen waar dit onderzoek zich op richt (Werkgroep NAH+, 2021).

De behandeling van een kind met NAH+

De werkgroep NAH+ (2021) constateert dat de kennis rondom kinderen met NAH+ onvoldoende verspreid is over Nederland. Er zou in elke setting moeten worden gestreefd naar een afgestemde integrale aanpak. Dit is nodig om optimale, kwalitatieve en structurele behandeling voor kinderen met NAH+ te realiseren. Op dit moment is er onvoldoende afstemming tussen de verschillende zorgprofessionals, de ouders en het onderwijs, waardoor deze integrale aanpak niet gerealiseerd wordt (Hersenstichting, 2016; Stokman et al., 2011; Werkgroep NAH+ 2021). Eén van de eisen om een integrale aanpak te laten slagen zijn mondelinge overleggen en overdrachten tussen de zorgprofessionals (Werkgroep NAH+ 2021). Om deze integrale aanpak te realiseren kan de zorgstandaard voor kinderen en jongeren met een traumatisch hersenletsel gebruikt worden. Hierin

staat per herstelfase beschreven welke zorg kinderen met NAH en hun naasten van de zorgprofessionals mogen verwachten (Hersenstichting, 2016).

De zorg in Nederland is op dit moment verdeeld in specialismen. Dit maakt dat de behandeling van kinderen met NAH+ lastig is, omdat er bij deze doelgroep sprake is van een complexe combinatie van stoornissen waardoor de specialismen niet altijd even goed aansluiten. Ouders zeggen: "Als er plekken beschikbaar zijn, beschikken de zorgprofessionals vaak niet over de juiste expertise om de juiste zorg te bieden". Ondanks dat niet overal de juiste expertise aanwezig is, wordt toch vaak geprobeerd om het kind te behandelen. Dit leidt tot stress bij de zorgprofessionals, het kind en de ouders waarna de situatie escaleert (Werkgroep NAH+ 2021).

Daarnaast is met name in de participatiefase niet duidelijk welke partijen verantwoordelijk zijn voor de kinderen door het gebrek aan richtlijnen, kwaliteitskaders en protocollen. Er is handelingsverlegenheid omtrent het doorverwijzen, het behandelen door zorgprofessionals en in het onderwijs (Gijzen et al., 2014; Hendriks et al., 2018; Hermans, 2014; Werkgroep NAH+, 2021).

Het cliëntsysteem

De werkgroep NAH+ heeft geconcludeerd dat veel ouders van kinderen met zeer complexe problematiek het gevoel hebben dat hun kinderen 'nergens' terecht kunnen, zij voelen zich vaak niet gehoord of serieus genomen. "In het streekziekenhuis moesten we de problematiek elke keer opnieuw weer uitleggen. Ik had het gevoel dat wij continu alles zelf moesten regelen en coördineren, dat was erg zwaar" (Werkgroep NAH+, 2021, p.13). De ouders ervaren dat er onvoldoende kennis en expertise is bij huisartsen, kinderartsen en zorgprofessionals over bijvoorbeeld therapiemogelijkheden of instrumenten om NAH vast te stellen. Hierdoor hebben de ouders het gevoel dat de NAH niet onderkend wordt en de noodzaak van de gevraagde zorg niet erkend wordt (Hermans et al., 2012; Werkgroep NAH+ 2021). Als de zorg uiteindelijk geregeld is, sluit deze vaak niet aan op de behoefte van het kind. "Vaak is sprake van jarenlange overbelasting van het gezin door het ontbreken van adequate informatie en deskundige begeleiding" (Gijzen et al., 2014, p.32). Door gebrek aan de juiste zorg kunnen het kind en de omgeving vaak moeilijk wennen aan het veranderde handelen (Hermans et al., 2012; Van Der Veen & Westhuis, 2014). Hier lopen de gezinnen ook tegen aan in het onderwijs. Doordat er weinig sociaal begrip is komen kinderen met NAH+ vaak thuis te zitten of raken ze in een sociaal isolement (Gijzen et al., 2014; Hendriks et al., 2018; Hermans, 2014).

Ergotherapie en NAH+

Wegens de complexiteit van de hulpvragen worden er meerdere zorgprofessionals betrokken bij de behandeling van kinderen met NAH+. Het is een integrale aanpak met als doel het verbeteren van functies en het leren omgaan met beperkingen, maar ook het voorkomen van terugval of achteruitgang. Eén van de betrokken zorgprofessionals is de ergotherapeut. In de zorgstandaard voor kinderen en jongeren met een traumatisch hersenletsel staat dat ergotherapie zich richt op de uitvoering van dagelijkse activiteiten en participatie van kinderen en jongeren in hun eigen omgeving, hieronder valt het beoordelen of een kind veilig en zelfstandig thuis kan functioneren, rekening houdend met de fysieke mogelijkheden en neurocognitieve functiestoornissen (Hersenstichting, 2016). Thema's die vaak terugkomen zijn vermoeidheid, dagindeling, schoolgang, prikkelverwerking, fijne motoriek, verkeersveiligheid, planmatig handelen en aankleden (Goudawijzer, z.d.; Hermans, 2014; Hersenstichting, 2016; Lohuis, z.d.; Roessingh, z.d.).

Om aan deze thema's te werken kan een ergotherapeutisch behandeltraject gestart worden. Dit traject wordt methodisch vormgegeven, dit betekent dat een ergotherapeut altijd dezelfde stappen

doorloopt gedurende het behandeltraject. Dit praktijkgerichte onderzoek focust zich op het opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak. Om het plan van aanpak en de behandelingen vorm te geven, worden continu keuzes gemaakt. Om de juiste keuze te maken, maakt een ergotherapeut gebruik van professioneel redeneren en evidence-based practice. Dit betekent dat de keuzes verantwoord worden aan de hand van wetenschappelijke literatuur, ergotherapeutisch professioneel redeneren en vanuit het cliëntperspectief (Daniëls en Verhoef, 2017; Van Hartingsveldt, 2016).

In de zorgstandaard voor kinderen en jongeren met traumatisch hersenletsel wordt niet duidelijk welke richtlijnen of methodieken ingezet kunnen worden tijdens het ergotherapeutische behandeltraject. Vanuit de oriënterende literatuurstudie is er geen wetenschappelijk bewijs gevonden voor de ergotherapeutische behandeling van kinderen met NAH+. Naar verwachting kijkt de behandelend ergotherapeut naar de symptomen en zoekt vervolgens naar daarbij passende richtlijnen. In bijlage A staan een aantal methodieken en richtlijnen die die wellicht toepasbaar zijn bij het behandelen van kinderen met NAH+. Echter zorgen de (ontwikkelings)leeftijd van het kind en complexiteit van de stoornissen bij NAH+ er naar verwachting voor dat deze richtlijnen en bijbehorende methodieken niet voldoende aansluiten.

Mede hierdoor is de werkgroep NAH+ opgericht. De werkgroep NAH+ heeft het lectoraat neurorevalidatie van de HAN benaderd om onderzoek te doen naar de behandeling van kinderen met NAH+. Dit praktijkgerichte onderzoek richt zich op de methodieken die in de ergotherapeutische behandeling van kinderen met NAH+ ingezet worden, omdat dit vanuit de literatuur niet bekend is. Daarom is het doel van dit onderzoek om inzicht te krijgen in de ergotherapeutische behandeling van kinderen met NAH+ en op basis van welke keuzes een ergotherapeut deze behandeling vormgeeft.

Probleemstelling

Landelijk hebben ouders van kinderen met NAH+ het idee dat er onvoldoende kennis en informatie is over de behandeling van kinderen met NAH+ tijdens de participatiefase. Dit speelt onder andere in de vijf settingen waarop dit onderzoek zich richt. Ouders ervaren dat niet alle zorgprofessionals, waaronder ergotherapeuten, over de juiste kennis en expertise beschikken om een passende behandeling te bieden. Het gemis aan kennis en expertise leidt bij deze zorgprofessionals tot een gebrek aan integrale aanpak en handelingsverlegenheid, waardoor de kinderen met complexe zorgvragen “nergens terecht kunnen”. Mogelijk komt dit doordat er geen richtlijnen bestaan die zich specifiek richten op de behandeling van kinderen met NAH+. Het is op dit moment onduidelijk welke methodieken er door ergotherapeuten ingezet worden en waarop zij deze keuze baseren (Van Donk & Van Lanen, 2017).

Projectdoel en onderzoeksdoel

Projectdoel: in 2023 ligt er een multidisciplinair en landelijk plan voor de begeleiding en behandeling van kinderen met NAH+ en hun ouders (Werkgroep NAH+, 2021). Om een plan te kunnen maken, moet eerst geïnventariseerd worden welke behandelingen op dit moment aangeboden worden door de verschillende zorgprofessionals. Om hier een start mee te maken, presenteren de junior-onderzoekers in januari 2022 een overzicht van de behandelingsmethodieken voor de ergotherapeutische behandeling van kinderen met NAH+ in de participatiefase.

Onderzoeksdoel: In januari 2022 weten de junior-onderzoekers welke methodieken ergotherapeuten inzetten in de behandeling van kinderen met NAH+ in de participatiefase en op grond waarvan deze keuzes gemaakt worden.

Onderzoeksvraag

Waarop baseren ergotherapeuten uit het werkveld in Nederland hun keuze voor het gebruik van bepaalde behandelmethodieken in de behandeling van kinderen met NAH+ in de participatiefase?

Methode

Dataverzameling

Er is op dit moment nog weinig bekend over de ergotherapeutische behandeling van kinderen met NAH+, daarom is een explorerend onderzoek de best passende onderzoeksvorm (Verhoef et al., 2019). In dit onderzoek stond het inventariseren van gebruikte ergotherapeutische methodieken gedurende de behandeling van kinderen met NAH+ centraal, maar ging het ook over de beweegredenen van ergotherapeuten om deze methodieken in te zetten. De methode van dataverzameling was daarom zowel kwantitatief als kwalitatief van aard. Dit wordt ook wel mixed methods genoemd (Baarda, 2019). In dit onderzoek ging het over het verzamelen van informatie op landelijk niveau binnen de vijf verschillende settings (*zie begrippenlijst*). In verband met de tijd, haalbaarheid en het gebruik van mixed methods, is er daarom gekozen voor een vragenlijst met zowel open als gesloten vragen. Het gebruik van vragenlijsten zorgt voor een groter bereik en een gemakkelijkere praktische toepassing (Baarda, 2015).

Vragenlijst

Voor het opstellen van de vragenlijst is er gezocht naar een gevalideerde vragenlijst (Verhoef et al., 2019). Er werd echter geen vragenlijst gevonden die inventariseert welke methodieken gebruikt worden tijdens de ergotherapeutische behandeling. Daarom werd er een vragenlijst opgesteld met vragen over het keuzeproces en al ingezette methodieken, zie bijlage B.

De onderwerpen van de vragen zijn gebaseerd op de gesprekken met de opdrachtgever en het oriënterende literatuuronderzoek. De vragen omtrent het behandeltraject komen voort uit de gesprekken met de senioronderzoeker. De vragen omtrent het opstellen van het plan van aanpak zijn voortgekomen uit het oriënterend literatuuronderzoek. De vragen gericht op de methodieken zijn ook ontstaan door oriënterend literatuuronderzoek en gesprekken met de senior-onderzoeker. Hetzelfde geldt voor de vragen gericht op de samenwerking, maar deze vragen zijn ook nog gespecificeerd tijdens de gesprekken met de opdrachtgever.

Om de validiteit van de vragenlijst te waarborgen, zijn de begrippen eerst geoperationaliseerd (Baarda, 2015; Baarda, 2019). Vervolgens werd de vragenlijst door de opdrachtgever, de senior-onderzoeker en medestudenten van feedback voorzien. Na het verwerken van de feedback werd de vragenlijst als trial uitgezet onder medestudenten en twee docenten van de HAN om te controleren of de vragen en eventuele antwoordmogelijkheden eenduidig en duidelijk zijn, wat de validiteit ten goede komt (Baarda, 2018). Na een laatste aanpassing, is de vragenlijst onder de onderzoekspopulatie uitgezet via LimeSurvey, waardoor de vragenlijst op consistente wijze is afgenomen. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda, 2015).

Onderzoekspopulatie

Zoals beschreven in de inleiding is de doelgroep kinderen met NAH+ klein. Om een inschatting te maken van het aantal ergotherapeuten dat werkzaam is met kinderen met NAH+ is het kwaliteitsregister paramedici benaderd. Zij konden vertellen dat er 97 kinderergotherapeuten in Nederland werkzaam zijn, maar niet welke de specialisatie neurorevalidatie bij kinderen hebben (Kwaliteitsregister paramedici, Persoonlijke communicatie, 18 november 2021). Hierdoor is het niet mogelijk om een inschatting te maken van het aantal ergotherapeuten dat werkzaam is met de doelgroep kinderen met NAH+. Voor het aantal ergotherapeuten in de eerste lijn kon wel een inschatting gemaakt worden door de database van Ergotherapie Nederland te analyseren. Hieruit is gebleken dat er veertien kinderergotherapeuten in de eerstelijns werkzaam zijn met de specialisatie NAH. Echter wil dit niet zeggen dat zij ook werken met kinderen met NAH+.

In samenspraak met de opdrachtgever zijn er in- en exclusiecriteria opgesteld voor de onderzoekspopulatie zoals beschreven in tabel 1.

Tabel 1

In- en Exclusiecriteria voor Onderzoekspopulatie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Afgestudeerd en momenteel in Nederland werkzaam als ergotherapeut.	Werkervaring met kinderen met NAH wordt niet gezien als werkervaring met NAH+ en valt dus buiten dit onderzoek. Zie doelgroepomschrijving in hoofdstuk 1.
Minimaal één jaar werkervaring met de beoogde doelgroep. Dit zodat de ergotherapeut in kwestie verschillende methodieken heeft kunnen ervaren en uitproberen.	Minder dan een jaar werkervaring met de beoogde doelgroep.
Werkzaam binnen één van de volgende settingen; • GGZ; • GHZ; • Eerste lijn; • Speciaal onderwijs; • Revalidatiecentrum.	Werkzaam binnen één van de volgende settingen: • Ziekenhuis.
Betrokken (geweest) als behandelend ergotherapeut in de chronische/participatiefase van acute- en de revalidatiefase. het behandelproces.	Enkel betrokken geweest bij de behandeling in de

Er werd gestreefd naar een heterogene groep voor deelname aan het onderzoek. Dit bevordert de geloofwaardigheid en praktische toepasbaarheid van het onderzoek. Als ergotherapeuten binnen eenzelfde kenniskring benaderd worden, is de kans groot dat zij gebruik maken van dezelfde behandelmethodieken (Verhoeven, 2018; Verhoef et al., 2019). Om er zeker van te zijn dat de respondenten binnen de onderzoekspopulatie vallen, start de vragenlijst met een aantal filtervragen.

Werving

Doordat er naar schatting weinig ergotherapeuten binnen de onderzoekspopulatie vallen, was de verwachting dat het moeilijk is om respondenten te werven die 'rijke informatie' kunnen geven. Het gaat hierbij om informatie die het onderwerp van verschillende kanten belicht, die gedetailleerd is, die gebaseerd is op veel of diverse ervaringen en waarin ruimte is voor mogelijk tegenstrijdige gezichtspunten of ervaringen. Er is gebruik gemaakt van een selecte steekproef om respondenten te werven. Deze selecte steekproef kwam tot stand door zelfselectie en de sneeuwbalmethode. Ergotherapeuten konden door middel van de informatiebrief zelf bepalen of zij voldoen aan de inclusiecriteria en of ze wilden deelnemen aan het onderzoek. Door te vragen of zij de informatiebrief door wilden sturen, kon de groep respondenten uitgebreid worden en ontstaat er een sneeuwbaaleffect (Verhoeven, 2018; Verhoef et al., 2019). Door binnen de vijf settingen *en* binnen heel Nederland te werven, kan er een divers en breed beeld geschetst worden over de gebruikte methodieken. Om verzadiging te bereiken was het streven om vijf ergotherapeuten uit alle vijf de settingen te werven voor deelname aan het onderzoek. Dit maakte dat er minimaal 25 respondenten geworven dienden te worden.

De volgende stappen zijn ondernomen om respondenten te werven voor het onderzoek:

- Oproep in de nieuwsbrief van Hersenletsel Net Overijssel;
- Oproep in de nieuwsbrief van de Alumnivereniging ergotherapeuten Nijmegen, Amsterdam, Rotterdam en Heerlen;
- Netwerk van zowel de opdrachtgever als ergotherapiedocenten van de HAN zijn ingeschakeld. Zij werden gevraagd om een e-mail met informatiebrief te verspreiden in hun netwerk. In de informatiebrief werd informatie gegeven over de doelgroep, het doel van het onderzoek, de methode van dataverzameling en de vraag of zij de e-mail door konden zetten naar andere ergotherapeuten die mogelijk werken met kinderen met NAH+.
- Locaties die beschreven staan in het document van Werkgroep NAH+ (2021) zijn in eerste instantie per e-mail benaderd met daarin de informatiebrief. Toen de reactie uitbleef is er eerst een herinneringsmail gestuurd naar instellingen/locaties die niet gereageerd hebben. Daarna is er telefonisch contact opgenomen met praktijken in de eerste lijn en GGZ- & GHZ-instellingen.

Ethische verantwoording

Gedragcode

Dit praktijkonderzoek is vormgegeven en verantwoord aan de hand van de gedragscode, zoals opgesteld door de Vereniging Hogescholen (Andriessen et al., 2010). Het was voor dit onderzoek niet nodig om goedkeuring te vragen bij een interne of externe medische commissie (Ethische Commissie Onderzoek HAN, z.d.).

Privacy en informed consent

Voorafgaand aan de vragenlijst werden de respondenten middels een informed consentformulier geïnformeerd over de aard en het doel van de onderzoek. Hierbij werd ook toestemming gevraagd om gebruik te mogen maken van de verzamelde data. Deze is door ieder meewerkend respondent ondertekend. De vragenlijsten zijn anoniem afgenomen waarmee de privacy van de respondenten is gewaarborgd. Bij het verwerken van de data zijn de gegevens van de respondent geanonimiseerd. De verzamelde data wordt anoniem op een beveiligde databank van de Hogeschool bewaard. Deze data blijft tien jaar in deze beveiligde omgeving ter bevordering van het kwaliteitsdoeleinde.

Data-analyse

Kwantitatieve data-analyse

In de vragenlijst zijn een aantal gesloten vragen opgenomen, namelijk de filtervragen, de vraag over de competenties en de vraag over ingezette methodieken. Uit gesloten vragen volgt kwantitatieve data. Het gaat in dit onderzoek om een kleine populatie en vooral frequenties en patronen zijn belangrijk. Er is daarom gekozen om gebruik te maken van Excel voor het verwerken van deze data. Tijdens de analyse werd geteld hoe vaak een antwoord voorkomt. Om deze data vervolgens visueel weer te geven, werd deze verwerkt in diagrammen. Hierdoor kon er in één oogopslag een conclusie getrokken worden. De data uit vragen met één antwoordmogelijkheid (provincie, aantal jaar ervaring e.d.) werden omgezet naar percentages en vervolgens weergegeven in een cirkeldiagram, omdat dit de verhouding tussen groepen inzichtelijk weergeeft en de oppervlakte gelijk is aan de hele populatie. Vragen met meerdere antwoordmogelijkheden (zoals setting en methodieken) werden weergegeven in getallen in een staafdiagram om de verhouding tussen categorieën inzichtelijk te maken (Van der Donk & Van Lanen, 2016; Verhoef, 2019; Verhoeven, 2018).

Kwalitatieve data-analyse

Alle verkregen data werden allereerst in een tabel gezet. De fragmenten werden gemarkeerd, in één code samengevat en in de kantlijn genoteerd. Dit is in feite het *uitleenrafelen*, ofwel; coderen.

Vervolgens werd er horizontaal vergeleken door middel van post-its. Dit was mogelijk, omdat de respondenten allemaal dezelfde vraag kregen, waardoor de antwoorden naast elkaar gelegd en één op één vergeleken konden worden. Deze analysemethode was geschikt om patronen en samenhang in de resultaten te vinden. De data werd per setting én per provincie waarin de ergotherapeut werkt geanalyseerd, zodat de onderlinge overeenkomsten en verschillen zichtbaar werden (Verhoef, 2019; Verhoeven, 2018).

Hieronder een weergave van de werkwijze van het 'horizontaal vergelijken':

1. Analyseschema opstellen door iedere vraag en vraagnummer te noteren op aparte post-its. De post-its worden aan de linkerkant onder elkaar neergelegd;
2. De provincie waarin de respondent werkzaam is, koppelen aan een kleur van een post-it;
3. De setting(en) waarin de respondent werkzaam is, koppelen aan een tekstkleur;
4. Respondent-id en codes per vraag noteren op de bijbehorende post-it. De codes worden naast de bijpassende vraag neergelegd;
5. Per vraag de codes naast elkaar leggen. Verschillen en overeenkomsten kunnen per vraag geanalyseerd worden;
6. De codes per vraag, provincie én setting op verschillen en overeenkomsten analyseren;
7. Verschillen, overeenkomsten en andere opvallendheden per vraag noteren op een aparte kleur post-it. Deze worden aan het eind van de kolommen neergelegd;
8. Samenvatten van de gevonden data waaruit een discussie en conclusie voortkomen (Van der Donk & Van Lanen, 2017)

Resultaten

In deze paragraaf worden de uitkomsten van de vragenlijst beschreven. Er wordt eerst een beeld geschetst van de respondenten. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende settings om te onderzoeken of de setting van invloed is op de bevraagde onderwerpen en zodoende een verdiepingsslag te maken. Verder komt in deze paragraaf naar voren via welke weg en met welke hulpvraag de kinderen met NAH+ bij een ergotherapeut terecht komen. Daarnaast wordt het duidelijk welke input ergotherapeuten gebruiken om het plan van aanpak vorm te geven en wordt er een beeld geschetst van de ergotherapeutische behandeling. Verder komt naar voren welke methodieken ergotherapeuten inzetten tijdens de behandeling van kinderen met NAH+ en bij welke problematiek de methodiek ingezet wordt. Als laatste komt de samenwerking van ergotherapeuten met andere zorgprofessionals naar voren.

Demografische gegevens

Het streven aan het begin van het onderzoek was om 25 respondenten te werven uit vijf verschillende settings. Zoals te zien in tabel 2, op de volgende pagina, hebben elf ergotherapeuten de vragenlijst volledig ingevuld. Aan elke respondent is gevraagd in welke setting zij werkzaam zijn. Het merendeel hiervan is (onder andere) werkzaam in de revalidatiesetting. Zes respondenten hebben in meerdere settings kinderen met NAH+ behandeld. Verder hebben er drie ergotherapeuten alleen in de revalidatie, één alleen in de eerste lijn en één alleen in het speciaal onderwijs kinderen met NAH+ behandeld. In dit hoofdstuk worden citaten gegeven, de volledige antwoorden op de vragenlijst staan in bijlage C.

Tabel 2

Demografische Gegevens Respondenten

Respondent	Setting	Provincie	Ervaringsjaren
5	Revalidatie	Gelderland	10+
7	Revalidatie	Overijssel	5 tot 10 jaar
9	Revalidatie Speciaal onderwijs	Utrecht	10 +
11	Eerste lijn Gehandicaptenzorg Speciaal onderwijs	Zuid-Holland	10+
12	Revalidatie	Zuid-Holland	5 tot 10 jaar
14	Speciaal onderwijs	Noord-Holland	10+
17	Revalidatie Eerste lijn Speciaal onderwijs	Noord-Holland	10+
20	Revalidatie Speciaal onderwijs	Gelderland	10+
24	Eerste lijn Gehandicaptenzorg Speciaal onderwijs	Zuid-Holland	10+
28	Eerste lijn	Zuid-Holland	10+
29	Revalidatie Eerste lijn	Utrecht	5 tot 10 jaar

Verwijzing

De meerderheid van de respondenten geeft aan dat kinderen met NAH+ bij hen terecht komen middels een verwijzing vanuit een revalidatiearts. Echter geeft respondent 14, werkzaam in het speciaal onderwijs, aan dat de vraag vanuit de leerkracht komt. Bij respondent 24 komen kinderen met NAH+ ook middels eigen aanmelding binnen.

Wanneer een cliënt met een verwijzing binnenkomt, wordt over het algemeen de voorgeschiedenis van het kind als overdracht meegegeven. Welke medische informatie bekend is, welke testen er zijn uitgevoerd, welke doelen er al behaald zijn en nog behaald moeten worden. Respondent 12 zegt: *“Alle informatie uit het ziekenhuis komt bij ons in het systeem te staan. Op deze manier kunnen wij ons vooraf inlezen en is er al veel bekend zodat ouders en/of het kind niet alles opnieuw hoeven te vertellen”*.

In de eerste lijn ziet een verwijzing er anders uit. Respondent 28 zegt: *“Een korte omschrijving van het ongeval. Verder niet heel veel informatie. Deze hoor ik meer van de ouders zelf”*. Het verschilt per respondent in hoeverre de informatie uit de overdracht wordt gebruikt. Elke respondent gebruikt de overdracht als informatiebron tijdens het starten van een nieuwe hulpvraag.

Vormgeving behandeltraject

Na de verwijzing start de ergotherapeutische behandeling. De meerderheid van de respondenten geeft aan tijdens de ergotherapeutische behandeling globaal de stappen van een ergotherapeutisch procesmodel te volgen. Zij starten het behandeltraject met inventariseren en analyseren. Tijdens deze stappen brengen ze het huidige functioneren, de dagactiviteiten en de hulpvraag van zowel ouder als kind in kaart. Hierop zijn echter twee uitzonderingen.

“Trainen en coachen ouders en evt. Juf of kinderdagverblijf in benadering en omgang t.b.v. optimale inzet armen en handen” (respondent 20).

“Binnen de eerste lijn is maar 10 uur beschikbaar. Ik los eerst acute vraagstellingen, zoals hulpmiddelen en aanpassingen, op” (respondent 11).

Na de inventarisatie- en analysefase gaan alle respondenten werken aan de geïnventariseerde hulpvragen en doelen (behandelen/begeleiden en ondersteunen/versterken). Alle respondenten adviseren ook (aan derden), maar dit wordt slechts door de minderheid van de respondenten (allen werkzaam in de revalidatiesetting) expliciet benoemd als onderdeel van het ergotherapeutisch behandeltraject. Door een minderheid van de respondenten wordt ook evaluatie benoemd. Respondent 17 zegt: *“Evalueren in team verband als er meerdere betrokken zijn, anders in ieder geval met revalidatiearts”*. Verder geeft respondent 5 als enige aan nacontroles te doen.

Hulpvragen

In de inventarisatiefase komen verschillende hulpvragen naar voren. In iedere setting komen hulpvragen omtrent hulpmiddelen naar voren. Daarbij geven respondenten 11 en 29 aan dat er ook hulpvragen zijn rondom huisaanpassing. Verder zijn prikkelverwerking, belasting/belastbaarheid en schoolgang veelvoorkomende thema's binnen de revalidatie, het speciaal onderwijs en in de eerste lijn. Dit thema wordt niet genoemd in de gehandicaptenzorg. Een ander thema binnen de revalidatie en het speciaal onderwijs is de arm- handfunctie en fijne motoriek. Dit thema komt niet naar voren binnen de eerste lijn of gehandicaptenzorg.

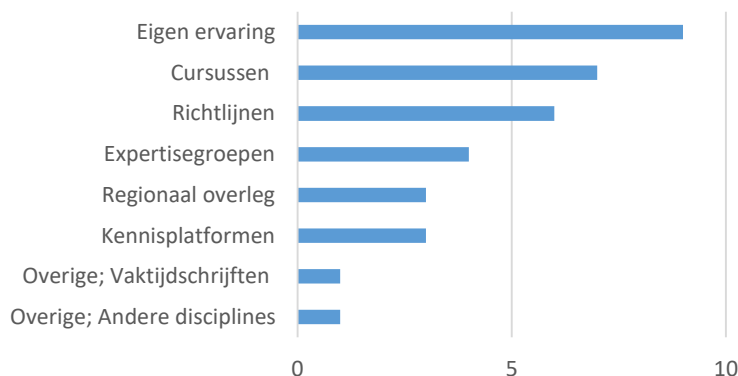
Naast bovengenoemde hulpvragen spreken respondenten 17 en 28 als enige over hulpvragen rondom concentratie. Daarnaast spreekt respondent 24 als enige over vragen rondom visusproblematiek en respondent 11 als enige over hulpvragen rondom de zelfzorg.

Om met de hulpvraag aan de slag te gaan wordt het plan van aanpak opgesteld. De meerderheid van de respondenten geeft aan hier voldoende input voor te hebben. Er wordt met name gebruik gemaakt van de eigen ervaring. Daarnaast wordt input gehaald uit cursussen en richtlijnen, zoals te zien in figuur 3. Drie respondenten benoemen dat de multidisciplinaire aanpak zorgt voor input tijdens het opstellen van het plan van aanpak. Verder is er door één respondent bij 'overige' aangegeven dat diegene gebruik maakt van vaktijdschriften (VROEG en CP). Eén andere respondent gaf bij 'overige' aan gebruik te maken van de kennis van andere disciplines (psycholoog en fysiotherapeut).

“Met alle disciplines samen hebben we voldoende input. Persoonlijk mis ik nog ervaring om me meer comfortabel te voelen bij wat ik doe” (respondent 5).

Echter geeft respondent 17 aan wel input te missen: *“Specifieke informatie of cursussen over vermoeidheid en prikkelverwerking bij NAH”.*

Figuur 3
Input



Behandeling

Alle respondenten geven aan dat het cliëntsysteem (thuis en school) veel invloed heeft op de wijze van behandelen. *“Ouders hebben eigenlijk steeds de richting in handen. Soms is eerst voorlichting nodig, zodat ze ook hun keuzes kunnen aangeven” (respondent 11).* Verder wordt er in alle settingen rekening gehouden met de mogelijkheden van het cliëntsysteem. *“Wat kunnen zij aan, welke veranderingen en ondersteuning hebben zij nodig, wat is er sowieso haalbaar gezien de thuissituatie?” (respondent 24).* In alle settingen wordt de behandeling afgestemd met het cliëntsysteem. Respondenten 12 en 14 geven aan dat het cliëntsysteem input geeft voor de behandeling. Daarnaast kunnen de ouders ook richting geven aan de behandeling volgens respondenten 11 en 17. Naast het cliëntsysteem geven de respondenten andere beïnvloedende factoren aan, zoals zichtbaar in tabel 3.

Tabel 3

Beïnvloedende factoren

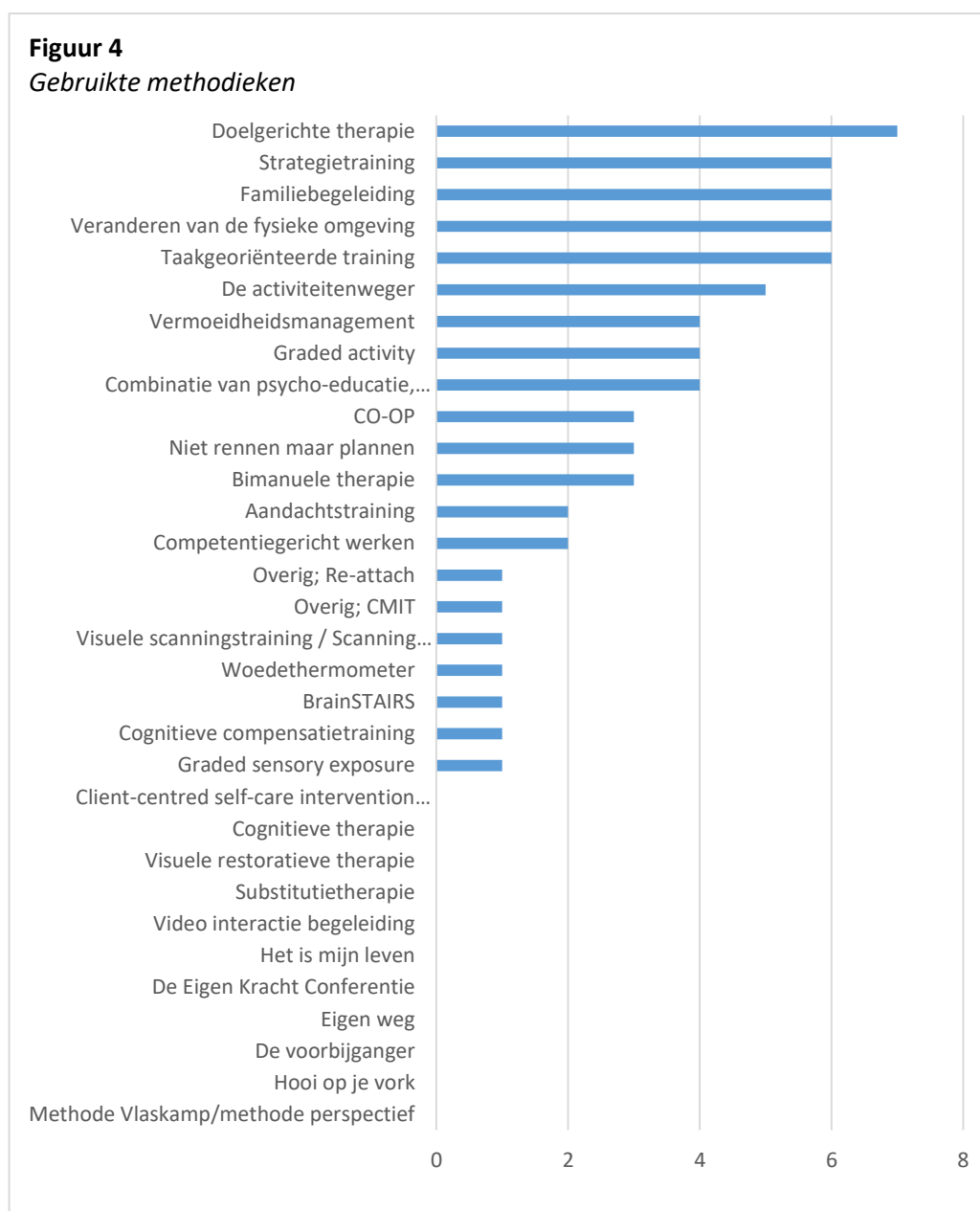
Respondent	Beïnvloedende factoren
Allen	De wens van het cliëntsysteem (thuis en school)
5, 9 en 12	De leeftijd/het niveau van het kind
5 en 28	De belastbaarheid van het kind en systeem
5 en 17	De multidisciplinaire aanpak
11	De verwijzing
20	Eigen observatie
7	De mogelijkheid om de eerste lijn in te zetten

Methodieken

Respondenten benoemen dat bovengenoemde factoren een rol spelen in de keuze voor een bepaalde methodiek. Er worden verschillende methodieken ingezet tijdens de behandeling. Figuur 4 laat zien dat de meerderheid van de respondenten gebruik maakt van doelgerichte training, strategietraining, familiebegeleiding, veranderen van de fysieke omgeving en taakgeoriënteerde training. Ook de activiteitenweger, vermoeidheidsmanagement, graded activity en een combinatie van psycho-educatie, confrontatie, zelfbeoordeling en feedback worden door een aantal respondenten ingezet. Bij 'overig' is de methode re-attach benoemd. Respondent 28 zegt hierover: *"Altijd probeer ik de re-attach toe te passen. Omdat dit een mooie interventie is dat veel verlichting van klachten en vermindering van stress, hoofdpijn en vermoeidheid blijkt op te leveren!"* Alle respondenten geven aan meerdere methodieken te combineren om ervoor te zorgen dat de behandeling aansluit op het kind. Echter wordt niet elke methodiek in elke setting en bij elke hulpvraag of problematiek ingezet. Een overzicht hiervan is weergegeven in bijlage D.

Figuur 4

Gebruikte methodieken

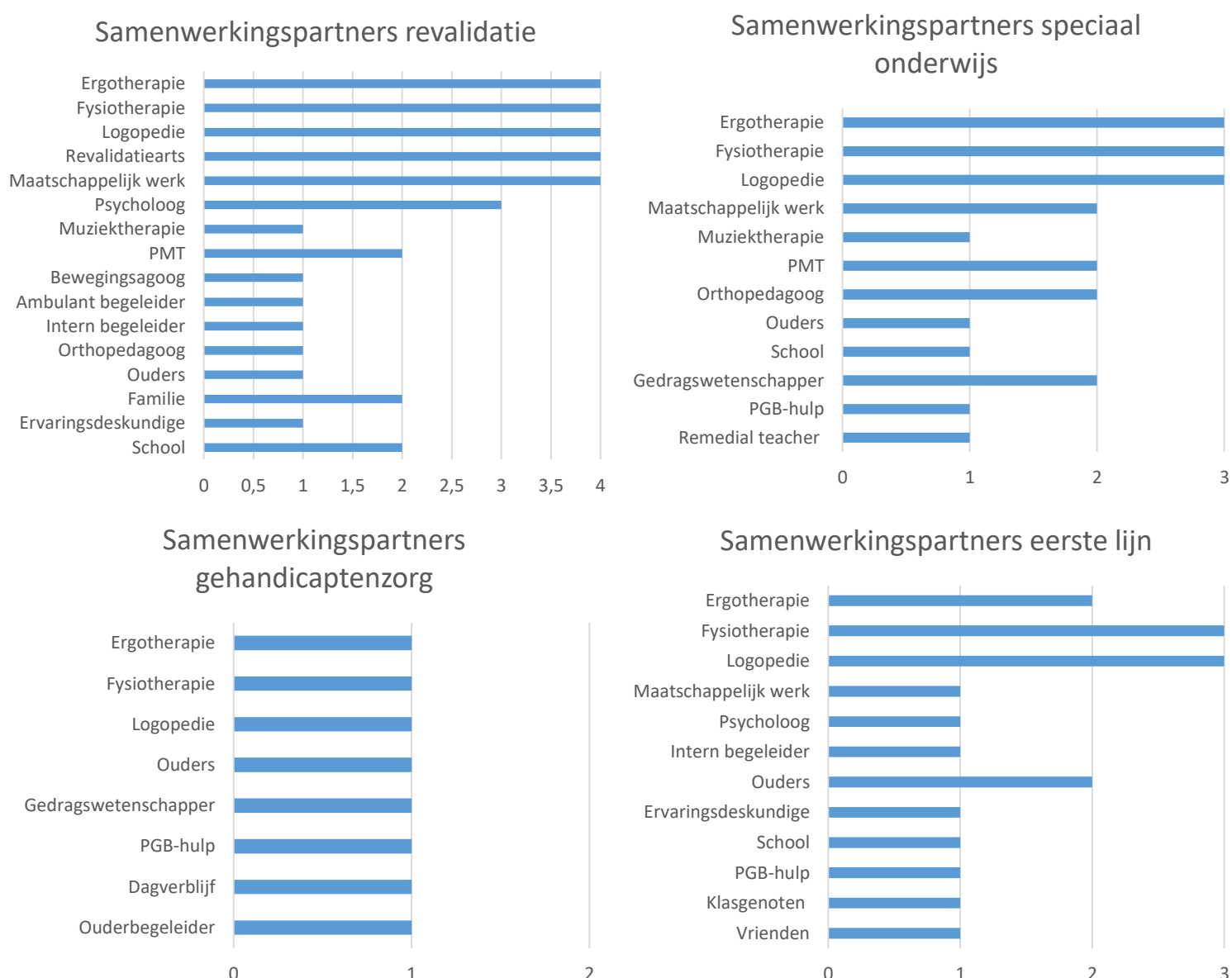


Multidisciplinaire samenwerking

In figuur 5 wordt per setting weergegeven met welke (zorg)professionals respondenten samenwerken. In alle settings worden logopedisten, fysiotherapeuten en ouders genoemd als samenwerkingspartners. Daarnaast wordt er in alle settings samengewerkt met collega-ergotherapeuten. Een verschil tussen de settings is dat in de eerste lijn benoemd wordt dat er ook samenwerking plaatsvindt tussen klasgenoten en vrienden.

In de GHZ zijn twee respondenten werkzaam, maar zij hebben beide verschillende (zorg)professionals genoemd waar zij mee samenwerken.

Figuur 5
Samenwerkingspartners



De meerderheid van de respondenten is positief over de samenwerking met andere disciplines. Door samen te werken wordt er gezamenlijk gekeken hoe het behandeltraject vormgegeven kan worden.

“In het multidisciplinaire team stemmen we met elkaar af welke strategie wij volgen. Dit wordt mede bepaald door mijn exploratie. Dan stemmen we af welke begeleiding wij vanuit onze organisatie kunnen bieden” (respondent 24).

Echter geeft één respondent aan dat de samenwerking niet altijd bijdraagt aan de effectiviteit van de behandeling. Respondent 11 zegt: *“Soms kost overleg veel tijd, is er nog weinig stroomlijn in behandeldoelen en zijn er verschillende standpunten.”* Een andere uitzondering is de reactie van respondent 28: *“Ik denk niet dat ik door andere disciplines word beïnvloed. Ik ben autonoom in mijn keuzes.”*

Naast dat de samenwerking bijdraagt aan het opstellen van het plan van aanpak geeft de meerderheid aan dat de samenwerking met andere disciplines positief bijdraagt aan de kwaliteit van de ergotherapeutische behandeling.

“De multidisciplinaire aanpak is een grote pré. Je houdt elkaar scherp, kunt overleggen, samen behandelen. Wat de ander in therapie oefent kan meegenomen en toegepast worden bij de ergotherapie en andersom” (respondent 17).

Echter is er wederom één uitzondering hierop, want respondent 28 geeft aan dat de samenwerking niet bijdraagt aan de kwaliteit van de ergotherapeutische behandeling.

Discussie

Methodiek

In dit onderzoek is gestreefd naar een landelijk bereik en minimaal vijf respondenten per setting. Doordat er gekozen is voor een vragenlijst, was dit in theorie een haalbaar streven. Echter werd tijdens het wervingsproces duidelijk dat er geen ergotherapeuten werkzaam zijn binnen de benaderde jeugd GGZ-locaties. Ook werd door de in- en exclusiecriteria duidelijk dat een groot aantal benaderde ergotherapeuten niet binnen de onderzoekspopulatie vallen. Daarnaast zijn ergotherapeuten die niet aan de inclusiecriteria voldoen uitgesloten voor deelname aan het onderzoek door de filtervragen. Hierdoor hebben alleen de ergotherapeuten die echt binnen de onderzoekspopulatie vallen de vragenlijst daadwerkelijk ingevuld. Uiteindelijk hebben elf respondenten de vragenlijst ingevuld waardoor er geen landelijke dekking is bereikt. Hierdoor is de steekproef niet representatief, maar doordat de respondenten in verschillende organisaties werkzaam zijn, zijn de resultaten van dit onderzoek wel overdraagbaar op ergotherapeuten werkzaam in soortgelijke organisaties (Smaling, 2013; Verhoef et al., 2019). Daarnaast vulden de verkregen data van de respondenten werkzaam in de GHZ, eerste lijn en speciaal onderwijs elkaar aan en is er geen verzadiging bereikt, waardoor de resultaten een beperkte weergave van de realiteit weergeven en de externe validiteit van dit onderzoek laag is (Benders, 2020). De resultaten van ergotherapeuten werkzaam in de revalidatiesetting kwamen echter grotendeels overeen. Er kwam zeer weinig nieuwe informatie naar voren tijdens het horizontaal vergelijken van de laatste respondent. Dit wijst op een bepaalde mate van verzadiging, waardoor aannemelijk is dat de resultaten een reële weergave zijn van de realiteit (Benders, 2020).

Doordat niet het gewenste aantal respondenten is bereikt, hebben de junior-onderzoekers getwijfeld of een vragenlijst de juiste keuze voor data-verzameling is geweest. Echter zijn de junior-onderzoekers ervan overtuigd dat het inzetten van een vragenlijst de beste keuze voor dataverzameling is geweest, omdat een aantal ergotherapeuten tijdens de telefonische werving aan hadden aangegeven dat ze geen tijd hadden voor een interview, maar wel een vragenlijst wilde invullen. Dit wijst erop dat een vragenlijst een lagere belasting is voor de ergotherapeuten, mede doordat het in te plannen is en over verschillende momenten te verspreiden is. Ook zorgt een vragenlijst voor consistente afname, wat de betrouwbaarheid verhoogt. Doordat de methode duidelijk beschreven is, is deze begrijpelijk en navolgbaar (Verhoef et al., 2019). Het alternatief voor het uitzetten van een vragenlijst was het houden van een interview. Het voordeel van interviewen is de optie om door te vragen, antwoorden te verhelderen en diepgang te creëren (Verhoef et al., 2019; Verhoeven, 2018). Echter was het niet mogelijk om door middel van interviews te streven naar landelijke dekking en het includeren van alle vijf de settings, omdat er in de beschikbare tijd niet voldoende interviews gehouden konden worden.

De interne validiteit van dit onderzoek is hoog, doordat de junior-onderzoekers gebruik hebben gemaakt van de kennis en feedback van de senior-onderzoeker en de opdrachtgever. Daarnaast is er uitgebreid literatuuronderzoek gedaan voordat de vragenlijst opgesteld is (Verhoef et al., 2019). Dankzij het literatuuronderzoek konden de junior-onderzoekers een gerichte gesloten vraag stellen naar de inzet van specifieke methodieken. Door de vraag gesloten te stellen, kon er een concreet antwoord op de onderzoeksvraag geformuleerd worden en is er een uitgebreid overzicht ontstaan van de ingezette methodieken. Deze vraag zou waarschijnlijk incompleet beantwoord worden wanneer dit een open vraag was geweest, omdat respondenten dan niet alle gebruikte methodieken benoemen.

Voordat de vragenlijst uitgezet is onder de ergotherapeuten uit het werkveld, is er een trial vragenlijst uitgezet onder twee docenten van de opleiding die ervaring hebben in het behandelen

van kinderen of cliënten met NAH. Het doel hiervan was om te controleren of de vragen voldoende geoperationaliseerd waren. De trial vragenlijst is echter door één proefpersoon volledig ingevuld. Hierdoor werd niet duidelijk dat de vraag 'bij welke problematiek maakt u gebruik van methode X' multi-interpretabel was en beter geoperationaliseerd had moeten worden. De overige vragen uit de vragenlijst zijn wel goed geoperationaliseerd, waardoor de antwoorden van de respondenten bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

De senior-onderzoeker was betrokken bij het beschrijven van de data-analyse en het analyseproces is zorgvuldig beschreven en uitgevoerd, wat bijdraagt aan de interne validiteit (Verhoef et al., 2019). Een groot aantal ergotherapeuten is in meerdere settings werkzaam. Daarom was het niet mogelijk om tijdens het analyseren van hun antwoorden de resultaten per setting weer te geven. Hierdoor konden de resultaten niet per setting geïnterpreteerd worden, wat ten kosten gaat van de nauwkeurigheid en waardoor er een beperkte verdiepingsslag is gemaakt.

Discussie van de resultaten

In de resultaten is opvallend dat alle respondenten een verwijzing krijgen vanuit een revalidatiearts of huisarts bij de start van de behandeling. Dit komt overeen met wat Cup et al., (2017) schrijven, namelijk dat de ergotherapeutische behandeling start met een verwijzing vanuit een specialist of huisarts. Eén respondent vanuit de eerste lijn heeft aangegeven dat cliënten zich ook zelf kunnen aanmelden voor een ergotherapeutische behandeling. Dit wordt ook beschreven in Cup et al., (2017). Hierin staat dat cliënten in de eerste lijn zich middels Direct Toegankelijke Ergotherapie (DTE) zelf kunnen aanmelden voor de ergotherapeutische behandeling. Dit maakt dat deze resultaten overeenkomen met wat er in de literatuur geschreven wordt.

Een van de maatschappelijke ontwikkelingen in de zorg is dat er steeds meer gekeken wordt naar de kwaliteit van leven. Wortell (2019, p. 1) schrijft hierover: "persoonsgerichte integrale zorg is de nieuwe weg waarop in samenhang kwaliteit van leven wordt aangeboden". Hierbij staat de dialoog tussen zorgprofessionals en cliënten of ouders centraal. Daarnaast moet de zorg hierdoor flexibeler zijn en is er meer onderlinge samenwerking nodig. Hiervoor worden steeds meer samenwerkingsverbanden gelegd (Wortell, 2019.; Zorgpromotor, 2021). Volgens werkgroep NAH+ (2021) is een warme overdracht één van de eisen voor een afgestemde, integrale aanpak. De respondenten schrijven echter niet over een warme overdracht, maar over een schriftelijke overdracht. De schriftelijke overdracht wordt voornamelijk gebruikt als informatiebron om de ergotherapeutische behandeling te starten. Hersenstichting (2016), Stokman et al. (2011) en Werkgroep NAH+ (2021) constateren dat er onvoldoende afstemming is tussen zorgprofessionals, onderwijs en ouders. Het gevolg is dat een afgestemde, integrale aanpak niet gerealiseerd wordt. Echter komt de integrale aanpak wel sterk naar voren in de antwoorden van de respondenten over de multidisciplinaire samenwerking. Dit wordt voornamelijk gezegd door de respondenten in de revalidatiezorg en in het speciaal onderwijs. Deze samenwerking kan verklaard worden doordat complexe problematiek bij kinderen vraagt om een multidisciplinaire aanpak (Meihuizen – de Regt et al., 2009). Daarnaast is het kind in ontwikkeling en kan de zorgvraag voortdurend veranderen. Dit maakt dat disciplines en professionals geïntegreerd moeten samenwerken aan een plan dat afgestemd is op de hulpvraag van het kind (PERRIN, 2004).

Echter heeft één respondent aangegeven autonoom te zijn in de keuzes die gemaakt moeten worden en voornamelijk zelfstandig te werken. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de respondent werkzaam is in de eerste lijn. Het in de praktijk brengen van multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn blijkt vaak moeilijk (secretariaat eerstelijns, 2018). Er worden voornamelijk barrières gezien, maar er zijn nog geen oplossingen om multidisciplinaire samenwerking te implementeren in de eerste lijn (ZonMw, 2021). Een andere verklaring kan zijn dat de respondent beperkt gedreven is om samen te

werken met andere disciplines of doordat er geen afspraken gemaakt zijn binnen de praktijk over de samenwerking (Hansen et al., 2009).

Door de participatiemaatschappij wonen zorgbehoevenden vaker thuis en speelt het sociale netwerk een grotere rol in de zorgverlening. Dit is belastend voor het gezin en het sociale netwerk (Wortell, 2019). In de literatuur wordt beschreven dat het belangrijk is om het gezinssysteem actief te betrekken tijdens het proces. Zij kunnen belangrijke input geven voor de behandeling, omdat zij het kind het best kennen. Daarnaast kunnen zij door educatie meer inzicht krijgen in de gevolgen van het letsel en ondersteund worden bij het vinden van een nieuwe balans. Wanneer het gaat om kinderen onder de twaalf jaar beslissen de ouders over de behandeling van hun kind. Bij twaalf- tot zestienjarigen is zowel de toestemming van de ouders als de jongere nodig. Dit is vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Hersenstichting, 2016). Dit komt overeen met de resultaten. Er wordt namelijk aangegeven dat er veel afstemming is met de ouders, dat de behandelplannen gezamenlijk worden opgesteld en dat er daarbij gekeken wordt naar de mogelijkheden van het gezinssysteem. Dit geeft een tegenstelling aan in de ervaring van de respondenten tegenover de constatering van de Werkgroep NAH+ (2021), namelijk dat ouders zich niet gehoord of serieus genomen voelen.

Een ander punt wat opvalt in de resultaten is dat een grote meerderheid van de respondenten aangegeven heeft geen informatie te missen bij het opstellen en uitvoeren van een behandeling. Dit is in tegenstelling tot wat meerdere bronnen en de werkgroep NAH+ (2021) concluderen, namelijk dat er handelingsverlegenheid is bij betrokken zorgprofessionals en dat ouders het gevoel hebben dat er kennis en expertise mist over instrumenten om NAH+ vast te stellen. Hierdoor hebben zij het gevoel dat hun kinderen nergens terecht kunnen voor therapie (Gijzen et al., 2014; Hendriks et al., 2018; Werkgroep NAH+, 2021). Slechts twee respondenten hebben aangegeven ervaring en kennis over een bepaald onderwerp te missen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de andere respondenten uitgaan van de symptomen die het kind met NAH+ laat zien en dat zij gericht op zoek gaan naar richtlijnen die hierop aansluiten. Echter is deze informatie niet gebundeld en niet specifiek gericht op de behandeling van NAH+, waardoor het voor de buitenwereld onbekend is hoe een behandeling eruitziet. Dit zou er tevens voor kunnen zorgen dat de (revalidatie)artsen niet op de hoogte zijn van hetgeen wat beschikbaar is qua behandeling en hierdoor de ouders niet kunnen voorzien van passende informatie. Dit kan verklaren waarom ouders het gevoel hebben dat er kennis en expertise mist rondom de behandeling. Mogelijk wordt dit ook veroorzaakt doordat cliënten steeds kritischer worden. Wortel (2019, p. 2.) schrijft hierover: “De overheid heeft Nederlanders de afgelopen jaren aangemoedigd om meer regie te nemen over hun gezondheid. We moeten actief op zoek naar informatie over onze unieke situatie en ons kritisch opstellen”. Echter is er op het internet weinig informatie te vinden over de behandeling van NAH+, waardoor de arts of zorgprofessional zelf alle informatie moet verschaffen. Daarnaast zijn er steeds hogere verwachtingen van de gezondheidszorg. Hierdoor is het lastig om te accepteren dat sommige dingen niet genezen of opgelost kunnen worden (RIVM, 2018).

Verder hadden de junior-onderzoekers voorafgaand aan het onderzoek de verwachting dat de gevonden richtlijnen en de bijbehorende methodieken niet aan zouden sluiten op de hulpvraag en symptomen van kinderen met NAH+ wegens de complexiteit van het ziektebeeld. Wat in de resultaten opvallend is, is dat alle respondenten aangeven meerdere methodieken te combineren om ervoor te zorgen dat de behandeling aansluit op de hulpvraag en de behoefte van het kind en zijn systeem. Dit kan verklaren waarom de bestaande methodieken wel ingezet kunnen worden in de behandeling van kinderen met NAH+. Het volledig aansluiten bij de hulpvraag en de behoefte van het kind en zijn systeem is ook nodig in het licht van de maatschappelijke ontwikkelingen. Het gaat in de zorg niet meer om gemiddelde kwaliteit en tevredenheid, maar de behoefte van de cliënt moet centraal staan (Wortell, 2019).

Het laatste opvallende resultaat gaat over de hulpvragen. In verschillende bronnen worden meerdere veelvoorkomende hulpvragen beschreven. Zo zouden vermoeidheid, dagindeling, schoolgang, prikkelverwerking, fijne motoriek, verkeersveiligheid, planmatig handelen en aankleden veel voorkomende hulpvragen van kinderen met NAH+ zijn (Goudawijzer, z.d.; Hermans, 2014; Hersenstichting, 2016; Lohuis, z.d.; Roessingh, z.d.). De gegeven antwoorden van de respondenten komen grotendeels overeen met de informatie uit de literatuur. Echter benoemen de respondenten geen vragen omtrent verkeersveiligheid. Daarnaast benoemen de respondenten, in aanvulling op de literatuur, de motorische hulpvragen in zijn algemeenheid. Ook benoemen zij huisaanpassingen, hulpmiddelen, belasting/belastbaarheid en concentratie als hulpvragen. Dit betekent dat er naast de hulpvragen uit de literatuur, in de praktijk ook nog andere hulpvragen naar voren komen.

Maatschappelijke relevantie

Na dit onderzoek sluiten de junior-onderzoekers zich aan bij de mening van het ministerie van VWS, namelijk dat er een kennisplatform ontwikkeld moet worden. Op dit kennisplatform moeten kinderen en het cliëntsysteem alle relevante informatie over NAH+ kunnen vinden en hun vragen kunnen stellen. Ook moet hier alle informatie over behandelingen en efficiënte methodieken gebundeld worden, waarvoor dit onderzoek als eerste stap gebruikt kan worden. Dit helpt zorgprofessionals, waaronder ergotherapeuten, om elk kind met NAH+ de juiste behandeling te bieden of door te verwijzen. Hierdoor kunnen kinderen met complexe problematieken straks op meerdere plekken, verspreid over Nederland, terecht.

Als laatste heeft dit onderzoek geholpen om de doelgroep NAH+ meer naamsbekendheid te geven onder ergotherapeuten in Nederland. Met het werven van de respondenten hebben de junior-onderzoekers een groot aantal ergotherapeuten uit Nederland benaderd die mogelijk te maken hebben met kinderen en/of niet-aangeboren hersenletsel. Door de informatiebrief over deze doelgroep te verspreiden is de doelgroep NAH+ bij deze ergotherapeuten uitgelegd. Ergotherapeuten die een kind met NAH+ in behandeling krijgen, kunnen zich dit onderzoek herinneren en gericht op zoek gaan naar informatie. Vervolgens kunnen zij vanaf 2023 terecht op het landelijke kennisplatform, om deze kinderen beter te kunnen behandelen en/of doorverwijzen. Hopelijk draagt deze landelijk verspreide kennis eraan bij dat ouders zich beter gehoord en begrepen voelen.

Conclusie

Het antwoord op de onderzoeksvraag *“Waarop baseren ergotherapeuten uit het werkveld in Nederland hun keuze voor het gebruik van bepaalde behandelmethodieken in de behandeling van kinderen met NAH+ in de participatiefase?”* luidt:

De ergotherapeuten uit dit onderzoek combineren een aantal methodieken. Veel gebruikte methodieken zijn doelgerichte training, strategietraining, familiebegeleiding, veranderen van de fysieke omgeving en taakgeoriënteerde training, zoals ook te zien is in figuur 5 in het resultatenhoofdstuk. De meeste respondenten nemen de verschillende factoren van evidence-based practice mee tijdens het maken van hun keuze. De invulling van deze factoren verschilt per ergotherapeut. Zo wordt vanuit het ergotherapeutisch perspectief de eigen ervaring, eigen observatie, kennis van collega's (van andere disciplines), expertisegroepen, regionale overleggen en de informatie uit de verwijzing meegenomen. Vanuit het cliëntperspectief wordt de wens, de hulpvraag, het niveau van het kind en de belastbaarheid van het kind en systeem meegenomen. Vanuit wetenschappelijk perspectief worden verschillende bronnen geraadpleegd, namelijk; cursussen, richtlijnen, kennisplatformen en vaktijdschriften. Al deze factoren worden meegenomen om een combinatie van behandelmethodieken te kiezen in de behandeling van kinderen met NAH+ in de participatiefase.

Doordat de respondenten geen representatieve steekproef vormen, zijn de conclusies uit dit onderzoek niet te generaliseren naar alle ergotherapeuten uit Nederland die kinderen met NAH+ in de participatiefase behandelen.

Aanbevelingen

Aanbeveling aan de opdrachtgever

Vanuit het onderzoek is gebleken dat er vanuit de literatuur geen specifieke richtlijnen of methodieken zijn voor de ergotherapeutische behandeling van kinderen met NAH+. Dankzij dit onderzoek is er een overzicht van methodieken die ingezet worden bij de verschillende problematieken en/of hulpvragen en in verschillende settings.

Het lectoraat neurorevalidatie van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen wordt aanbevolen om dit artikel terug te koppelen aan de werkgroep NAH+. Het artikel kan vervolgens op het kennisplatform gedeeld worden, zodat het ergotherapeuten nieuwe input kan geven voor hun behandeltrajecten én het geeft artsen/ouders/andere betrokkenen een beeld hoe een ergotherapeutisch behandeltraject kan helpen om de kwaliteit van leven voor het kind en het gezin te verbeteren tijdens de participatiefase. Om daadwerkelijk alle ergotherapeuten in het werkveld te bereiken, wordt aanbevolen om webinars te organiseren om nieuwe relevante kennis te delen. Op deze manier wordt kennisdeling via het kennisplatform gefaciliteerd en wordt er gewerkt aan een open communicatieklimaat (Van Heun, 2016; Wang & Hsu, 2008).

De webinars kunnen door de uitvoerende onderzoekers gegeven worden als er nieuwe relevante kennis is opgedaan.

Ook wordt aanbevolen om dit onderzoek te gebruiken om subsidie aan te vragen voor vervolgonderzoeken. Ten eerste kan er vervolgonderzoek gedaan worden naar de ervaringen van ergotherapeuten bij het inzetten van methodieken en naar de effectiviteit van (gecombineerde) methodieken. Hierbij kan aandacht besteed worden aan succesfactoren, mogelijke valkuilen en aandachtspunten bij het (gecombineerd) inzetten van deze methodieken tijdens de behandeling van kinderen met NAH+ in de participatiefase. Ergotherapeuten uit het werkveld kunnen vervolgens de uitkomsten van dit onderzoek toepassen om de behandeling vorm te geven en de effectiviteit van de ergotherapeutische dienstverlening te verbeteren.

Ten tweede kan er vervolgonderzoek gedaan worden naar de betrokkenheid van ouders, vanuit het ouderperspectief. Onderzoek is nodig, omdat de Hersenstichting (2016), Stokman et al. (2011) en de Werkgroep NAH+ (2021) concluderen dat de ouders zich niet gehoord voelen en niet altijd goed betrokken worden, terwijl de respondenten in dit onderzoek het idee hebben dat zij de ouders en andere betrokkenen wel goed betrekken. Dit vervolgonderzoek kan zich naast ergotherapeuten ook richten op de afstemming door alle betrokken zorgprofessionals met ouders om zo een beter beeld te schetsen van de huidige situatie. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden om zorgprofessionals te adviseren hoe zij ouders op de gewenste manier kunnen betrekken, zodat zij zich gehoord en begrepen voelen.

Aanbeveling aan ergotherapeuten

Uit dit onderzoek is geconcludeerd dat een samenwerking met andere zorgprofessionals een grote meerwaarde heeft voor het opstellen en uitvoeren van een behandelplan. Multidisciplinaire samenwerking biedt kans op kwalitatief betere zorg voor de behandeling van de cliënt, door kennis en expertise te bundelen (Funcke et al., 2007). Daarom bevelen de junior-onderzoekers de behandelende ergotherapeuten aan om nauw samen te werken met andere zorgprofessionals en in samenspraak de behandeling op te stellen. Ook biedt dit de mogelijkheid om vanuit verschillende perspectieven de hulpvraag inzichtelijk te maken, waarbij ieder specialisme een eigen denkwijze en vakgebied heeft (Nyenrode, 2017).

Daarnaast is het van groot belang dat het cliëntsysteem wordt meegenomen in de behandeling. Door het cliëntsysteem (ouders en docenten) educatie te bieden over NAH+ en het behandeltraject, weten zij wat hen te wachten staat, kunnen zij beter inspelen op het kind en kunnen zij makkelijker wennen

aan het veranderde handelen. Daarnaast bevelen de junior-onderzoekers de behandelend ergotherapeuten aan om gebruik te maken van de kennis van cliëntsysteem. Zij kennen het kind het beste en zien het kind dagelijks in de vertrouwde omgeving, waardoor zij daadwerkelijk de verandering in het dagelijks handelen ervaren. Hierdoor worden ouders beter betrokken en hebben zij inspraak in de behandeling.

Als laatste kan dit artikel fungeren als handreiking voor ergotherapeuten die weinig tot geen ervaring hebben met de doelgroep. Ook kan dit artikel de ergotherapeuten, die al langer ervaring hebben met de doelgroep, nieuwe kennis geven over de beschikbare behandelmethodieken en het behandeltraject.

Het eindproduct van dit onderzoek is een schematische weergave (zie bijlage D) van alle methodieken die de respondenten inzetten in hun behandeling. Dit schema kan door ergotherapeuten geraadpleegd worden om ideeën op te doen. Deze methodieken kunnen ingezet worden op basis van de hulpvraag en de ervaren problemen van de cliënt. Daarbij is het een optie om verschillende methodieken met elkaar te combineren om de behandeling af te stemmen op de cliënt en zijn/haar omgeving.

Bibliografie

- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H. & Peij, S. (2010, augustus 30). *Verantwoording commissie gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het HBO*. Geraadpleegd op 1 oktober 2021, van https://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/217/original/Verantwoording_commissie_gedragscode_praktijkgericht_onderzoek_voor_het_hbo.pdf?1439886258
- Baarda, B. (2015). *Basisboek enquêteren*. Geraadpleegd op 12 november, van <https://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzEyMjg0NjZfX0FO0?sid=1b511a2f-8e2d-4280-8697-faafc4256c6f@pdc-v-sessmgr02&vid=0&format=EB&rid=1>
- Baarda, B. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek: Vol. Vierde druk*. Noordhoff Uitgevers BV.
- Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!: handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek: Derde druk*. Noordhoff Uitgevers BV.
- Benders, L. (2020, 18 augustus). *Validiteit en betrouwbaarheid vaststellen in je scriptie*. Scribbr. Geraadpleegd op 12 november 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/validiteit-en-betrouwbaarheid-vaststellen-scriptie/#cheatsheet>
- Boelen, D., Brouwer, W., Dijkstra, B., Eilander, H., Fasotti, L., Geurts, S., Geurtsen, G., Geusgens, C., Van Heugten, C., Kamsma, Y., Van Kessel, M., Van Nes, I., Rasquin, S., Spikman, J., Vink, M., Winkens, I. (2007). *Richtlijn Cognitieve revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel*. Consortium Cognitieve Revalidatie. Geraadpleegd op 26 september 2021, van <https://www.vilans.nl/docs/producten/richtlijnen/cognitieverevaluatie.pdf>
- Boyd, R. (2019). *Mitii ABI: 'Move it to improve it': A randomised trial of novel web-based intervention for children with acquired brain injury* | Cochrane Library. Geraadpleegd op 23 september 2021, van <https://www-1cochranelibrary-1com-1mlgp9xeq0daa.stcproxy.han.nl/central/doi/10.1002/central/CN-01871412/full>
- Boyd, R., Piovesana, A., Ross, L., Ziviani, J., Sakzewski, L., Barber, L., Lloyd, O., McKinlay, L., Whittingham, K., Smith, A. C., Rose, S., Fiori, S., Cunningham, R., Ware, R., Lewis, M., & Comans, T. A. (2016). Mitii ABI: Study protocol of a randomised controlled trial of a web based multi-modal training program for children and adolescents with an Acquired Brain Injury (ABI) | Cochrane Library. *BMC Neurology*, 15(9). Geraadpleegd op 18 december 2021, van <https://doi.org/10.1002/central/CN-01170252>
- Commissie expertisecentra langdurige zorg, (2020) *Adviesrapport Commissie expertisecentra langdurige zorg*. Geraadpleegd op 13 september 2021, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/03/31/adviesrapport-commissie-expertisecentra-langdurige-zorg>

- Cup, E., Hartingsveldt, M., de Vries-Uiterweerd, A., & Saenger, S. (2017). Ergotherapeut. In Le Granse, M., Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A, *Grondslagen van de ergotherapie* (5 ed., pp. 165-184). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Daniëls, R., & Verhoef, J. (2017). Professioneel Redeneren. In Le Granse, M., Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A, *Grondslagen van de ergotherapie* (5 ed., pp. 465-479). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- De Lange, M., (2019, 14 maart). *Cognitief-gedragstherapeutische technieken*. Geraadpleegd op 26 september, van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/ernstige-gedragsproblemen/therapeutische-principes/cognitief-gedragstherapeutische-technieken/>
- De Trampoline (2018, 11 oktober). *Competentie Gericht Werken*, geraadpleegd op 29 september 2021, van <https://orthopedagogischcentrum-detrapoline.nl/2018/10/11/competentie-gericht-werken/>
- Ethische commissie onderzoek HAN. Ethische commissie onderzoek. Geraadpleegd op 1 oktober 2021, van <https://www1.han.nl/insite/medewerkers/panelnav.xml/onderzoek/ethische-commissie-onderzoek/>
- Funcke, I., J. Jansen, C. Dusseldorp, C.P. van Wilgen (2007). *Knelpunten van multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg; een kwalitatieve inventarisatie*. Groningen: Onderzoeksverslag Lectoraat Transparante Zorg - verlening Hanzehogeschool.
- Gijzen, R., Hermans, E., & Hurkmans, M. (2014). Kinderen en jongeren met niet-aangeboren hersenletsel. Een dubbele uitdaging voor de jeugdgezondheidszorg. *JA!* p.30-34. Geraadpleegd op 19 november 2021, van <https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/kinderen-met-niet-aangeboren-hersenletsel.pdf>
- Goudawijzer (z.d.) *Ergotherapie voor kinderen*. Geraadpleegd op 30 november 2021, van <https://www.goudawijzer.nl/is/product/116768/170507/invis2/ergotherapie-voor-kinderen>
- Hadders-Algra, M., Pangalila, R.F., Becher, J.G., van der Burg, J., Hielkema, T., de Moor, J. (2021) *Kinderrevalidatie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV
- Hansen, J., van Greuningen, M., Batenburg, R.S. (2009). *Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn*. Geraadpleegd op 8 december 2021, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Monitor-multidisciplinaire-samenwerking-eerste-lijn.pdf>
- Hendriks, C., Kaptein, M., Steinmann, R., (2018). *Het NAH boekje voor onderwijs*. Geraadpleegd op 22 november 2021, van <https://www.heliomare.nl/media/2175/het-nah-boekje-voor-onderwijs-webversie-aangepast.pdf>
- Hersenstichting. (2016). *Zorgstandaard traumatisch hersenletsel kinderen en jongeren*. Geraadpleegd op 24 augustus 2021, van <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/zorgstandaard-traumatisch-hersenletsel-kinderen-jongeren.pdf>

- Hersenstichting (z.d.) *Niet aangeboren hersenletsel (NAH)*. Geraadpleegd op 13 september 2021, van <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/niet-aangeboren-hersenletsel/>
- Hermans, E. (2014) *Kinderen en jongeren met niet-aangeboren-hersenletsel (NAH) op school. Een dubbele uitdaging*. Geraadpleegd op 11 november 2021, van https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/NAH/Vilans_NAH_op_school_brochure.pdf
- Hermans, E., Zadoks, J. & Gijzen, R (2012). *Richtlijn voor organisaties en professionals die betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van gezinnen met een kind met NAH*. Geraadpleegd op 13 september 2021, van https://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/richtlijn_gezinsondersteuning_nah_2012.pdf
- Hogeschool Arnhem en Nijmegen (z.d.). *Neurorevalidatie*. Geraadpleegd op 24 september 2021, van <https://www.han.nl/onderzoek/lectoraten/lectorat-neurorevalidatie/>
- Hooi op je vork (2021). *Tools*. Geraadpleegd op 26 september, van <https://hooiopjevork.nl/home/watishooi>
- Kinébanian, A., & Logister-Proost, I. (2017) Begrippen begrijpen: de onderbouwing van ergotherapiemodellen. In Le Granse, M., Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A, *Grondslagen van de ergotherapie* (5 ed., pp, 313 – 338). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- KPMG. (2019, mei 21). *Expertisecentra langdurige zorg (Wlz)*. Geraadpleegd op 23 november, van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/05/21/expertisecentra-langdurige-zorg-wlz/expertisecentra-langdurige-zorg-wlz.pdf>
- Lohuis, S. z.d. *Ergotherapie bij NAH*. Geraadpleegd op 30 november 2021, van <https://www.krachtergotherapie.nl/ergotherapie-bij-nah/>
- Mackay, M., Knight, S., Scheinberg, A., Anderson, P.V., Fahey, M., Rodda, J., Greenham, M., ... Winkler, R. (2019). *Subacute rehabilitation of childhood stroke—Clinical Guideline 2019*. Murdoch Children's Research Institute.
- Meihuizen – de Regt, M.J., de Moor, J.M.H., Mulders, A.H.M. (2009). *Kinderrevalidatie*. Assen: Koninklijke van Gorcum
- Ministerie van VWS. (2019). *Kamerbrief Beter weten: versterken professioneel handelen In de langdurige zorg*. Geraadpleegd op 23 november 2021, van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2019/02/04/kamerbrief-beter-weten-versterken-professioneel-handelen-in-de-langdurigezorg/kamerbrief-beter-weten-versterken-professioneel-handelen-in-de-langdurigezorg.pdf>
- Nyenrode Business University (2017, 14 juni). *De kracht van multidisciplinaire teams*. Geraadpleegd op 17 december 2021, van <https://www.nyenrode.nl/nieuws/n/de-kracht-van-multidisciplinaire-teams>

- PERRIN (2004). *CP: Hoe leef je er mee? Van baby tot volwassene*. Geraadpleegd op 8 december 2021 van, http://perrin.nl/pdf/symposium_reader191104.pdf#page=38
- Pixabay (z.d.). Geraadpleegd op 11 januari 2022, van <https://pixabay.com/vectors/brain-cranium-head-psychology-2750453/>
- Programmaperspectief (z.d.). *De training*. Geraadpleegd op 26 september 2021, van <https://www.programmaperspectief.nl/training/>
- PsyQ (2020). *Somatiek & psyche*. Geraadpleegd op 11 november 2021, van <https://www.psyq.nl/somatiek-psyche>
- Resch, C., Rosema, S., Hurks, P., de Kloet, A., & van Heugten, C. (2018). Searching for effective components of cognitive rehabilitation for children and adolescents with acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury*, 32(6), 679–692. Geraadpleegd op 15 december 2021, van <https://doi.org/10.1080/02699052.2018.1458335>
- Regelhulp (z.d.). *Wlz-zorg voor jeugd*. Geraadpleegd op 27 september 2021, van <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/w/wlz>
- RIVM (2018). *Belangrijkste ontwikkelingen*. Geraadpleegd op 17 december 2021, van <https://www.vtv2018.nl/belangrijkste-ontwikkelingen>
- Roessingh (z.d.) *Niet aangeboren hersenletsel (NAH)*. Geraadpleegd op 2021, van <https://www.roessingh.nl/uw-diagnose/kinderen-niet-aangeboren-hersenletsel>
- Secretariaat Eerstelijns (2018). *Een nieuwe vorm van zorg*. Geraadpleegd op 8 december 2021, van <https://www.de-eerstelijns.nl/2018/12/nieuwe-vorm-van-zorg/>
- SKJ (2021). *Video-interactiebegeleiding*. Geraadpleegd op 26 september 2021, van <https://skjeugd.nl/scholing/opleidingen/video-interactiebegeleiding-2/>
- Steultjens, E.M.J., Cup, E.H.C., Zajec, J., Van Hees, S., (2013) *Ergotherapie richtlijn CVA*. Nijmegen/Utrecht. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/Ergotherapie Nederland
- Stokman, M., Verhoeff., H., & Heneike, D., (2011, maart). *Navigeren naar herstel*. Geraadpleegd op 22 november 2021, van <https://www.consultancy.nl/media/Conclusion%20-%20Navigeren%20naar%20Herstel-1935.pdf>
- Smaling, A. (2013). Complexiteitsdenken en kwalitatief onderzoek. *KWALON*, 18(2). Geraadpleegd op 17 december 2021, van <https://www.auponline.com/content/journals/10.5117/2013.018.002.089>
- Swaab, H, Bouma, A, Hendriksen, J & Köning, C. (2016) *Klinisch kinderneuropsychologie*. Amsterdam: Boom uitgeverij.
- Triple-C werkplaats (z.d.). *Wat is Triple-C*. Geraadpleegd op 29 september 2021, van <https://www.triplecwerkplaats.nl/>
- Van Cranenburgh, B. (2019). *Neurorevalidatie, uitgangspunten voor therapie en training na Hersenbeschadiging*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

- Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2017). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (2e, herziene druk). Bussem: Coutinho
- Van der Veen, L., & Westhuis, A. (2014, 27 juni). *Over leven met NAH. Onderzoek naar de zorgvraag van kinderen met Niet Aangeboren Hersenletsel*. Geraadpleegd op 29 september, van https://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_che:oai:surfsharekit.nl:04b9ac1b-72d9-4a2e-9dd5-7860a257f9ce
- Van Hartingsveldt, M. (2016). *Gewoon DOEN*. Geraadpleegd op 19 november 2021, van <https://www.hva.nl/binaries/content/assets/hva/lectoraleredes/boekjes/lectorale-rede-gewoon-doen---dr.-m.-van-hartingsveldt.pdf>
- Van Heun, V. (2016, 29 januari). *Kennisdeling en Virtual Communities of Practice*. Radboud Universiteit Nijmegen. Geraadpleegd op 10 januari 2022, van https://theses.ubn.ru.nl/bitstream/handle/123456789/4787/Heun%2c_V._van_1.pdf?sequence=1
- Van Huisseling, A., Wibaut, A., & Wieringa, E., (2004). *Het is mijn leven. Een werkboek dat helpt bij beslissingen*. Geraadpleegd op 26 september, van [beslissingen-beperking-werkboek-hetismijnleven.pdf](#) (kennispleingehandicaptensector.nl)
- Vegro Expertisecentrum (z.d.). *Zorgprofessionals inzetten*. Geraadpleegd op 24 september 2021, van <https://www.vegro.nl/advies/zorgprofessionals-inzetten#gref>
- Verhoef, J., Kuiper, C., Nijenhuis, K., Dekker-Van Doorn, C., Rosendaal, H., (2019). *Zorgbasics Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom.
- Vilans (2012, september). *Handleiding BrainSTARS, toepassing in gezinnen met een kind met niet aangeboren hersenletsel (NAH)*. Geraadpleegd op 29 september, van <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/handleiding-brainstars-Toepassing-in-gezinnen-met-een-kind-met-nah.pdf>
- Wang, S. K., & Hsu, H. Y. (2008). Use of the webinar tool (Elluminate) to support training: The effects of webinar-learning implementation from student-trainers' perspective. *Journal of interactive online learning*, 7(3), 175-194.
- Werkgroep NAH+. (2021). *Advies Expertise Centra WLZ. Doelgroep: Kinderen met Niet Aangeboren Hersenletsel+ [Adviesrapport]*. Stuurgroep Hersenletsel en Jeugd.
- Wortell (2019). 7 trends die de zorg in 2020 ingrijpend veranderen. Geraadpleegd op 17 december 2021, van <https://www.intohealthcare.nl/zc/wortell/Wortell-7-trends-die-de-zorg-in-2020-ingrijpend-veranderen.pdf>
- Yulius (2021). *Neurocognitieve stoornis*. Geraadpleegd op 11 november 2021, van <https://www.yulius.nl/aandoening/neurocognitieve-stoornissen/>

ZonMw (2021). *Projectideeën – Onderbouwen en verbeteren multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verpleegkundigen en paramedici*. Geraadpleegd op 8 december 2021, van https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Corporate/Subsidies/PDF_s/_Oproep_onderbouwen_en_verbeteren_van_samenwerking_in_de_eerstelijns_Def.pdf

Zoon, M., (2015 december), *Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking?* Geraadpleegd op 6 oktober 2021, van <https://faj.cw/files/2017/08/2012-Wat-werkt-bij-jeugdigen-met-een-LVB.pdf>

Zorgpromotor (2021, 27 maart). *De vijf belangrijkste zorgontwikkelingen voor zorgorganisaties in 2021*. Geraadpleegd op 17 december 2021, van <https://www.zorgpromotor.nl/de-vijf-belangrijkste-zorgontwikkelingen-voor-zorgorganisaties-in-2021/>

Bijlagen

Bijlage A

Richtlijnen

Wereldwijde richtlijnen

Er is in Australië een richtlijn voor niet-acute revalidatie van een CVA bij kinderen. Hierin worden aanbevelingen zowel gericht op het verbeteren van lichaamsfuncties als op het verbeteren van dagelijkse activiteiten, participatie, onderwijs en familie-functioneren. Methodieken die hierin naar voren komen zijn: Goal-directed therapy including task-specific, repetitive and intensive practice, bimanuele therapie, graded sensory exposure, environmental modifications, strategy training interventions, compensation techniques and family counseling (Mackay et al., 2019).

In Canada wordt momenteel onderzoek gedaan naar Mitii ABI, een online multidisciplinair trainingsprogramma om de functie van de bovenste ledematen en de cognitie te verbeteren (Boyd et al., 2016; Boyd, R., 2019).

Resch et al. (2018) concluderen dat het psychosociaal functioneren van zowel kinderen en adolescenten met NAH verbetert door gebruik te maken van metacognitieve therapie en strategietraining. Bij metacognitieve therapie worden cliënten gevraagd om kritisch te kijken naar hun eigen gedachten en zich open te stellen voor andere gedachten. Strategietraining gaat over het leren omgaan met cognitieve beperkingen. Door dit te combineren met op de oefening gebaseerd interventies verbetert zowel het psychosociaal functioneren als de cognitie. Een voorbeeld om het dagelijks geheugen te trainen is de Cogmed. De Cogmed Werkgeheugen Training is een wetenschappelijk bewezen methode voor het verbeteren van het werkgeheugen en de concentratie (Van Muilekom et al., 2019).

Zoon (2015) beschrijft dat De Eigen Kracht Conferentie naast psycho-educatie een goede manier is om het sociale netwerk van jeugdige met een licht verstandelijke beperking te betrekken. Met deze conferentie gaat het gezin en andere belangrijke uit het sociale netwerk gezamenlijk om tafel zitten om tot een behandelingsplan te komen.

'S Heeren Loo

In 's Heeren Loo worden onderstaande methodieken toegepast door zorgprofessionals. Het is op dit moment niet bekend welke hiervan door ergotherapeuten ingezet worden (Van Der Veen & Westhuis, 2014).

Triple C: Cliënt, Coach en Competentie. Voor mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Door als cliënt en coach samen te werken aan dagelijkse taken verbeteren vertrouwensrelaties en competenties. Het doel is dat ook deze mensen het gewone leven ervaren (Triple-C werkplaats, z.d.).

Competentiegericht werken: Dromen en doelen van het kind zijn het uitgangspunt, er is aandacht voor de manier waarop de professional zo dicht mogelijk bij de hulpvraag, wensen, krachten en mogelijkheden van het kind aansluit. Interventies zijn gericht op het versterken van nieuw en adequaat gedrag en remmen het inadequate gedrag. Functioneren in het dagelijks leven heeft prioriteit (De Trampoline, 2018).

Methode Vlaskamp heet nu Methode perspectief: een opvoedings-/ondersteuningsprogramma voor mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. Het gaat erom dat de ondersteuning aansluit bij de vraag, wensen en behoeften van de persoon, waardoor deze zich maximaal kan ontplooiën. Er wordt methodisch aan multidisciplinaire lange termijn doelen en

monodisciplinaire korte termijn doelen gewerkt (Programmaperspectief, z.d.).

BrainSTARS is een educatieve methodiek voor kind, gezin, opvoeders en leerkrachten die zowel educatie geeft, zorgt voor afstemming tussen betrokkenen in en buiten het gezin en handvatten geeft voor het begrijpen en beïnvloeden van gedrag (Vilans, 2012).

Hooi op je vork: een methode voor mensen met NAH, waarin de behoeften en wensen van mensen met NAH centraal staan, maar ook de inbreng van naasten en professionals wordt meegenomen. Deze methode bestrijkt eigenlijk qua breedte het hele leven. Voor diepgang op bepaalde onderdelen kan **de voorbijganger** ingezet worden. Bij Hooi op je vork hoort ook **Eigen weg**. Dit is een ondersteuningsroute voor kinderen en jongeren met NAH en ondersteunt gezinnen bij de opvoeding van een kind met NAH (Hooi op je vork, 2021).

Het is mijn leven: Een werkboek waarin iemand met een beperking stap voor stap wordt begeleid in het maken van keuzes, zowel grote als kleine. Dit vult diegene samen met vertrouwenspersonen uit zijn sociale netwerk in. Hierdoor kunnen mensen richting geven aan hun eigen leven (Van Huisseling, Wibaut & Wieringa, 2004).

Woedethermometer: er wordt door kind en begeleider ingevuld hoe boos het kind is op een schaal van 0-100, welke tussenstappen er zijn en op welke manieren het kind in bepaalde boosheid weer rustig kan worden (De Lange, 2019).

Video Interactie begeleiding: het filmen van situaties en hiervan leren door het terug te kijken (SKJ, 2021).

Richtlijn cognitieve revalidatie

In de richtlijn cognitieve revalidatie worden aanbevelingen gedaan gericht op specifieke problemen. Bij cliënten met vermoeidheidsklachten wordt aanbevolen om **cognitieve strategietraining** en **fysieke conditieopbouw** aan te bieden. Binnen de cognitieve strategietraining kan **cognitieve gedragstherapie** geïntegreerd worden.

Bij cliënten met problemen op het gebied van aandacht wordt aanbevolen om **aandachtstraining (strategietraining)** toe te passen, waarin leerstrategieën aangereikt worden. Aandachtstrainingen gericht op complexe en functionele taken zijn het meest effectief (Boelen et al., 2007).

Bij cliënten met geheugenstoornissen dient met specifieke vaardigheden, gericht op functionele situaties aan te leren.

Bij cliënten kan het ziekte-inzicht verbeterd worden door **Psycho-educatie, confrontatie, zelfbeoordeling en feedback**.

Bij cliënten met problemen in de executieve functies kan gebruik gemaakt worden van **strategieën voor planning, uitvoering en regulatie van doelgericht gedrag** (Boelen et al., 2007).

Bij cliënten met visuele beperkingen (m.n. hemi- en quadrantanopsie) kan **visuele scanningstraining** toegepast worden. Bij neglect leidt videofeedback tot verbetering van de geoefende taken.

Bij cliënten met problemen op het gebied van psychosociaal welbevinden en sociale participatie kan gebruik gemaakt worden van een **holistische neuropsychologische behandeling**.

Bij cliënten met apraxie dienen er strategieën aangeboden te worden gericht op het leren omgaan met de gevolgen van de apraxie (Boelen et al., 2007). In de richtlijn Apraxie wordt **strategietraining** als enige methodiek gebruikt en worden verder aanbevelingen gedaan over de interventies en aandachtspunten (Stehmann-Saris, 2003)

Monodisciplinaire ergotherapierichtlijn Cerebro Vasculair Accident (CVA)

In de monodisciplinaire ergotherapierichtlijn Cerebro Vasculair Accident (CVA) worden met name aanbevelingen gedaan over de gebieden waarop ergotherapeutische behandeling effectief is, zoals mobiliteit en zelfzorg en wordt het gebruik van betekenisvolle activiteiten in een betekenisvolle omgeving aangeraden. Er worden slechts een aantal concrete aanbevelingen gedaan op verschillende gebieden, zoals het gebruik van **niet rennen maar plannen** of de **activiteitenweger** voor behandeling van vermoeidheid, **Client Centred Self Care Intervention (CCSCI)** voor het vergroten van de zelfstandigheid op het gebied van zelfzorgactiviteit en het gebruik van **taakgeoriënteerde training** binnen betekenisvolle activiteiten om motorische revalidatie vorm te geven, eventueel kan de **Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)** hierbij ingezet worden. Ook worden de **energy conservation course**, **vermoeidheidsmanagement**, **cognitieve therapie** gecombineerd met **graded activity** aangeraden op het gebied van arbeidsparticipatie. Voor cliënten met een visuele beperking wordt gebruik gemaakt van drie verschillende methodieken, namelijk: 1. **Visuele restoratieve therapie**; een techniek waarbij langdurig en herhaald de cellen in het beschadigde gebied gestimuleerd worden door visuele prikkels op een beeldscherm, met als doel het vergroten van het gezichtsveld, 2. **Scanning compensatie therapie**; Het aanleren van scantechnieken waardoor het overgebleven gezichtsveld effectiever in te zetten en 3. **substitutie therapie**; Het gebruik van prisma's om het blinde veld binnen het intacte gezichtsveld te plaatsen (Steultjens et al., 2013).

[Terug naar tekst](#)

Bijlage B

Vragenlijst definitief

Thema	
Filtervragen	In welke provincie bent u werkzaam als ergotherapeut?
	In welke setting heeft u kinderen met NAH+ behandeld?
	Hoeveel jaar ervaring heeft u in het behandelen van kinderen met NAH+?
	In welke fase van revalidatie bent u betrokken (geweest)?
Doelgroep en behandeltraject	Met welke vragen komen cliënten bij u terecht?
	Hoe komen cliënten bij u terecht?
	Indien de cliënt bij u terecht komt door een verwijzing vanuit een voorgaande behandelaar, welke informatie en handvatten worden dan meegegeven in de overdracht?
	In hoeverre wordt de behandeling afgestemd op de informatie vanuit de overdracht?
	Welke beroepscompetenties zet u in?
	Kunt een globaal beeld schetsen van de stappen die u doorloopt tijdens een behandeltraject?
Opstellen van het plan van aanpak	Waar haalt u de input vandaan tijdens het opstellen van een plan van aanpak?
	Welke factoren zijn van invloed op de keuze voor de wijze van behandelen?
	Hebt u het idee dat u input mist in het opstellen van een plan van aanpak? Zo ja, wat?
Methodiek	Vink aan welke van onderstaande methodes u inzet tijdens de behandeling
	Combineert u verschillende methodieken binnen één behandeling? Zo ja, welke en waarom?
	Bij welke problematiek(en) maakt u gebruik van methode X?
Samenwerking	Hoe beïnvloedt de directe omgeving van de cliënt de keuze voor de wijze van behandelen?
	Wie zijn er in uw setting betrokken bij de behandeling van kinderen met NAH+?
	Hoe beïnvloedt de samenwerking met andere disciplines de keuze voor de wijze van behandelen?
	Hoe draagt de samenwerking met andere disciplines bij aan de kwaliteit van de ergotherapeutische behandeling.

[Terug naar tekst](#)

Bijlage C

Transcripten

Vraag 1: In welke provincie bent u werkzaam als ergotherapeut?

Respondent	Antwoord
5	Gelderland
7	Overijssel
9	Utrecht
11	Zuid-Holland
12	Zuid-Holland
14	Noord-Holland
17	Noord-Holland
20	Gelderland
24	Zuid-Holland
28	Zuid-Holland
29	Utrecht

Vraag 2: In welke setting heeft u kinderen met NAH+ behandeld?

Respondent	Antwoord
5	Revalidatie
7	Revalidatie
9	Revalidatie Speciaal onderwijs
11	Eerste lijn Gehandicaptenzorg Speciaal onderwijs
12	Revalidatie
14	Speciaal onderwijs
17	Revalidatie Eerste lijn Speciaal onderwijs
20	Revalidatie Speciaal onderwijs
24	Eerste lijn Gehandicapten zorg Speciaal onderwijs
28	Eerste lijn
29	Revalidatie Speciaal onderwijs

Vraag 3: Hoeveel jaar ervaring heeft in het behandelen van kinderen met NAH+?

Respondent	Antwoord
5	10+ jaar
7	5 tot 10 jaar
9	10+ jaar
11	10+ jaar
12	5 tot 10 jaar
14	10+ jaar
17	10+ jaar
20	10+ jaar

24	10+ jaar
28	10+ jaar
29	5 tot 10 jaar

Vraag 4: In elke fase van de revalidatie bent u betrokken (geweest)?

Respondent	Antwoord
5	Revalidatiefase Participatiefase
7	Revalidatiefase Participatiefase
9	Participatiefase
11	Participatiefase
12	Revalidatiefase Participatiefase
14	Participatiefase
17	Revalidatiefase Participatiefase
20	Revalidatiefase Participatiefase
24	Revalidatiefase Participatiefase
28	Revalidatiefase Participatiefase
29	Acute fase Revalidatiefase Participatiefase

Vraag 5: Met welke vragen komen cliënten bij u terecht?

Respondent	Code op inhoud	Antwoord	Interpretatie
5	Schoolgang Opbouwen Prikkelverwerking informatieverstrekking	Weer naar school gaan blijkt klachten op te leveren: Hoe kan dit opgebouwd worden? Overprikkeling bij overbelasting. Wat kan er wel/niet w.b. naar school gaan? Hulp bij uitleggen aan school wat er aan de hand is en wat er nodig is	Wat kan er wel en niet w.b. naar school gaan? = mogelijkheden en beperkingen bij het naar school gaan
7	Belasting / belastbaarheid Schoolgang Participatie Prikkelverwerking Fijne motoriek	Bij LTH NAH problemen bij dagindeling volhouden, belasting/belastbaarheid, school bij wonen, vooral participatie. Prikkelverwerkings problemen. Bij andere NAH kinderen ook functie training gericht op fijne motoriek	LTH NAH = licht traumatisch hersenletsel Bij wonen = naar school gaan
9	ADL Verplaatsen Rolstoelrijden Handfunctie Schoolse vaardigheden Voorzieningen	ADL-vragen, verplaats vragen (rolstoel rijden), adviseren betreft nodige voorzieningen, handfunctie, schoolse vaardigheden	

11	Zelfzorg Verzorging Hulpmiddelen Huisaanpassingen	Zelfzorg stimuleren en verzorgingsvragen (hulpmiddelen, huisaanpassingen)	
12	Belasting / belastbaarheid Opbouwen schoolgang	Vragen op het gebied van de belasting/belastbaarheid; hoofdpijn en vermoeidheidsklachten, opbouwen op school, meer balans over activiteiten die energie kosten en energie geven	Hoofdpijn en vermoeidheidsklac hten = gevolg van lage belastbaarheid Meer balans over activiteiten die energie kosten en energie geven = belasting en belastbaarheid
14	Schoolgang Fijne motoriek	Als ze vastlopen in het onderwijs, waarbij het fijn motorisch handelen een probleem is / wordt	Als ze vastlopen in het onderwijs = stagneren in onderwijs Een probleem is/wordt = preventie
17	Lichamelijke uitval Vermoeidheid Prikkelverwerking Belasting/belastbaar heid Concentratie problemen Cognitieve probelem en	Lichamelijke uitvalsverschijnselen, vermoeidheid, prikkelverwerking, belasting belastbaarheid, concentratieproblemen andere cognitieve problemen	
20	Arm- en handfunctie	Indicatie CIMT	Indicatie CIMT = verminderde arm en handfunctie
24	Visusgerelateerd	Vragen visusgerelateerd	
28	Hoofdpijn Concentratieproblemen en Verplaatsen	Hoofdpijn, concentratieproblemen, 1 jongen met een leren fietsen hulpvraag	Leren fietsen = vorm van verplaatsen
29	Schoolgang Advies omgeving Belasting/belastbaar heid Zelfstandigheid Voorzieningen	Na revalidatietraject opstarten school. Begeleiding van kind op school, advies leerkracht. Opbouwschema belasting/belastbaarheid. Huis bezoeken vergroten zelfstandigheid. Soms ook voorzieningen zoals laptop aanvraag of aangepast (school)meubilair	Huisbezoeken vergroten zelfstandig = tijdens huisbezoeken wordt gewerkt aan zelfstandigheid

Vraag 6: Hoe komen cliënten bij u terecht?

Respondent	Code op inhoud	Antwoord	Interpretatie
5	Verwijzing Revalidatiearts Huisarts Ziekenhuis	Via de revalidatiearts. Verwijzingen naar de revalidatie via huisarts/ziekenhuis	
7	Verwijzing Ziekenhuis: Neuroloog, SEH arts, revalidatiearts Klinische revalidatie	Door verwijzing via ziekenhuis, neuroloog, SEH arts of revalidatiearts van ziekenhuis. Soms vanuit klinische revalidatie Princes Maxima Centrum of UMCG, Isala	
9	Indicatie Revalidatiearts	Ik behandel vanuit revalidatiecentrum op een mytyschool. Revalidatiearts indiceert therapie	
11	Revalidatiearts ZML-onderwijs	Revalidatie-arts, kind op ZML-onderwijs	
12	Revalidatiearts	Via de revalidatiearts	
14	Leerkracht	Op verzoek van de leerkracht als het onderwijs dreigt vast te lopen of beïnvloed wordt.	
17	Revalidatiearts	Via de revalidatie arts	
20	Verwijzing	verwijzing naar reva	Reva = verwijzing komt bij haar binnen op de revalidatieafdeling / centrum
24	Huisarts Revalidatiearts Eigen aanmelding	Via de huisarts, revalidatiearts of eigen aanmelding via ons cliëntservice bureau.	
28	Revalidatiearts Huisartsenpraktijk	Via de revalidatiearts, of huisartsenpraktijk	
29	(huis)arts Ziekenhuis Revalidatiecentrum Jeugdarts	Verwijzing (huis)arts. Netwerk (ziekenhuis, revalidatiecentra, jeugdartsen) is bekend met onze praktijk	

Vraag 7: Indien de cliënt bij u terecht komt door een verwijzing vanuit een voorgaande behandelaar, welke informatie en handvatten worden dan meegegeven in de overdracht?

Respondent	Code op inhoud	Antwoord	Interpretatie
5	Voorgeschiedenis Functioneren Onderzoek Hulpvraag	Beknpte info van huisarts over de voorgeschiedenis en huidige situatie Vanuit ziekenhuis: uitgebreide info over gedane	

		onderzoeken en huidige situatie / hulpvraag.	
7	ADL Dagindeling Arm-hand functie	Gegevens over ADL, dagbesteding, belasting/belastbaarheid. Soms gegevens tav fijne motoriek testen nine hole peg test.	Soms gegevens = indien afname is geweest
9	Doelen Vooruitgang functioneren	meestal vanaf kliniek/polikliniek revalidatiecentrum via interne overdracht. Hierin wordt het functioneren beschreven en huidige doelen en geboekte vooruitgang.	
11	Summier ontwikkeling	Heel summier, vaak moeilijk voorspelbaar hoe ontwikkeling gaat verlopen	
12	Volledig	Alle informatie die vanuit het ziekenhuis, het Prinses Maxima Centrum of vanuit een eerste lijns praktijk bekend is, komt vaak bij ons in het systeem te staan. Op deze manier kunnen wij ons vooraf inlezen en is er al veel bekend zodat ouders en/ of het kind niet alles opnieuw hoeft te vertellen.	
14		Als er een overdracht komt is dat van een ergotherapeut waar leerling bekend was voor hij / zij bij ons op school terecht komt.	
17	Diagnose Cognitieve gevolgen Lichamelijke gevolgen Doelen	Diagnose Cognitieve en lichamelijke gevolgen Doelen waaraan gewerkt is Welke doelen er evt nog zijn	
20		Overdracht vanuit ziekenhuis of revalidatie	
24	Medische informatie Functioneren	Vooraf de medische informatie en de status waarin de cliënt zich bevindt.	
28	Omschrijving ongeval Weinig informatie	Korte omschrijving van ongeval. Verder niet heel veel informatie. Hoor ik meer van de ouders.	
29	Adviezen Vervolgtraject	Gedoseerd verder opbouwen deelname school	

Vraag 8: In hoeverre wordt de behandeling afgestemd op de informatie vanuit de overdracht?

Respondent	Code op inhoud	Antwoord	Interpretatie
5	Vertrekpunt Multidisciplinair	Is wel het vertrekpunt. Van daaruit informatie die nog mist en nodig vergaren om een passend plan op te stellen - dit is altijd multidisciplinair.	
7	Meegenomen Uitvragen	Wordt meegenomen , maar wordt altijd weer gestart met nieuwe hulpvragen uitvragen	
9	Meegenomen	Dit wordt meegenomen ook wordt	

	Vervolgonderzoek	nog bij de ouders en klas gecheckt voor doelen en het kind een paar keer geobserveerd voor het opstellen van vervolgplan. Uiteindelijk in afstemming met ouders wordt een vervolgplan opgesteld, wat evt. kan afwijken van de overdracht.	
11		Kinderen blijven vaak nog langer poliklinisch onder behandeling van revalidatie-arts.	Behandeling revalidatiearts loopt door
12	Volledig	Volledig. Huidige situatie wordt besproken, maar input vanuit overdracht wordt zeker meegenomen.	
14	Meegenomen Voortzetten	De informatie wordt uiteraard meegenomen maar de hulpvraag moet vanuit de leerkracht komen. Ervaring is dat onze (aangepaste) setting al vaak veel problemen oplost die in een andere setting wel aanwezig waren. Therapie wordt dus niet vanzelfsprekend voortgezet.	
17	Zoveel mogelijk	Zoveel mogelijk maar nieuw hulpvragen kunnen ontstaan tijdens traject	
20		+	
24	Altijd Doorvragen	De behandeling wordt altijd afgestemd vanuit de overdracht. Waar nodig wordt er nog eens telefonisch contact met de verwijzer/behandelaar opgenomen.	
28	Meegenomen Startpunt	Indien mogelijk, aanvullend wordt dat meegenomen Bepaald wel soort van startpunt.	
29	Startpunt	Fijn 'startpunt'. Daarna vaak gedoseerd opbouwen en goed monitoren	

Vraag 9: Welke beroepscompetenties zet u in?

Respondent	Antwoord
5	Inventariseren en analyseren Behandelen en begeleiden Adviseren aan derden Ondersteunen en versterken
7	Inventariseren en analyseren Behandelen en begeleiden Adviseren aan derden
9	Inventariseren en analyseren Behandelen en begeleiden

	Adviseren aan derden
11	Inventariseren en analyseren Behandelen en begeleiden Adviseren aan derden Ondersteunen en versterken
12	Inventariseren en analyseren Behandelen en begeleiden Adviseren aan derden Ondersteunen en versterken
14	Inventariseren en analyseren Behandelen en begeleiden Adviseren aan derden Ondersteunen en versterken
17	Inventariseren en analyseren Behandelen en begeleiden Adviseren aan derden Ondersteunen en versterken
20	Inventariseren en analyseren Behandelen en begeleiden Adviseren aan derden Ondersteunen en versterken
24	Inventariseren en analyseren Behandelen en begeleiden Adviseren aan derden Ondersteunen en versterken
28	Inventariseren en analyseren Behandelen en begeleiden Adviseren aan derden Ondersteunen en versterken
29	Inventariseren en analyseren Behandelen en begeleiden Adviseren aan derden Ondersteunen en versterken

Vraag 10: Kunt u een globaal beeld schetsen van de stappen die u doorloopt tijdens een behandeltraject?

Respondent	Code op inhoud	Antwoord	Interpretatie
5	Inventarisatie Testen Hulpvragen Multidisciplinair Behandeling Evalueren Afsluiten Nacontrole	Inventariseren van hulpvragen en info verzamelen / huidige functioneren / zo nodig: testen Afstemmen info / hulpvragen met teamleden Behandeling En voortdurend is er aandacht voor adviseren, begeleiden, ondersteunen en versterken, evalueren. Evalueren + afsluiten behandeling / na 3 maanden nacontrole (tel. of live), soms later nog een keer.	
7	Intake Behandeling Wekelijkse	LTH: Start bij intake met COPM gesprek en twee afspraken om dagactiviteiten in kaart te brengen, daarna bespreking en indien behandeling: soms met kind	

	gesprekken Huiswerkoefening en Adviezen informatieverstrekking	maar vaak oom met ouders wekelijks gesprekken over belasting/belastbaarheid . Hierin wordt ook prikkelverwerking meegenomen. Indien fijne motoriek vaak start met wekelijks behandeling met huiswerk oefeningen , dit afbouwen naar meer thuis oefenen of in de setting zoals school . Adviezen na teamgesprek aan leerkracht van school, uitleg NAH en prikkelverwerking .	
9		Zie bovenstaand	
11	Acuut oplossen Behandeling Onderzoek Multidisciplinair informatieverstrekking	Binnen eerste lijn maar 10 uur beschikbaar. Acute vraagstelling, zoals hulpmiddelen en aanpassingen eerst oplossen . Meerdere jaren onder behandeling : meer aandacht voor stimulatie van handfunctie bijvoorbeeld , onderzoek prikkelverwerking , onderzoek sterkere (cognitieve) vaardigheden. Samenwerking andere disciplines , zoals logopedie en fysiotherapie. Ouderbegeleiding, ondersteunen en versterken opvoedvaardigheden, verwoorden eigen keuzes en regie	
12	Kennismaking Inventarisatie Uitleg Uitproberen Evalueren Bijstellen Onderhouden contact	Kennismaking, uitleg ergotherapie HV inventariseren Huidige situatie doornemen, uitvragen Komende periode uitleggen Uitproberen, evalueren en bijstellen Onderhouden contact met school	HV = hulpvraag
14	Screenen Behandeling Begeleiding Onderhouden contact Multidisciplinair	Als er een hulpvraag wordt gemeld vanuit de leerkracht gaan we zelf eerst nog een onderzoek / screening afnemen . Hier wordt een verslag van gemaakt en wordt individueel behandelen wel of niet opgestart. Het kan ook zo zijn dat het neer komt op behandelen / begeleiden in de klas . De leerkracht / onderwijsassistent zijn op de hoogte van de behandeldoelen en de behandelingen . Ouders worden op de hoogte gehouden middels een communicatie mapje , waar ook andere therapeuten zoals logopedie en fysiotherapie (in dien betrokken) hun therapieën in verwerken.	
17	Intake Doelen Behandelen Evalueren Multidisciplinair	Intake Copm Hulpvragen concreet maken Doelen bepalen Behandelen van de hulpvragen Evalueren in team verband als meerdere betrokken zijn, anders iig met revalidatie arts	
20	Training	trainen en coachen ouders en evt. juf of KDV in benadering en omgang t.b.v. optimale inzet armen en handen	KDV = kinderdagver blijf
24	Inventarisatie Plan van aanpak Behandelen	Eerst inventariseren wat de hulpvraag is . Van daaruit kijken welke mogelijke begeleidingsmethoden er ingezet kunnen worden (bijvoorbeeld aanleren van oogscanbewegingen	

		bij cliënt met hemianopsie). Daarnaast wordt er gekeken welke praktische vaardigheden de cliënt wilt leren en die worden dan opgepakt (bijvoorbeeld fietsen).	
28	Hulpvraag verduidelijken Analyseren Behandelplan opstellen Behandelen Evalueren	Hulpvraag verduidelijken van kind en ouders Analyseren echte hulpvraag en behandelplan opstellen, uitvoeren en evalueren.	
29	Kennismaking Intake Inventariseren Behandelen Adviseren	Bellen ouders ter kennismaking. Afspraak maken voor intake met kind en ouders. Huisbezoek indien kind nog laag belastbaar is. Inventariseren belangrijkste hulpvragen en knelpunten. Adviezen afwisselen inspanning/ontspanning. Educatie zintuigelijke prikkelverwerking en signalen overprikkeld raken. Hoe	Intake huisbezoek = de intake vindt thuis plaats als het kind nog laag belastbaar is

Vraag 11: Waar haalt u de input vandaan tijdens het opstellen van een plan van aanpak?

Respondent	Antwoord
5	Richtlijnen Expertisegroepen Eigen ervaring Overig – collega's van andere disciplines
7	Kennisplatformen Richtlijnen
9	Richtlijnen Cursussen Eigen ervaring
11	Richtlijnen Cursussen Regionaal overleg Overig – tijdschriften
12	Kennisplatformen Cursussen Eigen ervaring
14	Kennisplatformen Richtlijnen Expertisegroepen Cursussen Regionaal overleg Eigen ervaring
17	Richtlijnen Eigen ervaring
20	Cursussen Eigen ervaring
24	Expertisegroepen Cursussen Regionaal overleg Eigen ervaring

28	Expertisegroepen Cursussen Eigen ervaring
29	Eigen ervaring

Vraag 12: Welke factoren zijn van invloed op de keuze voor de wijze van behandelen?

Respondent	Code op inhoud	Antwoord	Interpretatie
5	Leeftijd Ontwikkelingsniveau Thuisituatie Belasting/belastbaarheid Schoolsituatie Multidisciplinair	O.a.: leeftijd van het kind, ontwikkelingsniveau, thuissituatie / belasting-belastbaarheid / schoolsituatie - betrokkenheid van het Samenwerkingsverband	Betrokkenheid samenwerkingsverband = multidisciplinaire samenwerking
7	Gezinssysteem Schoolsetting Complexiteit 1e lijn	Gezin systeem, school setting (wel of geen AB), complexiteit van de behandeling, kan de 1e lijn ingezet worden?	
9	Leerstijl Niveau Motorisch functioneren	leerstijl van kind, niveau en motorisch functioneren.	
11	Kind- en gezinsfactoren Hulpvraag Prioriteiten Verwijzing	kind- en gezinsfactoren, hulpvraag prioriteit stellen, advies verwijzer, belastbaarheid gezin	
12	Leeftijd Situatie Vorm NAH Handvaardigheid Motivatie	leeftijd, situatie, vorm nah, hv, motivatie	HV = handvaardigheid
14	Setting Hulpvraag	Het moet in onze setting gerelateerd zijn aan het onderwijs.	Het = de hulpvraag
17	Hulpvraag Ervaring Teamaanpak	Hulpvragen cliënt, ervaring en teamaanpak	
20	Observatie	observatie	
24	Wens	Vooral wat de cliënt wil en het cliëntsysteem. Zij zijn voor mij vooral leidend. Tijdens de kennismaking en inventarisatie zal ik wel aangeven wat er zoal mogelijk is binnen mijn begeleiding.	
28	Belastbaarheid kind en omgeving	De cliënt (wat kan hij/zij) en het systeem (ouders en school) aan	Wat kan iemand aan = belastbaarheid
29	Mate trauma Ernst NAH Gezinssysteem School	de mate van het trauma, de ernst van de NAH, hoe adequaat het gezinssysteem is hoe adequaat is school etc.	

Vraag 13: Hebt u het idee dat u input mist in het opstellen van een plan van aanpak? Zo ja, wat?

Respondent	Code op inhoud	Antwoord	Interpretatie
5	Multidisciplinair Weinig ervaring	Met alle disciplines samen hebben we voldoende input. Persoonlijk mis ik nog ervaring om me meer comfortabel te voelen bij wat ik doe.	
7	Multidisciplinair	Nee, plan wordt gebaseerd op teamintake vanuit alle disciplines (Revalidatie arts, maatschappelijk werk, psycholoog, fysiotherapeut, evt logopedist en ergotherapeut)	
9	Nee	Nee, het is een individueel plan toegespitst op het kind.	
11	Medische situatie	Ouders zijn leidend. Soms medische situatie complex---> urgentie vanuit medische redenen	
12	Meestal niet	meestal niet	
14	Multidisciplinair	We werken erg multidisciplinair binnen onze setting.	We werken erg multidisciplinair binnen onze setting = nee
17	Informatie	Specifieke informatie of cursussen over vermoeiend en prikkelverwerking bij NAH	Dit is de wens van de respondent voor meer input
20		?	
24	Nee	Nee, op dit moment niet.	
28	Soms	Als ik het mis ga ik op zoek. Of gewoon aan de gang...	Als ik het mis = soms
29	Ja om concentratie / volgehouden aandacht te verbeteren?	bij langer geleden NAH verwijzen we soms terug naar arts/ het revalidatiecentrum om opnieuw onderzoek te laten doen door bijv. Orthopedagoog/kinderpsycholoog. Als er bijvoorbeeld vragen zijn op vlak van volgehouden aandacht en concentratieduur en dit blijkt in de praktijk onvoldoende beïnvloedbaar.	Onvoldoende beïnvloedbaar = geen methode bekend om concentratieduur om volgehouden aandacht te verbeteren

Vraag 14: Vink aan welke van onderstaande methodes u inzet tijdens de behandeling

Respondent	Antwoord
5	Strategietraining Vermoeidheidsmanagement Niet rennen maar plannen CO-OP
7	Doelgerichte therapie Veranderen van de fysieke omgeving Brainstairs Vermoeidheidsmanagement De Activiteitenweger

	CO-OP Combinatie van psycho-educatie, confrontatie, zelfbeoordeling en feedback
9	Doelgerichte therapie Taakgeoriënteerde training Bimanuele therapie Veranderen van de fysieke omgeving Familiebegeleiding Strategietraining
11	Veranderen van de fysieke omgeving Familiebegeleiding Strategietraining Aandachtstraining Graded Activity
12	Graded Activity De Activiteitenweger
14	Doelgerichte therapie Taakgeoriënteerde training Veranderen van de fysieke omgeving
17	Doelgerichte therapie Taakgeoriënteerde training Bimanuele therapie Graded Sensory Exposure Veranderen van de fysieke omgeving Strategietraining Graded Activity De Activiteitenweger Niet rennen maar plannen Combinatie van psycho-educatie, confrontatie, zelfbeoordeling en feedback
20	Doelgerichte therapie Taakgeoriënteerde training Bimanuele therapie Familiebegeleiding Overig: CMIT
24	Doelgerichte therapie Cognitieve compensatietraining Familiebegeleiding Strategietraining Visuele scanningstraining Competentieverricht werken
28	Doelgerichte therapie Taakgeoriënteerde training Veranderen van de fysieke omgeving Familiebegeleiding Aandachtstraining Vermoeidheidsmanagement De Activiteitenweger Niet rennen maar plannen CO-OP Competentieverricht werken Combinatie van psycho-educatie, confrontatie, zelfbeoordeling en feedback Overig: re-attach

29	Taakgeoriënteerde training Woedethermometer Strategietraining Graded Activity Vermoeidheidsmanagement De Activiteitenweger Combinatie van psycho-educatie, confrontatie, zelfbeoordeling en feedback
----	--

Vraag 15: Combineert u verschillende methodieken binnen één behandeling? Zo ja, welke en waarom?

Respondent	Code op inhoud	Antwoord	Interpretatie
5	Ja	Ja.	
7	Ja	ja vaak zijn prikkelverwerkings aspecten onderdeel van vermoeidheid/hoofdpijnlachten. Dit wordt meegenomen in dagindeling en dagopbouw.	
9	Ja	ja. Ik probeer zo goed mogelijk aan te sluiten bij mogelijkheden van het kind en indien haalbaar gebruik ik verschillende methodes of pak ik stukjes van methodes. NAH is zo breed dat één methode vaak niet passend is. Het is ook echt nodig om de manier te zoeken die aansluit bij het kind los van methodes.	
11	Soms	Niet binnen 1 behandelsessie. Maar soms wel met verschillende doelen bezig (bijv. hulpmiddelen in thuissituatie, handfunctie en aandachtsregulatie in individuele therapie setting en advisering klas / dagverblijfgroep bij veel sensorische issues	
12	Ja	ja, aangepast voor kinderen	
14		Ik vind deze vraag lastig te beantwoorden en is vast niet compleet nu. Vele opties zeggen me niet direct iets, en een toelichting er op zou wenselijk geweest zijn. Ik heb nu niet de tijd genomen om per item uit te zoeken wat het inhoud. Mogelijk dat ik dingen toe pas maar niet direct link aan een term.	
17	Ja	Ja is wisselend welke ik gebruik	
20	Ja	jazeke, allemaal	
24	Ja	Ja, het is net wat op dat moment nodig is en welke gecombineerd kunnen worden. Soms past het qua begeleidingstijd ook wel net na elkaar. Cognitieve compensatietraining, doelgerichte training, strategietraining, visuele scantraining, familiebegeleiding.	
28	Ja	Zeker. Net wat ervan belang is.	

		Ik ben zeer te spreken over de re-attach (kort meestal max. 20 minuten). En daarnaast bijvoorbeeld prikkelverwerking of energiemanagement (belasting belastbaarheid)	
29	Ja	ja, Werken met kinderen vraagt vaak een combinatie. Hangt af van de leeftijd, mate NAH, cognitief functioneren, hulpvraag etc.	

Vraag 16: Bij welke problematiek(en) maakt u gebruik van methode X?

Methodiek	Respondent	Antwoord
Doelgerichte therapie	7	Problemen met bv schrijven, kracht en coördinatie van de handen
	9	Ik denk bij alle opgenoemde hulpvragen
	14	Praktische activiteiten
	17	Bij concrete hulpvragen op activiteitsniveau
	20	x
	24	Vooraf begeleiding na een hersenbloeding waarbij een hemianopsie is ontstaan
	28	NAH, alles wat je doet heeft een doel
Taakgeoriënteerde training	9	Ik denk bij alle opgenoemde hulpvragen
	14	Praktische activiteiten, maar ook schoolse vaardigheden
	17	Bij alles wat op activiteitsniveau geoefend moet worden
	20	Functionieverbetering arm hand
	28	Middel om je doel te halen
	29	Werken continue gericht aan een taak. Liefst eigen taak, eigen omgeving etc.
Bimanuele therapie	9	Vooraf bij handfunctie vragen en als specifiek 1 zijde is aangedaan
	17	Bij uitvalsverschijnselen van 1 van de armen
	20	Optimaliseren samenwerking links rechts (hand'letsel')
Graded Sensory Exposure	17	Bij problemen met prikkelverwerking, zoals lezen, aan kunnen van geluiden, tast etc.
Veranderen van de fysieke omgeving	7	Prikkelverwerking: in de klas of thuis Thuis: aanpassingen bij aan en uitkleden indien nodig
	9	Wanneer het kind niet meer functioneel vooruitgaat en de taak niet op andere manier kan compenseren. Kan ook in alle doelen zijn
	11	Bijvoorbeeld uitproberen in individuele therapie in therapieruimte en daarna overdragen en adviseren naar thuissituatie of klas/groepsomgeving
	14	Praktische activiteiten, maar ook in de klas
	17	Als aanpassingen nodig zijn om te kunnen functioneren
	28	Alles van si tot cognitie en motoriek indien nodig
Cognitieve compensatietraining	24	Idem als boven en dan vooral bij kinderen vanaf 7-8

		jaar. Kinderen die kunnen begrijpen en beredeneren wat er is gebeurd en wat zij nodig hebben om zo optimaal mogelijk te kunnen leven
Familiebegeleiding	9	Altijd. Zeker bij NAH is het belangrijk dat iedereen op dezelfde manier oefent
	11	Wanneer niet? Kind en gezin zijn sterk verbonden
	17	Doet bij ons maatschappelijk werk, maar ik neem altijd wel mee als het om adviezen gaat over ergotherapie
	20	Allen, direct de familie meenemen in
	24	Bij alle problemen; CVI, hersenbloeding e.d. Ik vind het belangrijk om de familie te betrekken in het begeleidingsproces
	28	
Brainstairs	7	Als advies en soms in combinatie met ambulante begeleiding die op school ingezet wordt. Zij werken met modules samen met school
Strategietraining	5	?
	9	Bij wat hoger niveau kind die zelf kan generaliseren (komt bijna niet voor bij ons)
	11	Soms ook inzetten bij de ouders. Uitleg over manier van leren en mogelijkheden van kind. Als ouders strategietraining begrijpen kunnen zij in dagelijks leven veel begeleiding bieden
	17	Als de normale weg niet lukt en 't op een andere manier aangeleerd moet worden. Samen bedenken welke strategie in de nieuwe fase werkt
	24	Vooraf bij kinderen die wat ouder zijn en cognitief zover zijn dat ik aan kan geven waarom dit belangrijk is
	29	Continue. Als iets niet lukt, op welke andere manier lukt het dan wel? Wat is de eigen strategie van het kind en in welke mate effectief? Kennis laten maken met andere strategieën indien nodig
Aandachtstraining	11	Bij hersenletsel en ontwikkelingsstoornissen is 'aandacht' altijd een belangrijk onderdeel. Zowel voor de ouders om belastbaarheid te begrijpen, om opbouw te kunnen begrijpen en zelf te begeleiden, en zeker bij elke therapiesessie van kind. Bewust zijn van belastbaarheid en kwetsbaarheden is belangrijk voor effectieve therapieplanning. Ook buitensluiten van afleidende prikkels gebruik ik vaak voor optimale leeromstandigheden
	28	Altijd, voorwaarde om te werken
Visuele scanningstraining	24	Bij alle kinderen die ik begeleid. Kijkstrategietraining, scannen van een ruimte, werkvlak e.d.
Graded Activity	11	/
	12	Belasting belastbaarheid problematiek
	17	Bij vermoeidheid en problemen met concentratie en

		belasting belastbaarheid (zowel grensoverschrijdend als verminderd)
	29	Opbouwen van fysieke belastbaarheid en mate van prikkels, bijvoorbeeld deelname school. Maar ook meedenken indien gewenst in opbouwen verjaardagen, feestdagen, kinderfeestjes, schoolreisjes etc.
Vermoeidheidsmanagement	5	Bij een disbalans tussen belasting en belastbaarheid
	7	Belasting/belastbaarheid, eigen tijdschrijflijsten en soms activiteitenweger
	28	Indien nodig, bijvoorbeeld bij vermoeidheid en hoofdpijnlachten
	29	wanneer kinderen snel moe zijn meedenken in: niet op de bank bijkomen maar stukje buiten lopen. Hond uitlaten elke dag etc. Om toch conditie verder op te bouwen of om huidige niveau te behouden. Wat zijn laaginspannende activiteiten thuis en op school? Bijv tekenen, muziek luisteren etc. Eventueel gebruik activiteitenweger of bij jonger kind gebruik tijdschrijflijst en aangeven wat
De Activiteitenweger	7	Belasting en belastbaarheid
	12	Belasting en belastbaarheid problematiek
	17	Bij vermoeidheid en problemen met concentratie en belasting belastbaarheid (zowel grensoverschrijdende als verminderd)
	28	Indien nodig, bijvoorbeeld bij vermoeidheid en hoofdpijnlachten
	29	wanneer kinderen snel moe zijn meedenken in: niet op de bank bijkomen maar stukje buiten lopen. Hond uitlaten elke dag etc. Om toch conditie verder op te bouwen of om huidige niveau te behouden. Wat zijn laaginspannende activiteiten thuis en op school? Bijv tekenen, muziek luisteren etc. Eventueel gebruik activiteitenweger of bij jonger kind gebruik tijdschrijflijst en aangeven wat
Niet rennen maar plannen	5	Overbelasting
	17	Bij vermoeidheid en problemen met concentratie en belasting belastbaarheid (zowel grensoverschrijdende als verminderd)
	28	Als nodig
CO-OP	5	Bij problemen in het doen van dagelijkse activiteiten (kinderen)
	7	Aanleren nieuwe vaardigheden, maar ook organiseren van dagelijkse activiteiten. Afhankelijk van vraag, tas inpakken, veter strikken (als dit opnieuw geleerd moet worden)
	28	Taken in ADL
CIMT	20	/
Competentiegericht werken	24	Ook bij alle problemen. Vooral kijken welke competenties de cliënt heeft en die gebruiken om te ontwikkelen

	28	Altijd
Combinatie van psycho-educatie, confrontatie, zelfbeoordeling en feedback	7	Problemen bij belasting/belastbaarheid en ziekte-inzicht. Dit dan vaak in combinatie met de psycholoog
	17	Kan ik niet zo concreet benoemen
	28	Altijd
	29	Prikkelverwerking, overbelasting, vermoeidheid, cognitieve problemen
Re-attach	28	Altijd probeer ik de re-attach toe te passen. Omdat dit een mooie interventie is dat veel verlichting van klachten en vermindering van stress, hoofdpijn en vermoeidheid blijkt op te leveren
Woedethermometer	29	inzichtelijk maken mate van woedeuitbarstingen en uiten van emoties. Wat kan je doen als je een 'beetje boos' bent? Wat doe je als je in het rood bent? Ook ouders begeleiden wat ze kunnen doen en op welk moment. Analyse aanloop naar uitbarsting belangrijk evenals het streven naar het voorkomen van de woedeuitbarstingen

Vraag 17: Hoe beïnvloedt de directe omgeving van de cliënt de keuze voor de wijze van behandelen?

Respondent	Code op inhoud	Antwoord	Interpretatie
5	Mogelijkheden	Zeer belangrijk: wat is nodig en wat kan er.	
7	Uitvoering Sturing	Vaak hebben ouders een belangrijke rol in de uitvoering en sturing van een weekprogramma en factoren die de prikkelverwerking beïnvloeden.	
9	Afstemming	je stemt af met omgeving. het beïnvloedt erg veel, o.a. het aantal herhaal/oefenmomenten. Als omgeving goed oefent boek je sneller vooruitgang.	
11	Richtinggevend	Ouders hebben eigenlijk steeds de richting in handen. Soms eerst voorlichting nodig, zodat ze ook hun keuzes kunnen aangeven.	
12	Motivatie Kennis Input ouders Input school	motivatie, kennis, input ouders en school	Ouders en school moeten eerst kennis en motivatie hebben voordat behandeling van kind succesvol is
14	Input Overleg	De hulpvraag komt van uit de leerkracht en in overleg wordt het behandelplan opgezet.	
17	Mogelijkheden Meebepalen	Bij jongere kinderen moet goed gekeken worden wat ouders aan kunnen, wat mogelijk is in het systeem.om.het kind heen.	

		Bepalen ook mede doelen en welke weg we op gaan. Wij geven advies maar ouder-kind beslist uiteindelijk wat ze met adviezen doen	
20	Mogelijkheden	in grote mate (verwerking, inzicht, belastbaarheid etc.)	
24	Mogelijkheden Afstemming	Dit heeft grote invloed. Ik houd vooral rekening met de mogelijkheden binnen het systeem. Wat kunnen zij aan, welke veranderingen en ondersteuning hebben zij nodig, wat is er sowieso haalbaar gezien de thuissituatie. Er spelen veel factoren daarin mee. Als zij 'uitgeblust' zijn bijvoorbeeld, kan ik van alles van hen verwachten, maar dat werkt niet. Vooral met elkaar afstemmen wat voor hen en de cliënt haalbaar is, maar daarbij het belang van de begeleiding aangeven. Hen inzicht geven waarom ik de dingen doe.	
28	Veel	Veel. Ouders, school, vrienden. Heel belangrijk!	
29	Grote mate	In grote mate. Als ouders/leerkracht/BSO/huisarts/fysio heel adequaat zijn en goed aanvoelen wat wel en niet handig is, heb je een heel andere situatie dan wanneer dit niet het geval is.	

Vraag 18: Wie zijn er in uw setting betrokken bij de behandeling van kinderen met NAH+?

Respondent	Antwoord
5	Multidisciplinair team: Rev arts / MW / PSY / FY / ET / LO
7	Revalidatie arts, psycholoog, maatschappelijk werk, logopedist, psychotore therapeut
9	Logopedist, fysiotherapeut, orthopedagoog, maatschappelijk werk, soms muziektherapeut, soms PMT
11	Groot team: ouders, soms PGBhulpen, school- of dagverblijfsetting, diverse therapeuten
12	Ouders, familie, school, ib'er, ab'er, andere disciplines
14	Afhankelijk wat de hulpvraag is kan betrokken zijn een fysiotherapeut, logopedist, remedial teacher, orthopedagoog, gedragswetenschapper
17	Revalidatiearts, fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werk, bewegingsagoog, logopedist, psycholoog, ervaringsdeskundige
20	Alle disciplines op indicatie met arts als hoofdbehandelaar en orthopedagoog vaak als belangrijke discipline
24	Gedragswetenschappers, ouderbegeleiders, orhoptisten, waar gewenst ook de oogarts en daarnaast ook collega ergotherapeuten
28	Meestal ouders, school (leerkracht en IB-er). In de tweede lijn vrienden en klasgenoten
29	Coördinerende (revalidatie)arts, gezinssysteem incl. broertjes/zusjes, school

	(leerkracht en IB), oppas (opa, oma, BSO), eerstelijns fysio. Soms ook samenwerkingsverband betrokken
--	---

Vraag 19: Hoe beïnvloedt de samenwerking met andere disciplines de keuze voor de wijze van behandelen?

Respondent	Code op inhoud	Antwoord	Interpretatie
5	Overstijgende aanpak	Heel positief, gezamenlijke, discipline-overstijgende aanpak hierdoor mogelijk.	Heel positief
7	Samenwerking	Gezamenlijk wordt nav hulpvragen behandeltraject voorgegeven. Hierbij ouder en kind als aangever van de hulpvraag leidend.	Voorgeven = vormgeven
9	Samenwerking Afstemming	Behandelplan wordt samen opgesteld en we zoeken samen uit wat beste benaderingswijze + interventies zijn.	
11	Tijdsintensief Ongestructureerd Ouders empoweren	Soms kost overleg veel tijd, nog weinig stroomlijn in behandeldoelen, verschillende standpunten. Ook wel afhankelijk van ouders. Ouders empoweren is wel een belangrijke taak voor ergotherapeuten. Soms begeleid ik ouders ook wel naar meer ondersteuning en hulpverlening erbij betrekken.	Soms kost overleggen veel tijd = tijdsintensief Nog weinig stroomlijn in behandeldoelen = ongestructureerd Verschillende standpunten Negatief
12	Volledigheid	met elkaar een beter beeld van de situatie, rol ps en ft bv.	
14	Afstemmen	Het is een samenwerking en afstemming	
17	Samenwerking	Team aanpak met de betrokken disciplines. Niet alle disciplines zijn altijd betrokken	
20	Afstemmen	in afstemming plan bepalen	
24	Afstemmen	In het multidisciplinair team stemmen we met elkaar af welke strategie wij volgen. Dit wordt mede bepaald door mijn exploratie. Dan stemmen we af welke begeleiding wij vanuit onze organisatie kunnen bieden.	
28	Geen invloed Autonoom	Ik denk niet dat dit door andere disciplines wordt beïnvloed Ik ben autonoom in mijn keuzes.	
29	Afstemmen Samenwerking Taakverdeling	Soms meer overleg/afstemming nodig bij complexere situaties Afhankelijk daarvan taken verdelen (wie doet	

		wat)	
--	--	------	--

Vraag 20: Hoe draagt de samenwerking met andere disciplines bij aan de kwaliteit van de ergotherapeutische behandeling?

Respondent	Code op inhoud	Antwoord	Interpretatie
5	Overstijgende aanpak	Zie hierboven. (Heel positief: gezamenlijke, discipline-overstijgende aanpak hierdoor mogelijk	Heel positief
7	Effectiviteit	Belangrijk om ook afspraken werkend te krijgen, dat ouders bv kunnen sparren met maatschappelijk werk. En kind kan praten met psycholoog over zijn beleving.	
9	Kwaliteit	zie bovenstaand (Behandelplan wordt samen opgesteld en we zoeken samen uit wat beste benaderingswijze + interventies zijn.)	
11	Effectiviteit Doorverwijzing	Aan de effectiviteit wel heel veel! Ik probeer wel altijd naar mijn beste kunnen en inzet een goede kwaliteit therapie te bieden (bijscholen, intervisie, uitzoeken en navragen en samenwerking). Ook doorverwijzing is belangrijk, bijvoorbeeld toch regelmatig revalidatie-arts consulteren.	
12	Kwaliteit Afstemming	draagt bij aan een betere behandeling! afstemming met andere disciplines fijn. rol ps stukje emotie en rol ft stukje fysiek, dit meememen tijdens behandeling et.	
14	Afstemming Effectiviteit	Het is een samenloop. Andere passen ook dingen die worden aangeboden binnen de ergotherapie toe in hun behandeling. En anders om dus ook	
17	Effectiviteit Kwaliteit	de multi disciplinaire aanpak een grote pré. Je houdt elkaar scherp, kunt overleggen, samen behandelen, wat de ander in therapie oefent meenemen en toepassen bij de ergotherapie en andersom	
20	Kwaliteit	in grote mate	Grote bijdrage
24	Kwaliteit	Dit draagt bij tot een positieve ontwikkeling en kwaliteit. Met elkaar	

		komen we tot een gedegen begeleidingsplan.	
28	Niet	Niet, zie hierboven.	
29	Effectiviteit	heel belangrijk. Meestal heel fijn omdat je niet alles kan doen en er vaak veel moet gebeuren	

[Terug naar tekst](#)

Bijlage D

Overzicht methodieken en problematieken

Tabel 4

Gebruikte Methodieken

Methodiek	Problematiek/hulpvraag	Revalidatie	Eerst Speciaal e lijn onderwijs	Gehandicaptenzorg
Doelgerichte therapie	Arm- en handfunctie problematiek Verplaatsvragen ADL-problematiek Problematiek in schoolse vaardigheden Advies	X	X	X
Strategietraining	Kinderen met cognitief hoog niveau	X	X	X
Familiebegeleiding	Bij alle problemen	X	X	X
Veranderen van de fysieke omgeving	Prikkelverwerking SI Cognitieve problematiek Motorische problematiek	X	X	X
Taakgeoriënteerde training	ADL-problematiek Problematiek in schoolse vaardigheden Verplaatsvragen Arm- en handfunctie problematiek Verbetering activiteitsniveau	X	X	X
De activiteitenweger	Belasting en belastbaarheid Vermoeidheid Concentratie problematiek	X	X	X
Vermoeidheidsmanagement	Disbalans belasting en belastbaarheid Vermoeidheid Hoofdpijnklachten	X	X	
Graded activity	Belasting en belastbaarheid Vermoeidheid Problemen met concentratie	X	X	X
Combinatie van psycho-educatie, confrontatie, zelfbeoordeling en feedback	Belasting en belastbaarheid Ziekte-inzicht Prikkelverwerking Overbelasting Cognitieve problematiek	X	X	X
CO-OP	ADL-problematiek Aanleren van nieuwe vaardigheden	X	X	
Niet rennen maar plannen	Overbelasting Vermoeidheid Concentratieproblematiek Belasting/belastbaarheid	X	X	X

Bimanuele therapie	Bij één aangedane hand Samenwerking tussen beide handen	X	X	X	
Aandachtstraining	Aandachtsproblematiek Leerproblematiek Prikkelverwerkingsproblematiek		X		X
Competentiegericht werken	Bij alle problemen		X	X	X
Re-Attach (overig)	Bij alle problemen		X		
CMIT (overig)	/	X	X		
Visuele scanningstraining	/	X	X	X	X
Woedethermometer	Uiten van emoties (woede)	X	X		
BrainSTAIRS	Als advies	X			
Cognitieve compensatietraining	Hemianopsie		X		X
Graded sensory exposure	Prikkelverwerkingsproblematiek (lezen, aankunnen van geluiden en tast)	X	X	X	

[Terug naar tekst](#)